

Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM)

Estrategia integral de atención en la posemergencia ante el sismo del eje cafetero colombiano

Dr. Armando Rodríguez Salvá¹ y Dra. Blanca Terry Berro²

La gran mayoría de los desastres naturales y los producidos por el hombre ocurre en forma súbita e inesperada y altera los sistemas normales de salud. Es indiscutible la importancia de la planificación preventiva en relación con los desastres.¹

La experiencia ha demostrado que se cometen errores cuando no hay una organización adecuada, ni personal preparado para actuar de acuerdo con un plan previamente concertado, ni dirección, ni coordinación y control eficiente de las operaciones de socorro.² Esos errores provocan confusiones, retrasos, omisiones, abusos y duplicaciones, además de aumentar las dificultades que tienen las autoridades responsables para movilizar los recursos disponibles oportunamente y en su totalidad (Rodríguez Salvá A. Estrategia de atención primaria y situación de salud y saneamiento básico en condiciones de desastre. Tesis de Maestría en Salud Ambiental. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología; 2000).

Es necesario que los sistemas de salud, así como la infraestructura de salud pública que posee el país, estén organizados y preparados para funcionar no solo en condiciones normales sino también en casos de desastre, y se planteen qué tipo de medidas deben tomarse en estos casos. Estas medidas dependerán de la magnitud con que esté afectado el sistema de salud.³

El sismo ocurrido el 25 de enero de 1999 en la zona del eje cafetero colombiano, cuyo epicentro se localizó en el municipio de Córdoba, Departamento del Quindío, sobrepasó las tragedias de Popayán y de Armero, y ocasionó gran pérdida de vidas humanas, así como serios daños materiales, en los departamentos del Quindío, Risaralda, Valle, Tolima y Caldas⁴ (fig. 1).



FIG. 1 . Mapa del Departamento del Quindío

Las consecuencias de esta catástrofe generaron en los municipios afectados una precaria situación de salud pública, por los cambios de la morbilidad preexistente y los originados por el mismo evento, con la consecuente interrupción en la prestación de los servicios de salud (destrucción física de instituciones), el desplazamiento de la población a sitios más seguros o sin riesgo de colapsamientos que, unidos a la desarticulación de los servicios públicos (acueducto, alcantarillado, electricidad, transporte), al hacinamiento en los alojamientos temporales, la escasez de alimentos y su inadecuada manipulación, la potencializaron. Estas circunstancias hicieron que aumentaran los riesgos de transmisión de enfermedades de alto poder epidémico.^{5,6}

La necesidad de la vivienda fue el aspecto más relevante por la insuficiente disponibilidad de asentamientos inducidos disponibles y construidos para la ubicación de las comunidades afectadas. Sin embargo, las autoridades municipales, departamentales, nacionales e internacionales trabajaron para garantizar la ubicación con condiciones sanitarias básicas (abastecimiento de agua, electricidad y saneamiento ambiental). El número de alojamientos temporales en el Quindío, hasta el mes de Julio de 1999, se calcularon en 198, con una población total albergada de 42 806 personas (Instituto Seccional de Salud del Quindío. Perfil epidemiológico del Quindío. Armenia, Colombia año 1999; 2000).

En este trabajo se describe la estrategia para la atención de la emergencia implementada por el Ministerio de Salud colombiano con el apoyo de la brigada médica cubana, posterior al evento sísmico.

Descripción de la estrategia

Simultáneamente, con las acciones inmediatas de atención médica a los damnificados se inició la evaluación rápida de los efectos causados por el terremoto, lo cual permitió planificar las acciones de atención médica, vigilancia y control epidemiológico de enfermedades y factores de riesgo.

Ante la magnitud de los daños en la infraestructura física de las instituciones de salud y el gran número de damnificados vivían en condiciones de muy alto riesgo para la salud, se diseñó una estrategia que fue puesta en marcha con el apoyo de un grupo multidisciplinario de profesionales.

Uno de los objetivos de la estrategia fue optimizar los recursos hacia las acciones en salud pública

priorizados en el diagnóstico inicial de la situación.

Una vez en marcha la estrategia, se enfatizó en la necesidad de resolver los problemas detectados, ya que se preveía que el asentamiento de los damnificados en los albergues podría prolongarse por un tiempo mayor al previsto. En consecuencia, se recomendó la búsqueda de soluciones a los problemas de prestación de servicios de salud, alojamiento y saneamiento básico en el escenario de la participación social, la autogestión y el autocuidado de la salud, columna vertebral de la estrategia de atención primaria propuesta.

Las acciones de asesoría y control fueron realizadas mediante los siguientes procesos:

1. Definición de las siguientes acciones y estrategias, así como la continuidad de estas, a través de la primera fase de atención al desastre, con el uso de la estrategia de atención primaria denominada Gestión del riesgo, dada su revisión del día a día para la priorización de las actividades.

a) Atención en salud a las personas.

