

**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
NICARAGUA**

**SERVICIOS DE SALUD OPS/OMS EN EL PROCESO DE
DESMOVILIZACION DE LA RESISTENCIA NICARAGUENSE**

INFORME PRELIMINAR

MANAGUA, JUNIO DE 1990

INDICE

Páginas

<i>I. INTRODUCCION</i>	<i>1</i>
<i>II. ORGANIZACION DE SERVICIOS DE SALUD Y RECURSOS HUMANOS</i>	<i>3</i>
<i>III. APOYO LOGISTICO</i>	<i>8</i>
<i>IV. ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR OPS/OMS EN LAS ZONAS DE SEGURIDAD</i>	<i>16</i>
<i>V. SITUACION HIGIENE-SANITARIA</i>	<i>18</i>
<i>VI. INFORME EPIDEMIOLOGICO POR ZONAS DE SEGURIDAD</i>	<i>26</i>
<i>VII. ANEXOS</i>	<i>39</i>
<i>1. Gráficas del acápite IV</i>	
<i>2. Guia metodológica para la elaboración del informe final por zona de seguridad.</i>	
<i>3. Cuestionario anónimo para el personal de OPS de las zonas de seguridad</i>	

I. INTRODUCCION

La participación directa en el proceso de desmovilización de la Resistencia Nicaraguense, se convierte para la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en una experiencia nueva, sin antecedentes en la historia de los organismos del sector salud de Naciones Unidas.

La firma del tratado entre el gobierno del país y la dirigencia de la Resistencia, dejó en manos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y de la Organización de Estados Americanos (OEA), a través de ONUCA, CIAV y OPS, la puesta en marcha de un operativo que garantizara a los firmantes del acuerdo, la ejecución en el menor tiempo posible y sin tropiezos, de la fase de desarme y reincorporación social de los miembros de la Resistencia.

El compromiso era grande pues se encontraba en juego no sólo el proceso de paz de Nicaragua, sino que los ojos de varios países, en similares situaciones, estaban puestos con justificadas esperanzas en cada uno de los pasos que en estos pocos meses se han dado.

El papel jugado ha sido claro: en primer lugar, planificar y ejecutar un plan de servicios de salud en cada una de las nueve áreas de seguridad, dirigido a garantizar el chequeo médico y la atención inmediata de los problemas de salud de más de quince mil miembros de la Resistencia, además de satisfacer hasta donde fuera posible la demanda de servicios por parte de la población civil que habita las regiones donde se ubicaron los enclaves. En segundo lugar y, no por eso menos importante, garantizar con la presencia de los Organismos Internacionales un clima de distensión y tranquilidad que permitiera realizar el proceso con el mayor número posible de garantías para todos los que en él intervenían.

Faltando poco para terminar esta fase y evaluando el trabajo realizado por el equipo humano de OPS/OMS, se puede afirmar sin temor a equivocación que se ha cumplido a cabalidad con el Mandato que se hizo. Los funcionarios nacionales y extranjeros, no sólo aportaron sus conocimientos técnicos sino que han puesto todo el corazón en el trabajo realizado, tratando en esta forma de contribuir a la paz de Nicaragua, como base fundamental para el desarrollo de los niveles de salud de la población y como ejemplo para la mayoría de los países de América Latina, que buscan los caminos, según sus realidades particulares, para lograr el mismo objetivo.

Se inicia ahora la evaluación de la tarea realizada, en la cual participan todos los integrantes de los diferentes equipos.

Tenemos la seguridad que se encontrarán fallas y equivocaciones causadas por la premura para iniciar las actividades y por la falta de experiencia para planear, administrar y ejecutar operativos de estas características; las fallas se analizarán y se sacarán las enseñanzas necesarias para evitar que se repitan en un futuro.

Es mucha la información que se ha recolectado durante estos casi tres meses de labores, la cual está siendo procesada para elaborar un informe final con participación multidisciplinaria; mientras esto ocurre, este documento constituye un informe parcial en el cual queda consignada una parte importante de la información recabada.

II. ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y RECURSOS HUMANOS

A.- INTRODUCCION

El Plan de Aseguramiento Médico del Proceso de Desmovilización de la Resistencia Niacarguense planteó a la OPS un desafío original y múltiple - tal vez el punto más destacado de tal desafío haya sido el diseño de la organización de los servicios de salud en las "enclaves" (también llamados "Zonas de Seguridad").

Se partió de un mandato amplio e inespecífico de asegurar la salud en el proceso. De este mandato se desegregaron acciones concretas de salud a desarrollarse que fueron:

- Chequeo médico a desmovilizados.
- Pruebas de laboratorios específicas para desmovilizados.
- Prácticas de RX.
- Consulta externa ambulatoria y de urgencias de miembros de la resistencia, población civil y personal de organismos.
- Acciones odontológicas para los mismos grupos.
- Hospitalización de baja complejidad.
- Traslado de casos.
- Inmunizaciones a los grupos antedichos.
- Control higiénico sanitario de vectores en los enclaves.
- Servicio de farmacia

Como factor facilitador de este esquema de trabajo sin duda bastante ambicioso se podría mencionar una relativa disponibilidad presupuestaria y una decidida convicción de que a mejor calidad de servicios ofertados mayor sería la contribución de OPS al proceso, y con ello a la Paz.

