

Una estrategia de atención primaria de salud en situaciones de desastres

Blanca Terry Berro^{a,b} / Armando Rodríguez Salvá^{a,c}

^aFacultad Calixto García. Ciudad de la Habana. Cuba.

^bInstituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos. Ciudad de la Habana. Cuba.

^cInstituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Ciudad de la Habana. Cuba

(A primary healthcare strategy in disaster situations)

Resumen

Se presenta la experiencia y la práctica profesional de una brigada médica cubana que prestó colaboración en la zona del Eje Cafetero Colombiano después del terremoto de 25 de enero de 1999. Las acciones fueron dirigidas a las áreas de atención primaria de salud, atención primaria ambiental, saneamiento ambiental y vigilancia epidemiológica, tomando en cuenta la organización de los damnificados en alojamientos de emergencia, en un municipio afectado. La vigilancia epidemiológica activa puso de manifiesto que las principales causas de morbilidad fueron las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas agudas y las afecciones de la piel. En los asentamientos se observó una correspondencia entre las malas condiciones de saneamiento ambiental y determinadas enfermedades asociadas. La experiencia de este trabajo de campo puede servir como guía para los profesionales de salud en caso de desastres y poblaciones desplazadas.

Palabras clave: Desastres. Vigilancia epidemiológica. Alojamientos temporales. Saneamiento ambiental. Atención primaria en salud.

Abstract

The present article describes the experience of the Cuban Medical Team in the Colombian Coffee Area after the earthquake of January 25, 1999. The interventions were directed at the areas of primary health care, primary environmental care, environmental health, and epidemiological surveillance, bearing in mind the organization of earthquake victims sheltered in emergency settlements in the affected municipality. Active epidemiological surveillance showed that the main causes of morbidity were acute diarrheic diseases, acute respiratory infections, and skin diseases. Evaluation of the settlements showed a correlation between poor environmental health conditions and associated diseases. The results of this field study could serve as a guide for health professionals in the event of disasters and displaced populations.

Key words: Disasters. Epidemiological surveillance. Temporary settlements. Environmental health. Primary health care.

La epidemiología de desastres es una disciplina relativamente reciente cuyo objetivo es desarrollar las aproximaciones sistemáticas para la medición de los efectos de las catástrofes sobre la salud de las personas y orientar las acciones

más eficaces y pertinentes en cada caso. Las aplicaciones prácticas de este abordaje epidemiológico se relacionan principalmente con las operaciones de auxilio, tanto en la fase de emergencia como en la de recuperación¹.

La observación de los efectos sobre la salud de la población en el caso de una situación de desastre permite fijar las áreas de intervención y las acciones inmediatas. El empleo de encuestas y la evaluación inicial son útiles para identificar las necesidades de las poblaciones afectadas; sin embargo, es igualmente necesario el establecimiento de sistemas de vigilancia en salud².

En situaciones de desastre, la cooperación internacional es un elemento de gran valor. Desde Cuba se han enviado brigadas médicas a diversos países afec-

Correspondencia: Blanca Terry Berro.
Departamento de Nutrición Comunitaria.
Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos.
Infanta, 1.158 esquina Llinas y Clavel.
10300 Ciudad de La Habana. Cuba.
Correo electrónico: blanca.terry@infomed.sld.cu

Recibido: 17 de septiembre de 2003.

Aceptado: 19 de octubre de 2004.

tados con el objetivo principal de prevenir la mortalidad y la morbilidad excesivas en la población, principalmente como consecuencia de la mayor incidencia de enfermedades infecciosas y traumatismos³. Con el tiempo, las brigadas cubanas han ido adquiriendo una experiencia útil para la cooperación en situaciones de emergencia.

En este artículo se describe la experiencia de una brigada médica cubana de cooperación en Colombia con motivo del terremoto que afectó en 1999 a este país (fig. 1).