- " Atención a los heridos y demás afectados por el sismo.
- " Recolección de cadáveres.
- " Ubicación e identificación de posibles asentamientos.
- " Vacunación con toxoide tetánico a la población herida y en riesgo.
- " Uso y enseñanza de rociamiento de cal a cadáveres no recolectados, basuras, desechos biológicos y materias fecales.
- " Vacunación con anti hepatitis A a menores de 9 años.
- " Vacunación con triple viral en niños de 1 a 5 años.
- " Vacunación en los asentamientos con anti sarampionosa en niños entre 6 meses y 10 años.

b) Atención en salud al medio ambiente.

- " Manejo, desinfección, potabilización del agua, análisis físicoquímico y bacteriológico, para asegurar su consumo.
- " Manejo y disposición de excretas, iniciando con zanja trinchera con manejo de cal, uso de letrinas, hoyo seco, baños sanitarios móviles, y finalmente el uso de la taza sanitaria, con su red de alcantarillado, sobre todo en los asentamientos inducidos.
- " Eliminación de desechos y escombros.
- " Manejo y disposición de desechos sólidos, con la identificación de problemas culturales e inadecuados hábitos de disposición final de estos, así como la no existencia de relleno sanitario.
- " Higiene y seguridad de la vivienda, considerando la instalación de cocinas individuales dentro de los asentamientos con inseguras instalaciones

eléctricas.

" Control de ventas callejeras de alimentos.

" Manipulación e higiene de alimentos en los almacenes municipales, centros de acopio y ollas comunitarias.

" Control de vectores y enfermedades zoonóticas.

" Campaña de utilización de aguas de lluvia y uso de cloro granulado para su purificación.

2. La segunda fase de atención al desastre, denominada fase de mantenimiento o sostenibilidad, quedó definida dentro de una organización en salud, física, social y mental:

" Consulta y atención médica: canalizada por concertación y grupos prioritarios a los diferentes centros de atención.

" Trabajo de promotores (dentro del marco de atención primaria): Censo, canalización de casos, vacunación, curaciones, educación en salud e identificación de factores de riesgo.

" Conformación de los alojamientos temporales: asesoría y control.

" Pedagogía en salud pública: interrelación del coordinador del programa de atención médica, promotores de salud y saneamiento y médicos de familia cubanos.

" Pedagogía de la convivencia social: Interactuación comunitaria, partiendo de que la comunidad es protagonista del cambio, la utilización de canales de comunicación e identificación de realidades para la construcción de alternativas de recuperación psicosocial.

3. La tercera fase de atención al desastre denominada fase de estabilización propone continuar con las acciones desplegadas a raíz del sismo en la fase de choque, e iniciar la elaboración de proyectos en salud, atención social y reconstrucción del sector.

Como parte de la ayuda solidaria, una brigada médica cubana, compuesta por 5 epidemiólogos y 10 especialistas en Medicina General Integral, arribó al Departamento. El trabajo se orientó partiendo de la implementación de la estrategia de atención primaria en salud (Rodríguez Salvá A. Estrategia de atención primaria y situación de salud y saneamiento básico en condiciones de desastre. Tesis de Maestría en Salud Ambiental. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología; 2000), concebida como un modelo de atención y vigilancia de base comunitaria, con el establecimiento de una forma de organización social al interior de los albergues y zonas de asentamiento para facilitar la interrelación equipo de salud-población. El modelo contempló la identificación y capacitación de un líder por cada 20 familias damnificadas, que se convirtió en gestor de la salud en el asentamiento, asesorado por un promotor de salud a cargo de un número de aproximadamente 100 familias y que orientaban la búsqueda activa de posibles casos de enfermedades sujetas a vigilancia, con la identificación de factores de riesgo del ambiente y del comportamiento que requirieran ser intervenidos y direccionar a toda la población hacia los servicios de salud, priorizando sus acciones hacia los grupos vulnerables (fig. 2).