Contra el mismo esquema, sin embargo, se levantaron diversos obstáculos: escasa disponibilidad de recursos técnicos, materiales y humanos, escaso tiempo de planificación, falta total de referencias de procesos similares, desconocimiento del perfil

epidemiológico propio de la resistencia y de la población civil de algunos enclaves, etc.

Sin dudas, también fue relevante la consideración de costos/beneficios para decidir el nivel de complejidad buscado, teniendo en cuenta que todos los servicios que se prestaron estaban condicionados originariamente por su temporalidad, esto es, estaban destinados a desaparecer en el plazo de pocos meses.

Además, OPS enfrentó la insoslayable necesidad de ser respetuosa de las políticas oficiales del Ministerio de Salud de Nicaragua y de ser consecuente, en la práctica, con las propias estrategias de salud que como institución promueve.

Es bueno admitir y reconocer que la organización final y desarrollo de acciones de salud en los enclaves estuvo signada por un poderoso carácter de contingencia y evolutividad. Estos aspectos serán considerados más extensamente en el informe final.

También se destaca que los distintos enclaves fueron dotados con distintos números y tipo de personal, dando por resultado distintas modalidades de organización. Tales diferenciaciones, nacidas en OPS central, se basaban en :

- Apreciaciones de la dificultad logística para acceder regularmente a ciertos enclaves (válido sobre todo para los enclaves VI y VII de la Región del Atlántico Norte).
- Apreciaciones del número de desmovilizados esperados en cada enclave.
- Apreciación del período de tiempo de actividades supuestos para cada enclave (estas dos últimas consideraciones válidas para las Zonas VIII y IX).

Por último, como consecuencia lógica de todo lo apuntado, también el personal, organización y funciones del nivel central de OPS sufrieron notables modificaciones con la evolución del proceso.

B.- PERSONAL EMPLEADO:

1.- *En Zonas de Seguridad.*

ZONA	PERIODO ACTIVIDAD	MEDICO GRAL.	ODONTO- LOGO	ENFERMERA	TEC. RX	TEC. LAB	TEC. MIG.	TEC. FARM	ADMINIST.	CHOFER	TOTAL
I	23/4 AL 7/6	6	1	5	1	5	2	0	1	2	23
II	24/4 AL 14/6	5	1	6	0	4	2	1	1	1	21
III	25/4 AL 17/6	6	1	6	0	4	2	0	1	1	21
IV	28/4 AL 12/6	6	1	5	1	5	2	0	1	1	22
V	28/4 AL 12/6	6	1	6	1	4	2	0	1	1	22
VI	15/5 AL 22/6	3	1	3	0	0	1	1	1	0	10
VII	16/5 AL 17/6	2	1	2	0	0	1	1	1	0	8
VIII	12/6 AL 17/6	4	1	3	0	1	1	0	1	1	12
IX	25/6 AL 17/6	1	0	2	0	0	1	1 TECNICO POLIV		0	5
	TOTAL	39	8	38	3	23	14	4	8	7	144

FUENTE: REGISTROS OPS CENTRAL AL DIA 28/6/90

El número de personal no fue por completo estable en los enclaves, pero se consignan las cifras más representativas de la situación vivida en el período.

2.- *Nivel Central (Managua, Representación OPS/OMS)*

a.- Fijos:	Coordinador general	1
	Asistente coord. gral	1
	Supervisor Aten. Méd. Secun.	1
	Superisor Hig. Sanitaria	1
	Supervisor Laboratorio	1
	Resp. Vigilancia Epid.	1
	Resp. Diag. de Salud Mental	1
	*Administrador	1
	Resp. Recursos Humanos	1
	Resp. Logística	1
	*Resp. Farmacia OPS Central	1
	Radiooperadores	2
	Auxiliar Farmacia	1
	Choferes	5
	TOTAL	19

Todo el personal con dedicación completa, salvo el indicado.

b.- Empleados en fase inicial de despliegue:

Médicos	2
Téc. Electromédicos	2
Téc. en Farmacia	2
Supervisor Gral.	1
TOTAL	<hr/> 7

FUENTE: Registros OPS Central al 28/6/90.

Cabe señalar sobre el nivel central que se contó con el apoyo indirecto de muchas otras personas empleadas estables de OPS, tales como un ingeniero en sistemas, secretarias y personal diverso.

Se enfatiza que tanto a nivel de zonas como a nivel central fue notoria y vital la no-compartimentación de funciones, es decir, la multifuncionalidad de todo el personal.