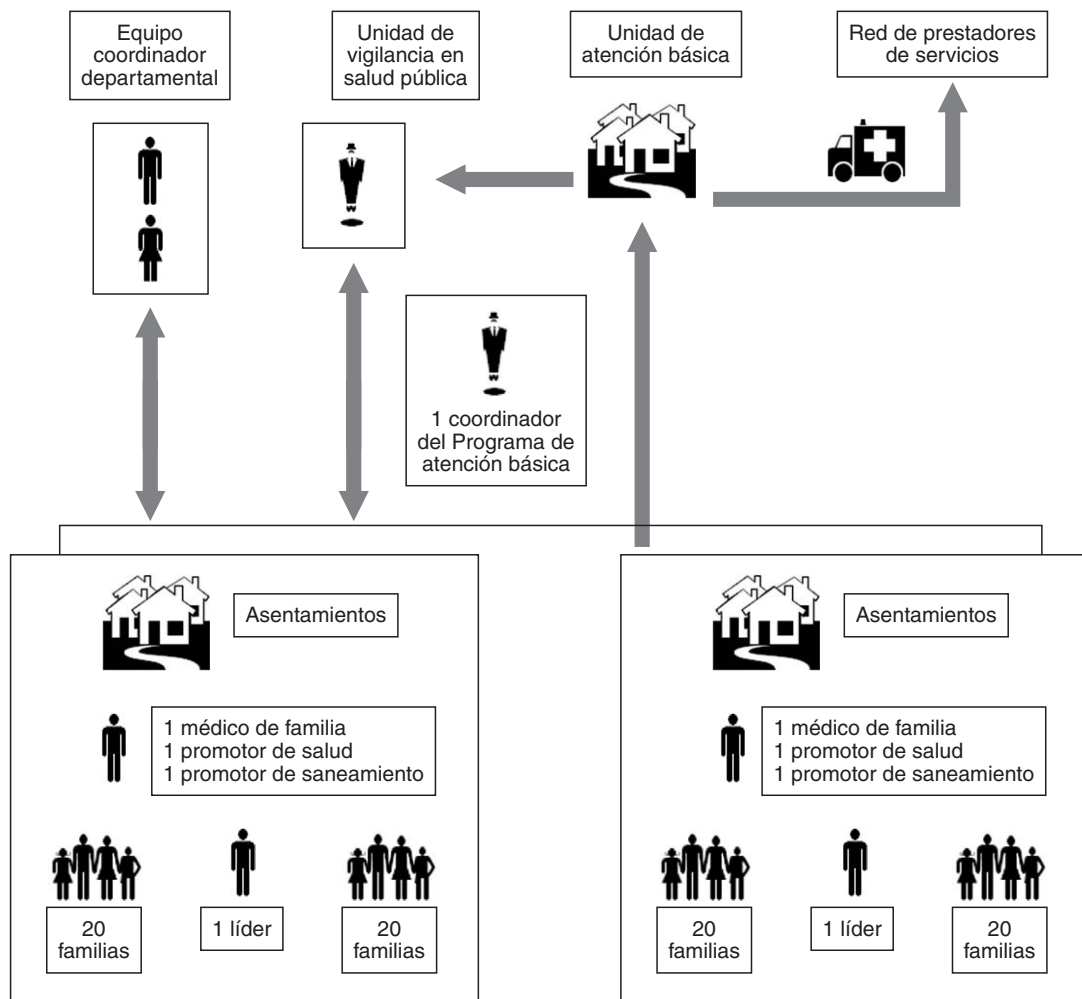
desplazó al Departamento del Quindío, en Colombia, con posterioridad al terremoto que asoló esta región el 25 de enero de 1999, permaneciendo en la zona afectada durante 4 meses. La mayoría empezó a trabajar en el municipio Calarcá, que cuenta con una población de 75.432 habitantes, el 78% de los cuales son residentes urbanos. Los daños ocasionados por el terremoto conllevaron un aumento de la morbimortalidad por traumatismos (85 muertos y 340 heridos), quedando un 46% de las viviendas destruidas y 8.899 damnificados ubicados en 26 albergues o alojamientos temporales^{4,5}.

A petición del Ministerio de Salud de Colombia y el Instituto Seccional de Salud del Quindío, el trabajo se orientó partiendo de la implementación de una estrategia de atención primaria en salud –concebida como un modelo de atención y vigilancia de base comunitaria–, estableciéndose una organización específica en cada albergue y zona de asentamiento de los afecta-

Desarrollo de la experiencia

Una brigada médica cubana compuesta por 5 epidemiólogos y 10 especialistas en medicina familiar se

Figura 1. Estrategia integral de atención primaria en salud para la zona de desastre del eje cafetero.



dos para facilitar la interrelación entre el equipo de salud y la población. Para dicha organización se identificaba y capacitaba a un líder por cada 20 familias damnificadas. El líder, que contaba con el asesoramiento de promotores previamente entrenados por la Secretaría de Salud y técnicos de saneamiento, ejercía las funciones de gestor de la salud de su grupo. Cada promotor y técnico de saneamiento era a su vez responsable de aproximadamente 100 familias, y orientaba su acción hacia la búsqueda activa de posibles casos de enfermedades sujetas a vigilancia y la identificación de factores de riesgo ambientales y del comportamiento que necesitarán intervención. Los enfermos eran atendidos por un especialista en medicina familiar, con el apoyo de redes y equipos sanitarios descentralizados, siguiendo protocolos de diagnóstico y tratamiento estandarizados. La actualización de los censos de población en los primeros días después del desastre resultó complicada debido a los continuos movimientos de la población dentro y fuera del municipio.

La revisión de los diarios de consulta de los médicos y las fichas de notificación obligatoria de los casos permitió el análisis de la morbimortalidad general y por asentamiento. Siguiendo las recomendaciones del Centro Nacional de Prevención de Desastres de México⁶, los asentamientos se clasificaron en organizados (instalados en áreas abiertas, sin inmuebles, principalmente a base de tiendas de campaña, con todos los servicios necesarios), no organizados o espontáneos (dispersos, sin coordinación y sin los servicios básicos necesarios, que es la forma más habitual en la que se encuentran las víctimas) y alojamientos temporales fijos (en inmuebles de construcción sólida como escuelas, gimnasios o iglesias, con todas las características de un refugio y todos los servicios o las posibilidades de instalarlos fácilmente). Se realizó una evaluación rápida de las condiciones de saneamiento ambiental en cada uno de los asentamientos siguiendo criterios previamente establecidos^{7,8}, junto con la valoración de los expertos en la zona para las cuestiones relacionadas con la seguridad de la vivienda y las zoonosis.

