



REPÚBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de Salud

VIRGILIO GALVIS RAMIREZ
Ministro de salud

JUAN CARLOS URIBE RESTREPO
Viceministro de salud

JORGE RICARDO LEON FRANCO
Secretario General

DIRECCIÓN GENERAL DEL TRABAJO :

MARGARITA RONDEROS TORRES
Directora General de Promoción y Prevención

VICTOR HUGO ALVAREZ CASTAÑO
Jefe de la Oficina de Epidemiología

EQUIPO DE TRABAJO:

MARCELA BEATRIZ VALENCIA SUESCUM
ROBERTO MONTOYA ARAUJO
JACQUELINE ACOSTA DE LA HOZ
LENIS ENRIQUE URQUIJO VELAZQUEZ
Asesores Oficina de Epidemiología

EQUIPO DE APOYO PARA EL TRABAJO DE CAMPO:

HUMBERTO MONTIEL – Asesor Epidemiología OPS / OMS
MARÍA PATRICIA GONZALES – Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
MARÍA TERESA ESPITIA – Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
CECILIA SAAD – Instituto Nacional de Salud
INÉS ELENA JIMÉNEZ – Instituto Seccional de Salud del Quindío
NEBIO JAIRO LONDOÑO – Instituto Seccional de Salud del Quindío
TÉCNICOS DE SANEAMIENTO - Instituto Seccional de Salud del Quindío
TÉCNICOS DE SANEAMIENTO - Secretaría de Salud de Armenia
COMISIÓN CUBANA DE APOYO AL EJE CAFETERO

APOYO EN EL DISEÑO DE LA MUESTRA:

LUIS CARLOS GÓMEZ

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	VII
RESUMEN EJECUTIVO	8
1. ANTECEDENTES	13
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA:	15
1.2. CONTENIDOS DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA.	17
1.2.1. PROMOCIÓN DE LA SALUD	17
1.2.2. PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD	19
1.2.3 LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	21
1.2.4 SANEAMIENTO AMBIENTAL	23
2. METODOLOGIA	24
2.1. OBJETIVOS	24
2.1.1. GENERAL	24
2.1.2. ESPECÍFICOS	24
2.2. DISEÑO DE LA MUESTRA	25
2.3. INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS	26
3. RESULTADOS	27
3.1. PUNTOS CRÍTICOS EN LA GESTIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA.	27
3.1.1. ASPECTOS ORGANIZACIONALES EN EL ÁMBITO DEPARTAMENTAL	27
3.1.2. ASPECTOS ORGANIZACIONALES EN EL ÁMBITO MUNICIPAL	29

3.1.3. EJECUCIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA	30
3.2. VERIFICACIÓN DE LA SITUACIÓN SANITARIA DE LOS ALOJAMIENTOS TEMPORALES Y ASENTAMIENTOS ESPONTANEOS	32
3.2.1. INFRAESTRUCTURA	32
3.2.2. FUENTES DE AGUA	33
3.2.3. TRATAMIENTO DEL AGUA	33
3.2.4. MEDICIÓN DE CLORO LIBRE RESIDUAL	33
3.2.5. ALMACENAMIENTO DE ALIMENTOS	34
3.2.6. ALMACENAMIENTO DE AGUA	34
3.2.7. EXCRETAS	34
3.2.8. VECTORES	35
3.2.9. DISPOSICIÓN DE BASURAS	35
3.2.10. COCINA	35
3.2.11. PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO DEL AMBIENTE.	36
3.3. SITUACIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN	37
3.3.1 EDAD Y SEXO	37
3.3.2. CONOCIMIENTO DEL PROMOTOR DE SALUD Y LOS LÍDERES COMUNITARIOS	37
3.3.3. SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA RECIBIDOS POR LA COMUNIDAD.	38
3.3.4. MORBILIDAD	41
3.3.5. MORTALIDAD EN LOS ASENTAMIENTOS.	44
4. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	44
5. CONCLUSIONES	52
6. RECOMENDACIONES	54

INTRODUCCIÓN

Ante el terremoto ocurrido el pasado 25 de enero en el eje cafetero, que afectó de forma grave la población del departamento del Quindío, el Instituto Seccional de Salud del Quindío con la Colaboración del Ministerio de Salud, puso en marcha de una estrategia de atención primaria en salud, dirigida a la población residente en asentamientos espontáneos y alojamientos temporales en los municipios afectados del Departamento. Esta se inició con el apoyo de OPS / OMS, UNICEF, el Gobierno de Cuba, la Universidad Tecnológica de Pereira, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, las direcciones departamentales de salud de Tolima, Valle, Risaralda y Antioquia y el Instituto Nacional de Salud, entre otros.