C.- ESTRUCTURA DE MANDO EN LOS ENCLAVES

La modalidad de dirección en los enclaves fue designar un coordinador médico con atribuciones amplias. Este coordinador -jefe fue una figura clave en las zonas de seguridad y su capacidad de conducción, gestión y resolución fue uno de los factores de mayor peso para determinar el desempeño del enclave. Sin perjuicio de las funciones del coordinador, distintos niveles técnicos de los enclaves, como técnicos de laboratorio y técnicos de higiene, repondieron a sus respectivos supervisores en sus ámbitos específicos.

La capacidad decisoria del coordinador se respetó siempre desde OPS Central para reafirmar su rol, no obstante lo cual el coordinador general y en ocasiones su asistente o los supervisores impartieron órdenes-recomendaciones a los coordinadores.

En diversos aspectos de abastecimiento y contrataciones locales también el administrador tuvo su necesaria capacidad de decisión.

En general, aspectos de la más variable índole fueron elaborados por los grupos en forma de debates dirigidos por el coordinador. Esta modalidad fue positiva y productiva especialmente en lo relativo a adopción de normas de atención, regulación de las demandas de servicios para adecuarlas a la capacidad de trabajo y resolución de conflictos intragrupo e interorganismos.

D.- ORGANIZACION BASICA DE LOS DISTINTOS SERVICIOS DE SALUD

1.- Chequeo médico a demobilizados

Sobre este punto nos extenderemos por su original interés para este servicio se destinó en todos los enclaves un espacio físico considerable en las tiendas de campaña disponibles, vale decir se jerarquizó el servicios de chequeos como uno de los ejes centrales de la actividad.

Los chequeos se realizaban divididos en dos tiempos:

Primero: toma de datos personales y signos vitales por personal de enfermería. Esto podía darse en una tienda especial para tal fin o bien en una porción delantera de la misma tienda de campaña en que trabajaba el médico.

Segundo: Chequeo médico propiamente dicho. Este a su vez constaba de un interrogatorio y de un examen físico. Para este último se contó en algunos casos con un ámbito de privacidad creado en las mismas tiendas y compartido por turnos por los médicos que practicaban chequeos. En ciertos enclaves el odontólogo tomaba parte del chequeo con una revisión bucal, y en otros sólo se solicitaban sus servicios cuando el propio médico en el examen oral refería un hallazgo de relevancia.

Los ámbitos físicos los constituyeron las tiendas de campaña, mesas y sillas metálicas plegables, luz eléctrica (cuando el proceso avanzaba en horas de la tarde), separaciones de ámbitos con tela de tienda de campaña, y piso de tierra o, tantas veces, lodo.

Los horarios fueron muy flexibles, pero se trató de regular un esquema solar interrumpido por 1 ó 2 horas al medio día. El horario propuesto habitual fue de 8.00 a.m. a 12 m. y de 1 p.m. a 4 ó 5 p.m. Los días de máximo número de desmovilizados las actividades se prolongaban hasta la hora que fuera necesaria.

El tiempo que insumía un chequeo, sin intervención del odontólogo, variaba desde unos 15 minutos mínimo hasta unos 40 minutos como máximo.

2.- Consulta externa ambulatoria y de urgencias

Este servicio, que en las previsiones iniciales no debía significar un gran volumen de atención, alcanzó pronto cifras de usuarios diarios elevadas, generando una previsión de trabajo considerable. Esto fue notorio sobre todo en las primeras semanas de instalación de los enclaves, cuando no había gran número de

desmovilizados por día. En la población consultante prevalecía el sector civil local.

Pronto surgió en los enclaves la inquietud por modular la demanda de consulta externa y en ese sentido se hicieron labores educativas sobre los medicamentos, se practicaron selecciones por enfermería, se buscó contactar agentes sanitarios civiles y de la Resistencia para que actuaran como filtros, etc. En algunos casos, y llegada la época del gran ritmo de desmovilización, se practicó una lisa y llana restricción de la demanda ambulatoria a través de un cupo diario de pacientes. Para tal fin se entregaban matinalmente (v.g. 7 a.m.) cierto número de talones de consulta. En algunas zonas tal cupo se fraccionó en un grupo matinal y otro vespertino.

Tales medidas fueron indispensables para evitar agudos desbalances entre oferta y demanda de servicios y para poder jerarquizar las acciones de salud con los desmovilizados.

El ámbito físico de la consulta externa era similar al descrito para los chequeos. En general, no habiendo gran presión de trabajo, no se practicaba una etapa inicial de consulta con enfermería. El personal médico rotó entre chequeos y consulta externa. Como señalamiento global, la consulta duplicaba a los chequeos inicialmente y luego la relación se niveló o invirtió incluso. El espacio destinado a consultas fue en general algo menor que el de chequeos, pero en muchas ocasiones se usaron tales espacios para una u otra función, según la demanda.