Las intervenciones se implementaron sectorizando la ciudad y definiendo en los mapas de riesgo las áreas prioritarias de intervención. Se planificó la estrategia en cada una de las áreas definidas en el municipio en coordinación con las organizaciones no gubernamentales y otras que trabajaban en la zona, creándose equipos multidisciplinarios compuestos por los equipos locales de salud, organizaciones no gubernamentales y personal de la alcaldía municipal. En el seno de estos equipos, la brigada médica cubana llevó a cabo acciones de vigilancia y control de la calidad del agua potable, disposición y control de excrementos, disposición de desechos sólidos, vigilancia y control de alimentos, higiene y seguridad de la vivienda y vigilancia y control de factores de riesgo biológicos.

Tabla 1. Tasas (por 1.000 habitantes) de enfermedades asociadas con el saneamiento ambiental según el tipo de asentamiento (Calarcá, Colombia, marzo-mayo de 1999)

Enfermedades	Asentamientos organizados	Asentamientos no organizados	Asentamientos temporales fijos
Infecciones respiratorias agudas	23,0	48,1	39,4
Enfermedades diarreicas agudas	45,6	33,2	39,4
Enfermedades de la piel	15,6	7,9	47,9
Conjuntivitis	2,6	1,2	9,0
Varicela	2,6	1,7	12,4
Hepatitis A	0,4	1,7	1,7

El establecimiento de un sistema de vigilancia activo para las principales enfermedades y la evaluación periódica de los indicadores de morbilidad durante la fase de emergencia y recuperación demostró que las enfermedades más comunes fueron las enfermedades diarreicas agudas, las infecciones respiratorias agudas y las afecciones de la piel (tabla 1), al igual que en otras experiencias internacionales⁹. Se observó una correspondencia entre las enfermedades y los factores ambientales de los asentamientos, como hacinamiento, cantidad y calidad del agua, saneamiento deficiente, refugio inadecuado y suministro de alimentos insuficiente.

Conforme se fueron controlando las deficientes condiciones de saneamiento básico que se daban en los asentamientos (p. ej., controlando los residuos mediante conexiones con el acueducto y el alcantarillado y dotando de servicios sanitarios, letrinas, duchas, llaves comunitarias y lavaderos), se observó una disminución de la morbilidad por enfermedades asociadas al saneamiento ambiental. La desaparición paulatina de las cocinas comunitarias y la construcción de cabañas con cocinas individuales fuera de la vivienda favorecieron la adecuada manipulación de los alimentos, así como el retorno a los hábitos de consumo de los productos habituales al agotarse las existencias de alimentos donados en el centro municipal incidió también favorablemente en este sentido¹⁰.

Conclusiones

La estrategia de atención primaria implementada permitió evaluar los asentamientos temporales después de la catástrofe, observándose que en los asentamientos con condiciones ambientales inadecuadas se favorecía la transmisión de enfermedades. Se fomentó la participación social en la mayoría de los asentamientos mediante la organización de grupos comunitarios para el

desarrollo de acciones sanitarias y la ejecución de acciones de información, educación y comunicación. En este sentido, la participación de los líderes comunitarios resultó muy útil para realizar intervenciones específicas y obtener información. La coordinación adecuada de los equipos de trabajo resultó esencial para la planificación y la ejecución de las acciones necesarias.

Bibliografía

1. 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;40:112-20.
2. Rodríguez Salvá A, Terry Berro B. Determinación rápida de las necesidades de salud en desastres naturales agudos: terremotos. *Rev Cubana Hig Epidemiol.* 2002;40(3) [citado 15 Mar 2003]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol40_3_02/hig10302.htm
3. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Los desastres naturales y la protección de la salud. Washington, DC: OPS/OMS; 2000.
4. Perfil epidemiológico. Año 1999. Armenia: Instituto Seccional de Salud del Quindío; 2000.
5. Chaverri M, Rojas V, Restrepo R. Alojamientos temporales Municipio Calarcá, Quindío, Colombia. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1999.
6. Centro Nacional de Prevención de Desastres. Guía práctica. Refugios temporales (albergues). México, DF: CENAPRED; 1992.
7. The Sphere Project. Humanitarian charter and minimum standards in disaster response. Geneva: The Sphere Project; 1998.
8. Organización Mundial de la Salud. Protocolos de evaluación sanitaria rápida en situaciones de emergencia. Ginebra: OMS; 1999.
9. Noji EK. The public health consequences of disasters. New York: Oxford University Press; 1997.
10. Terry Berro B, Rodríguez Salvá A. Terremoto en el eje cafetero colombiano: lecciones aprendidas. *Rev Esp Nutr Comunitaria.* 2003;9:182-4.