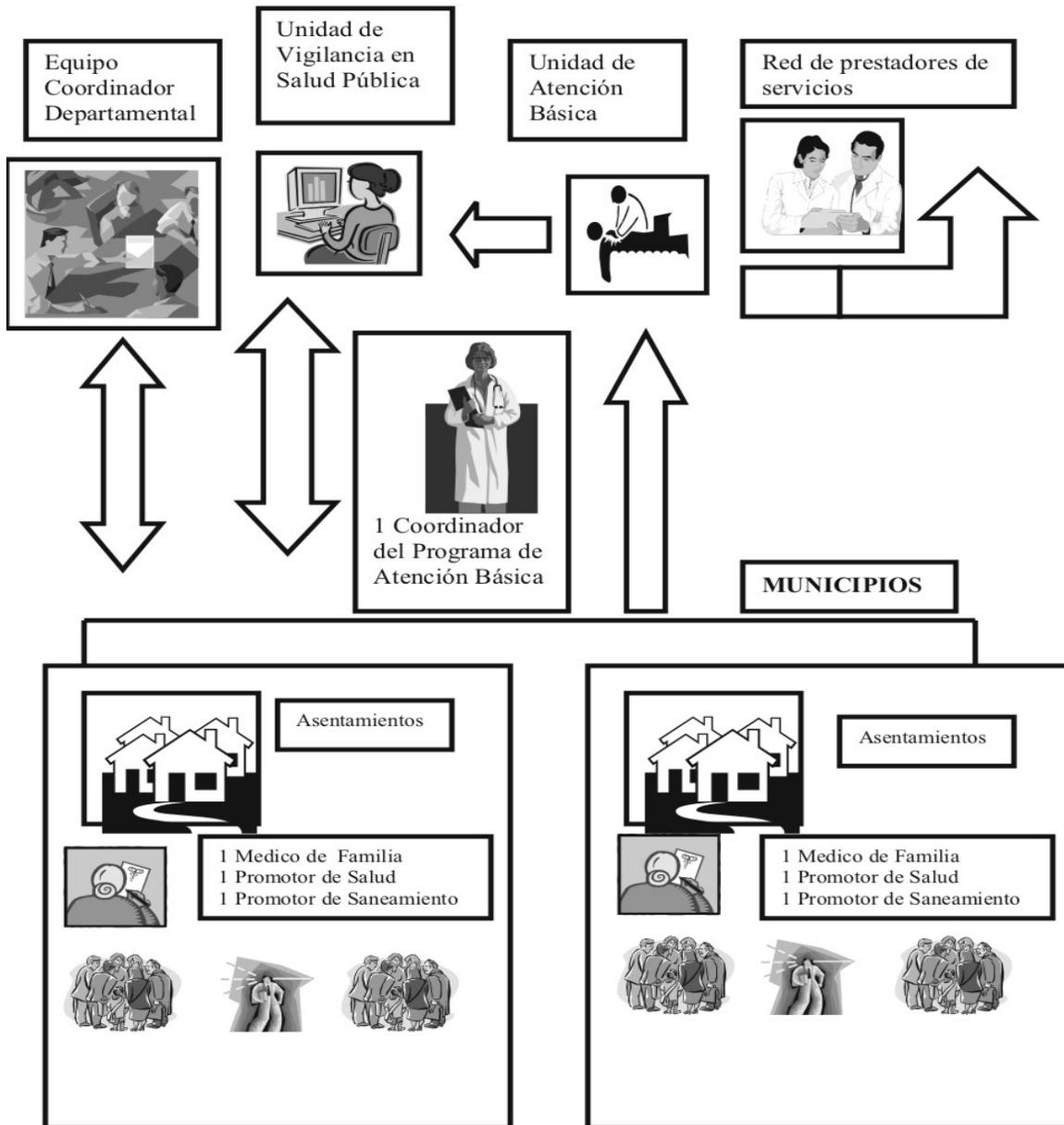


FIG. 2. Estrategia integral de atención primaria en salud para la zona de desastre.

Ante la urgente necesidad de desarrollar numerosas acciones para recuperar o mantener la calidad sanitaria de los asentamientos o alojamientos temporales, se propuso la zonificación de los municipios y la distribución de los promotores de saneamiento disponibles para vigilar, controlar y ofrecer soluciones temporales en control de factores de riesgo del ambiente, en particular lo relacionado con suministro de agua potable, la disposición de residuos sólidos y líquidos y el control de vectores, enfatizando en la necesidad de que dichas acciones se desarrollaran en el marco de la autogestión y el autocuidado, de tal modo que la comunidad participara activamente en la identificación de alternativas de solución para el control de dichos factores de riesgo y se garantizara la sostenibilidad de estas.

Para la coordinación del trabajo de campo y el monitoreo de las acciones en cada municipio, se planteó la designación de profesionales en salud (coordinador del programa de atención básica) quienes no solo desarrollarían acciones de capacitación al grupo de gestores, actualización a los promotores y

acompañamiento y apoyo al desarrollo de las acciones de salud, sino muy especialmente se encargarían de las acciones de evaluación y control de gestión de la estrategia, de tal forma que fuera posible la identificación de fallas en los procesos y la oportuna reorientación de estos, así como servir de enlace entre el equipo de trabajo de campo y la Unidad de Atención Básica, de tal forma que el trabajo de unos y otros se optimizara en condiciones de complementariedad. Este trabajo se realizó en conjunto por el grupo de epidemiólogos cubanos y funcionarios del Instituto Seccional de Salud del Quindío (ISSQ).