La atención de urgencias se hacía a demanda. Dado su número relativamente bajo (pocas o ninguna por día) no había "médico de turno (o guardia) activa". Había sí un organigrama que asignaba globalmente el trabajo de urgencia de cada día a los distintos médicos.

Esta situación se entiende mejor teniendo presente que los campamentos de OPS ocupaban un área discreta, en la que los dormitorios y zona de estar distaban como máximo 100 mts. del área de atención médica.

3.- Hospitalización de baja complejidad

Para este fin se destinaban tiendas de campaña grandes donde se ubicaban 4 o más camas. Como ámbito, vale lo descrito para chequeos médicos y consultas.

El número de ingresos totales en el período de actividades de unos 2 meses de los enclaves "grandes" (I a V) varió desde unos pocos (Zona II) a más de 100 (Zona III), dependiendo esto de decisiones de políticas de salud de los coordinadores, que en buena medida se correlacionaban con la distinta distancia y dificultad de los tramos que separaban los enclaves del sitio de referencia

inmediata. Cuando existió un lugar de referencia medianamente capacitado y no muy distante, se verificó un perfil de muchos traslados y pocos ingresos y cuando no, se verificaron muchos ingresos y menos, aunque no pocos, traslados.

El promedio de días de internación no era en general alto (unos 3 días) y el número de camas ocupadas por día no sobrepasaba habitualmente las 4, aunque hubo mayores cifras. Como norma no se mantenía ni médico ni enfermera de turno activo todo el día y la noche, ya que no se justificó salvo escasas excepciones. Las actividades de enfermería no obstante tenían su responsable por turno. Los pacientes a su vez tenían su médico tratante personal, si bien los tratamientos y evoluciones casi siempre se discutieron grupalmente.

Chequeos, consultas, hospitalizaciones constituyeron el paisaje principal de las acciones médicas en los enclaves. En el informe final, en elaboración, se presentarán sus cifras y los indicadores que se pueden practicar. Además se completará la descripción y análisis de los restante servicios (laboratorio, Rx, inmunizaciones, odontología, etc.).

III. APOYO LOGISTICO

Este aspecto se constituye en uno de los factores más importantes para el logro de los objetivos propuestos. En él se incluyen los elementos no médicos necesarios para el montaje y funcionamiento de los campamentos de OPS/OMS y los elementos médicos para la atención, tanto de los desmovilizados con de la población civil. De igual manera, se tienen en cuenta los elementos de apoyo necesario para el abastecimiento eficiente de los equipos de salud. En este informe descriptivo preliminar se incluyen datos cualitativos más que cuantitativos, los cuales se expondrán y analizaran de manera extensa en el informe final.

1. Proceso para la ubicación y dotación inicial de los enclaves

Una vez se definieron las responsabilidades de OPS/OMS en el proceso de desmovilización de la Resistencia Nicaraguense y conformado el grupo de coordinación de actividades en el Nivel Central, dentro de las múltiples tareas a emprender, tuvo especial importancia la de definir la dotación de cada uno de los enclaves, lo cual fue realizado por el Coordinador operativo previa consulta con técnicos en cada una de las áreas. Para esto y para la consecución de los elementos, se contó con muy corto tiempo. Más aún, si se tiene en cuenta que parte de los reactivos de laboratorios y vacunas hubo necesidad de adquirirlos fuera del país; Es necesario resaltar que a pesar de las difíciles situaciones de abastecimiento, todos los demás elementos fue posible adquirirlos en Nicaragua.

Simultáneamente con este trabajo, se desarrollaba por parte de ONUCA, con participación de un consultor de OPS, la selección de la ubicación de los enclaves y la distribución del espacio entre las diferentes instituciones que participaban, según diagrama de flujo de la actividad, diseñado de manera conjunta con CIAV y ONUCA.

En algunos de los enclaves, la asignación del terreno para levantar el campamento de OPS/OMS no fue la más apropiada, entre otras cosas para su ubicación, que no se acomodaba al flujo diseñado; en otras, por lo reducido del espacio asignado y por encontrarse demasiado separados los sitios por los que debía circular el personal que se estaba desmovilizando.

Una vez se aclararon estos aspectos y se hizo la definición de las necesidades de dotación, se procedió a tomar en alquiler una bodega en la cual se fueron recolectando los elementos que se adquirirían, conformando en aproximadamente 15 días el paquete de dotación para cada área de seguridad.

Para el montaje de los enclaves se constituyeron dos grupos de apoyo compuesto por 1 médico, 1 técnico electro-médico y un farmacéutico que tenían bajo su responsabilidad el montaje y puesta en funcionamiento de cada campamento.