Con el ánimo de mejorar la accesibilidad de la población a servicios de baja complejidad y descongestionar la red prestadora de servicios de salud, se instalaron puestos periféricos temporales en los asentamientos que ofrecían servicios de atención médica básica de primer nivel y donde se filtraba la consulta generada para centros de salud y hospitales. Esta labor fue desarrollada por los médicos de familia de la brigada cubana.

Teniendo en cuenta estos criterios, los lineamientos de trabajo de la brigada se basaron en aspectos de intervención como vigilancia y control de la calidad del agua potable, disposición y control de excretas, disposición de desechos sólidos, vigilancia y control de alimentos, higiene y seguridad de la vivienda y vigilancia y control de factores de riesgo biológico, elementos esenciales para la prevención de enfermedades asociadas al saneamiento ambiental.

Principales resultados

Pocas horas después del evento sísmico se había establecido una red oficial e informal de rescate y grupos de socorro en los puntos de desastre, y en el ámbito institucional se habían organizado equipos de triaje y de atención de emergencias que hicieron frente a la situación, en la que se logró la remisión del 70 % de los afectados durante las primeras 48 horas a instituciones de la región y del país.

La tarea de identificación de cadáveres fue realizada por los expertos de medicina legal del ISSQ en conjunto con la Dirección Seccional del Cuerpo Técnico de Investigación de la Fiscalía.

Los procesos críticos que exigieron una mayor intervención a nivel departamental y municipal se relacionaban con la organización de la vigilancia en salud pública, la implementación de mecanismos y procesos unificados de control de gestión sobre la ejecución de las acciones y la planificación continua de la estrategia a ser impulsada desde el nivel departamental, relacionados con la participación de la comunidad en la identificación de necesidades, el diseño de la intervención, la ejecución y la evaluación de los resultados.

La participación social dentro de la estrategia de atención fue limitada, por lo cual los esfuerzos del equipo de salud resultaron insuficientes para lograr el desarrollo de condiciones de protección en la población.

A pesar de que hubo una estrategia, no se abordó de manera integral la acción en el plano de la promoción de la salud y de la prevención de enfermedades y complicaciones, que corresponde a las

condiciones de vida de la población de las zonas, aunque se desarrollaron acciones específicas de promoción y prevención.

La existencia de una propuesta organizada de acción en este campo permitiría la organización de los recursos, facilitaría la organización del equipo de salud que trabaja en la zona y haría posible transformaciones permanentes en el cuidado y mejoramiento de la salud.⁷

La estrategia implementada demostró que la administración de las medidas de emergencia con posterioridad a los desastres naturales es un área que depende del esfuerzo concertado del sector salud con la participación activa del espacio local donde se concibe. Dentro del conjunto de necesidades y de su complejidad, la organización de la asistencia médica constituyó, sin dudas, el punto focal de coordinación como parte de las actividades de socorro.

Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Los desastres naturales y la protección de la salud. Washington D.C. OPS;2000 (publicación científica 575).
2. Rodríguez Salvá A, Terry Berro B. Guía práctica para la fase de emergencia en caso de desastres y poblaciones desplazadas. Rev Cubana Hig Epidemiol 2002;40(2):112-20.
3. Organización Panamericana de la Salud. Guías de evaluación de los preparativos para desastres en el sector de la salud. Ginebra: OPS; 1995.
4. Censo del Fondo de Reconstrucción y DANE. Desastre Nacional. Rev La Crónica del Quindío (edición especial) 1999;15: (1-3).
5. Noji EK. Impacto de los desastres en la Salud Pública. Bogotá, Colombia. Organización Panamericana de la Salud; 2000.p.484.
6. Terry Berro B, Rodríguez Salvá A. Terremoto en el eje cafetero colombiano: Lecciones aprendidas. Rev Esp Nutr Comunitaria 2003;9(4):182-4.
7. Rodríguez Salvá A, Terry Berro B. Determinación rápida de las necesidades de salud en desastres naturales agudos por terremotos. Rev Cubana Hig Epidemiol 2002;40(3):disponible en URL: http://bvs.sold.cu/revistas/hie/vol40_3_02/hig10302.htm

Recibido: 6 de diciembre de 2004. Aprobado: 15 de febrero de 2005.

Dr. *Armando Rodríguez Salvá*. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Infanta No. 1158 e/ Llinás y Clavel, Ciudad de La Habana, Cuba.

Email: arsalva@inhem.sld.cu

1 Especialista en Administración de Salud y en Epidemiología. Máster en Salud Ambiental. Asistente de la Facultad "Calixto García". Investigador Auxiliar.

2 Especialista en Higiene y Epidemiología. Máster en Salud Ambiental. Asistente de la Facultad "Calixto García". Investigador Auxiliar.