2. Elementos No Médicos

2.1 Tiendas de campaña:

Fueron tomadas en alquiler 72 de ellas a una institución del Gobierno. Se consiguieron dos tipos de tiendas cuya diferencia era el tamaño, adecuándose en éste aspecto a las necesidades tanto de las áreas de atención como de aquellas de servicio, tales como dormitorios, cocina, comedor, etc.

Se presentaron algunas dificultades relacionadas con el material y características de construcción, que en ciertos casos no se acomodaron a las condiciones de temperatura y régimen de lluvias de las regiones, presentándose observaciones sobre altas temperaturas dentro de ellas, falta de impermeabilización con filtraciones en casos de lluvia severas como las que tenían que afrontar casi todos los enclaves. Igualmente este aspecto generó en algunos sitios bastante lodo entro de las tiendas, los que se solucionó con creatividad, utilizando materiales locales, sin ser en ningún momento obstáculo serio para el desarrollo de las labores.

En ciertos sitios, se utilizaron construcciones permanentes adyacentes para la ubicación de áreas tales como bodega, farmacia o cocina, adecuándolas para tales fines con la utilización de personal y elementos conseguidos localmente.

De manera global, este aspecto fue evaluado satisfactoriamente por los diferentes equipos, no presentándose dificultades en la consecución u número de tiendas, ocurriendo observaciones en cuanto a calidad y características de ellas.

2.2 Plantas eléctricas:

Las plantas que se adquirieron y enviaron a los enclaves resultaron de calidad menor a la esperada para el funcionamiento adecuado del campamento, por lo que hubo necesidad de solicitar apoyo a CIAV u ONUCA con el fin de suplir las deficiencias. Estos generadores de 4.5 KV eran suficientes para dar iluminación pero no permitían la utilización de otro tipo de equipo.

De manera general la electricidad suministrada por las plantas de CIA/ONUCA fue suficiente, no habiendo dificultades en la realización de las respectivas conexiones y utilizando las plantas propias, sólo en momentos en las cuales se hiciera mantenimiento a las otras.

La compra de los generadores de 4.5 KV se basó en un estudio de las necesidades básicas de cada campamento, más un margen de seguridad. En este momento se realiza un estudio técnico acerca de las causas por las cuales estas equipos no dieron el rendimiento esperado.

La experiencia obtenida de esta situación replantea la necesidad de adquirir equipos separados para cada institución, encontrándose que un sólo equipo de buena capacidad y calidad suple las necesidades en éste aspecto y simplifica los aspectos técnicos y logísticos. Igualmente recomiendan que es preferible que estos generadores funcionen con diesel como combustible, en lugar de gasolina.

2.3 Refrigeradores:

Por cada enclave se adquirieron dos refrigeradoras de 12 pies cúbicos, marca " Sibir de Luxe" que funcionaban con gas propano.

El resultado obtenido con ellas fue excelente, sin que se presentaran problemas técnicos en el mantenimiento, ni en el suministro de combustible; de igual forma su funcionamiento tampoco presentó dificultades.

Fueron utilizadas uno para conservación de los productos biológicos y el otro para los reactivos y muestras de laboratorio. En algunos enclaves estos elementos fueron colocados en un solo refrigerador, utilizando el otro para la conservación de alimentos, lo que pudo haber causado problemas en la red de frío para la conservación de los productos biológicos.

En la evaluación los equipos señalan la necesidad de otro refrigerador para la conservación de alimentos, lo cual de acuerdo con los parámetros establecidos por la coordinación central no se considera indispensable dadas las características del trabajo y las instrucciones dadas para las compras locales periódicas de los alimentos perecederos.

2.4 Vituallas para pernoctar:

Dado que se tenía previsto que las personas permanecieran durante un tiempo relativamente prolongado en los enclaves (1-2 meses), era necesario proveerlas de condiciones de relativa comodidad de vivienda, dentro de las restricciones que impone la vida en éstos lugares.

Para ello se adquirieron literas, colchones, ropa de cama y frazadas, lo cual brindó un grado de comodidad, calificado como aceptable en las respectivas evaluaciones. Se hicieron observaciones sobre la conveniencia de utilizar camas individuales en lugar de literas, para el adecuado descanso.

2.5 Elementos para recreación:

Este aspecto, de mucha importancia para el bienestar de las personas durante su permanencia en los enclaves, fue tenido en cuenta al planificar el funcionamiento y dotación de los enclaves.

Cada uno de los equipos fue dotado de una radiograbadora, naipes y bolas para volly ball. Se recomienda tomar en cuenta éste aspecto en mayor grado. En las evaluaciones se consigna que en aspectos recreativos se logró un buen grado de integración con los miembros de CIAV y ONUCA, contribuyendo a disminuir las tensiones que este tipo de trabajo genera y a hacer mas productivas las tareas.

2.6 Elementos de cocina y alimentos:

La dotación de elementos de cocina fue suficiente, encontrándose que algunas estufas eléctricas que se entregaron fueron poco utilizadas, adaptándose en estos casos a las condiciones locales y empleando en su lugar la leña para preparar los alimentos. Para este fin se contrataron personas de la localidad, las cuales utilizan normalmente este tipo de combustible. Se encontró poco práctico el suministro de vasos desechables, los cuales fueron reemplazados por plásticos. No hubo dificultades para la consecución local de alimentos perecederos; en algunos casos hubo necesidad de desplazamientos a sitios vecinos con el fin de adquirirlas.

En un comienzo hubo consumo elevado de alimentos enlatados, los cuales fueron reemplazados una vez se normalizó la

preparación de los alimentos y hubo una mejor adaptación a las nuevas condiciones de vida.

De manera general, la evaluación de éste tópico no muestra dificultades y cada uno de los enclaves se adaptó de buena forma a las condiciones de cada localidad.

No hubo asesoría nutricional para la adquisición de los mismo, ni para la elaboración de las minutas, lo cual es deseable en éstos casos.

2.7 Otros mobiliarios:

Otros elementos tales como escritorios, sillas, mesas, abanicos, etc. fueron adquiridos y entregados como parte de la dotación; algunos de ellos de manera selectiva, tales como los abanicos para las unidades localizadas en las zonas más cálida. En este aspecto, los elementos suministrados fueron suficientes y no se realizaron observaciones en las evaluaciones.

2.8 Papelería:

Durante la fase de planeación del operativo se diseñaron formas que cubrían las necesidades de información a recolectar. Estas fueron impresas y distribuidas en cantidad suficiente a todos los enclaves. Algunas de ellas, sufrieron modificaciones en el transcurso del proceso y ahora durante la fase de evaluación están siendo sometidas a un nuevo análisis con el fin de ajustarlas a las necesidades reales para casos en que se requieren.

3. Elementos médicos

3.1 Equipo básicos de examen y atención:

La dotación de los consultorios en lo referente a elementos para examen, fue suficiente, complementado en algunos casos con elementos propiedad de los médicos, tales como oto-oftalmoscopio. En cuanto a muebles, tales como camillas para examen, lámparas, etc, tampoco se presentaron dificultades, llenando los requerimientos de los chequeos y consultas médicas.

Igual cosa ocurrió con la dotación para el funcionamiento de las camas de hospitalización y con el instrumental básico para curacines y atención de procedimiento de pequeña cirugía.

En las evaluaciones se realizó de manera reiterada la observación sobre la necesidad de dotar a cada enclave con un equipo básico de reanimación que permita la intervención médica eficiente para lograr la estabilización de pacientes gravemente enfermos o politraumatizados, situación muy factible de presentarse en éste tipo de operaciones, mientras se realiza la revisión al sitio de atención definitiva.

3.2 Medicamentos y productos biológicos y material de reposición periódica:

Para la adquisición de medicamentos, se tuvo en cuenta el listado del Ministerio de Salud y la cantidad se calculó en las necesidades para 3.000 personas durante un mes.

Todos los productos, con excepción de los biológicos fueron adquiridos en Nicaragua.

Luego del suministro inicial, basados en los cálculos antes anotados, el aprovisionamiento se hizo de acuerdo con las necesidades, utilizando para ello todos los medios de transporte, encontrando una buena disposición de ONUCA para colaborar, transportandolas en algunas ocasiones por vía aérea.

En otros casos hubo excelente colaboración de los Regionales del Ministerio de Salud y de las unidades locales, al facilitar elementos que se necesitaban de manera urgente.

En la práctica y según los resultados de las evaluaciones hechas, mucho de los medicamentos suministrados no fueron necesarios o las presentaciones no eran las adecuadas o en unos pocos casos, se trataba de fármacos cuya utilización ya no es frecuente.

Por esta razón es recomendable realizar una revisión del listado y actualizarlo, teniendo en cuenta criterios técnicos de funcionalidad, eficacia farmacológica y patología prevalente, basados en esta experiencia, en las características de la población a atender y en los datos epidemiológicos de las zonas a cubrir.

3.3 Materiales de laboratorio:

El suministro de reactivos y los elementos necesarios para realizar las pruebas de VDRL, gota gruesa y HIV fue suficiente, luego de haberse presentado la necesidad de adquirir algunas de ellos fuera del país. La realización de éstos exámenes fue voluntaria para las desmovilizados y en algunos sitios, donde no se contaba con los reactivos, se tomaba la muestra y se enviaba al nivel central para procesamiento y ejecución. En las evaluaciones no se realizaron observaciones sobre deficiencias en el apoyo logístico para el laboratorio.

3.4 Rayos "X":

En la dotación inicial de los enclaves se consideró el envío de equipos portátiles de RX, lo cual se hizo con excepción de las ubicadas en la región atlántica y las instaladas en fase final de la desmovilización (Yolaina y los Cedros).

La utilización de equipos de rayos X para este tipo de operativas sanitarios es discutible, principalmente si se hace una evaluación del costo y riesgo/beneficio según los resultados de las evaluaciones. La utilización dada fue prácticamente nula, con excepción de dos enclaves. (El Amparo y El Almendro).

3.5 Material Odontológicos:

La dotación de materiales odontológicos se realizó basados en el presupuesto inicial de prestar servicio odontológico integral, lo cual no fue posible debido a la imposibilidad de adquirir piezas de mano portátiles por lo cual, el servicio se limitó a extracciones y profilaxis, siendo por lo tanto inútil el envío de resinas, amalgama y otros elementos utilizados en procedimientos diferentes a los señalados, por lo que fueron devueltas sin haber sido utilizados.

4. Elementos de apoyo

4.1 Radio:

Durante la fase de planeación de los enclaves, se tuvo en cuenta la radio, como uno de los medios de apoyo más importantes para el funcionamiento adecuado de éstos. Para ello dentro de la planeación conjunta de las operaciones, la CIAV se responsabilizó de organizar una red de comunicaciones, utilizando radios UHF lo cual, efectivamente realizó con resultados deficientes en cuanto a la calidad de las emisiones, lo cual creó dificultades de abastecimiento y de coordinación con los equipos desplazados en las áreas de seguridad.

Por esta razón el nivel central de OPS/OMS tomó la decisión de instalar una red propia de comunicaciones, para lo cual adquirió 8 equipos de radio HF, Yaesu FT-80 C, con sus respectivas antenas y baterías, lográndose completar su instalación 8 a 15 días después del inicio de actividades y en todos los enclaves. Esto permitió, a partir de ese momento, una comunicación permanente, con una programación previamente definida por la coordinación general.

La radio y las características humanas y técnicas de los radioperadores contratados, se constituyen en uno de los aspectos evaluados por los equipos, como de mayor importancia para el éxito de la actividad.

4.2 Transporte:

De manera global, con este medio de apoyo no se presentaron dificultades ni en número, ni en calidad de los vehículos utilizados. Podemos analizarlo de la siguiente forma:

4.2.1 Para apoyar las acciones del proceso de desmovilización OPS/OMS tomó en alquiler cinco ambulancias y tres camionetas. Las

ambulancias fueron asignadas a cada una de las zonas de seguridad, con excepción de las ubicadas en la región atlántica. A los enclaves que iniciaron operaciones después del 18 de junio, se les asignaron vehículos de aquellas áreas que ya habían terminado su trabajo.

En el nivel central de OPS/OMS se ubicaron cinco camionetas y un campero, tres de ellos en alquiler, uno cedido en préstamo por CIAV OEA y dos propiedad de la institución. Estos vehículos eran "todo terreno" lo que facilitó su operación en algunos casos en terrenos bastante difíciles.

Las ambulancias fueron utilizados en los enclaves además de su función de transporte de pacientes, para realizar diligencias de tipo administrativo en los poblados vecinos, sin que por esto se hubieran presentado dificultades.

Los vehículos del nivel central realizaron múltiples viajes a los enclaves, principalmente para transportar medicamentos solicitados con urgencia y personal.

4.2.2 Para transportar las dotaciones de los enclaves, tanto al comienzo como al final del proceso, se realizó la contratación local de camiones, sin que se hubieran presentado dificultades por este aspecto.

4.2.3 ONUCA apoyó con transporte aéreo las operaciones de OPS/OMS transportando personal a los enclaves a la Costa Atlántica. Igualmente colaboró en algunos casos con el desplazamiento de miembros del grupo coordinador en misiones de supervisión a las áreas de seguridad.

Para el transporte urgente de medicina, también se contó siempre con la disponibilidad y el espacio en los helicópteros de ese organismo.

CIAV/OEA cedió en préstamo un vehículo con su conductor para apoyar las labores del nivel entral. Este vehículo contaba con equipo de radio.

4.2.4 Seguridad en los enclaves

Esta misión era responsabilidad de ONUCA y aunque no se presentaron dificultades serias, existe la observación en las evaluaciones de que este aspecto estuvo por debajo de lo esperado en algunas de las áreas de seguridad. Además de la pérdida de algunos objetos personales, explicada en parte por la circulación de gran número de personas extrañas por las diferentes áreas de los departamentos, no se presentaron hechos graves que lamentar.

2.5 Supervisión:

Se realizó mediante la comunicación radial diaria con todos los enclaves, utilizando para ello el diligenciamiento de formas impresas cuyo análisis permitía la detección de problemas y el planteamiento de soluciones. Esta forma indirecta de supervisión se complementaba con la visita no programada pero frecuente a las diferentes áreas de seguridad, por parte de miembros del grupo coordinador central.

IV. ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR OPS/OMS EN LOS ENCLAVES

En el período comprendido entre el 23 de Abril y el 27 de Junio de 1990, el personal médico y paramédico realizó 21.526 consultas médicas de las cuales 6.998 (33%) se ofertaron a la resistencia nicaraguense.

Por otro lado, se efectuaron 17.006 chequeos médicos voluntarios a la resistencia (Gráfico No. 1); cabe mencionar que ONUCA registra al 28 de junio 18.926 desmovilizados, lo que significa que para esa misma fecha las unidades de la Organización Panamericana de la Salud habían realizado chequeo médico al 90% de los mismos, cifra que se considera alta en vista de la voluntariedad de la actividad.

A continuación se detallan los miembros de la resistencia que se sometieron al chequeo médico.

Cuadro No. 1

TOTAL DE CHEQUEOS MEDICOS POR ZONAS DE SEGURIDAD 23 DE ABRIL AL 27 DE JUNIO DE 1990 - NICARAGUA

ZONA	NOMBRE	No. DE CHEQUEOS MEDICOS
I	EL AMPARO	2.222
II	KUBALI	1.214
III	SAN ANDRES DE BOBOQUE	2.063
IV	LA PINUELA	3.234
V	EL ALMENDRO	5.459
VI	BILWASKARMA	1.189
VII	ALAMIKAMEA	205
VIII	YOLAINA	1.335
IX	SAN JOSE DE BOCAY	85
TOTAL		17.006

Fuente: Unidades Médicas de OPS/OMS

Actualmente sólo están funcionando la zona de seguridad IX, San José de Bocay, la cual inicio el envío del parte epidemiológico desde el día 25 del presente mes.

De la revisión de 7.348 expedientes de miembros de la resistencia desmovilizados pertenecientes a las zonas de seguridad I, III y IV, se observó 1.565 enfermos, para un 21% del total; el resto se clasificó como aparentemente sano.

Del total de diagnósticos realizados se observó con mayor frecuencia: Enfermedad Respiratoria Aguda, Tuberculosis presuntiva, Leishmaniasis y Herida por arma de fuego, el resto de patología son muy similares al perfil epidemiológico de la población civil.

Cuadro No. 2

DIAGNOSTICOS REALIZADOS EN LA RESISTENCIA
NICARAGUENSE QUE SOLICITARON EL CHEQUEO MEDICO EN LAS
UNIDADES DE SALUD DE OPS/OMS. 23 ABRIL-27 JUNIO 1990

DIAGNOSTICO	NUMERO DE ENFERMOS
Enfermedad Respiratoria Aguda	153
Tuberculosis presuntiva	152
Leishmaniasis	151
Herida por arma de fuego	113
Micosis	87
Malaria	61
Gastritis	54
Lesionados de guerra	47
Infecciones de Vías Urinarias	37
Neurosis	30
Artralgias	28
Hernia inguinal	28
Sífilis	24
Parasitosis	22
Epilepsia	20
Úlcera gástrica	14
Gonorrea	12
Escabiosis	11
Pterigion	11
Enfermedad Diarreica Aguda	10
Otras enfermedades virales	9
Alergia	8
Disminución de agudeza visual	6
Pitiriasis versicolor	6
Cardiopatía	4
Sarampion	3
Lesiones neurológicas	2
Otros	87
TOTAL	1.190

Fuente: Unidad médica OPS/OMS Zona IV.

Los servicios odontológicos en el período analizado atendieron a 2.988 pacientes, realizando 1.748 (59%) consultas odontológicas en la población civil y 1.240 en la resistencia, realizándose en la mayoría de ellos varias extracciones de piezas dentales en mal estado.

Por otro lado se realizaron 20.028 exámenes de laboratorio a la resistencia nicaraguense, siendo 8.406 pruebas para diagnosticar sífilis, 6.544 para malaria y 5.078 para detectar anticuerpos del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. (Gráfico No. 3).

Debido a la gravedad de los pacientes se ingresaron 278 enfermos en las Unidades Médicas de OPS/OMS y se evacuaron a Hospitales Nacionales y Regionales a 178 pacientes, por requerir atención de mayor nivel de resolución.

Las causas de hospitalización más frecuente fueron: sarampión, crisis de asma bronquial, bronconeumonía, malaria y heridas por arma de fuego.

Se reportaron ocho (8) fallecidos, cuatro por heridas de arma de fuego, dos por sarampión y uno de tétano y tuberculosis.

Aprovechando el contacto con la población civil y con el propósito de colaborar en la ampliación de cobertura con diferentes biológicos, se realizó vacunación a los infantes, además de brindarle protección con toxoide tetánico a la resistencia nicaraguense.

Para ellos las dosis de biológicos aplicados fueron en total 19.707; siendo 2.036 dosis de vacuna antipoliomielítica, 2.543 dosis de antisarampionosa, 1.804 dosis de D.P.T.. 434 dosis de D.T. y 12.890 de Toxoide Tetánico. (Gráfico No. 4).