El objetivo de la estrategia fue reducir el impacto en Salud Pública de los factores de riesgo existentes en la zona de desastre mediante la articulación de la participación social y la coordinación intersectorial efectiva en la recuperación y mantenimiento de la salud, el mejoramiento de la accesibilidad y la disponibilidad de servicios médico asistenciales de primer nivel, la implementación de la vigilancia en salud pública y el control de factores adversos a la salud humana.

Después de dos meses de ocurrido el evento, cuando gran parte del apoyo externo al eje cafetero había cesado, la Dirección General de Promoción y Prevención, consideró conveniente evaluar la estrategia y verificar en campo las condiciones de salud y saneamiento básico de la población residente en asentamientos espontáneos y alojamientos temporales en los municipios afectados. El trabajo de campo se realizó entre el 24 y 27 de marzo con el objeto de conocer el grado de implementación de la misma y reorientar el trabajo a desarrollar en la zona de desastre en los próximos meses, en el contexto del Plan de Atención Básica Nacional.

En este documento, se describe el diseño del estudio, los resultados obtenidos en cada uno de los campos explorados, la discusión de los hallazgos, así como las conclusiones y recomendaciones de acuerdo con la situación caracterizada. En los anexos, se encuentran los instrumentos de recolección de información utilizados.

RESUMEN EJECUTIVO

ASPECTOS METODOLÓGICOS:

En el periodo comprendido entre el 24 y 27 de marzo, dos meses después de ocurrido el terremoto que azotó el eje cafetero colombiano, la Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud, realizó una evaluación del desarrollo de la estrategia de atención primaria en salud formulada para la zona de desastre.

La evaluación se desarrolló utilizando la técnica de muestreo por conglomerados desiguales, para el que se seleccionaron dos dominios de estudio. El DOMINIO A corresponde al municipio de Armenia, que reúne el 55% de la población (23.303 personas y 5.331 familias aproximadamente) alojada temporalmente en la zona; El DOMINIO B reúne a los 5 municipios más afectados del departamento del Quindío (excluyendo Armenia), y que recogen el 37.9% de la población que vive en alojamientos temporales. En este DOMINIO se incluyen los municipios de Calarcá, Barcelona, Montenegro, Córdoba y La Tebaida (13.122 personas y 2.624 familias).

Cada uno de los dominios fue estratificado por número de familias, de los cuales se seleccionaron 25 asentamientos en el DOMINIO A y 20 en el DOMINIO B. La unidad básica de muestreo para las condiciones sanitarias del ambiente fue el asentamiento. Se aplicó una encuesta rápida de salud a una submuestra proporcional de familias dentro de cada asentamiento. La selección de las familias en campo, se realizó de forma aleatoria. El total de familias encuestadas fue de 391 en Armenia y de 237 en los "Otros Municipios". Para el análisis de los registros se ponderaron los resultados de la muestra de cada DOMINIO por un factor de expansión proporcional para cada uno.

Para la recolección de la información necesaria para la evaluación se diseñaron los siguientes instrumentos: *"Medición del Grado de Implementación de la Estrategia de Atención Primaria en el Departamento del Quindío"*, para la detección de puntos críticos en la aplicación de la estrategia de atención primaria; *"Ocurrencia de Muertes y Partos y Características de los Servicios de Salud Ofrecidos por el Promotor"* y

“Encuesta de la Situación de Salud” para la verificación de la situación de salud de la población y el acceso a los servicios de atención primaria y para la verificación de las condiciones sanitarias, se hizo uso del instrumento ***“Situación Sanitaria de los Alojamientos Temporales”***. Por último, con el fin de caracterizar los cuadros de enfermedad presentes en las personas reportadas enfermas, se diligenció la ***Ficha para la Identificación de Casos***, que recoge los principales signos y síntomas y permite determinar un diagnóstico probable.

RESULTADOS:

Se evidenció deficiencia en algunos aspectos de la organización de la estrategia en el ámbito departamental, especialmente en los mecanismos de evaluación, seguimiento y control de gestión y muy particularmente en la organización de la vigilancia en salud pública. El recurso humano y la infraestructura en equipos e instalaciones para hacer los procedimientos analíticos es insuficiente. El diligenciamiento, remisión, análisis y procesamiento de las fichas de identificación de caso no es satisfactorio. Los aspectos organizativos funcionan mejor en el ámbito municipal pero persiste la insuficiencia del recurso humano necesario para el desarrollo cabal de la estrategia. La participación social y la coordinación de acciones con ONGs es incipiente o esporádica.

Con algunas excepciones, a pesar de la insuficiencia manifiesta de la red de prestadores de servicios de salud, no se han implementado Unidades de Atención Primarias. Se evidencia muy pobre participación de las ARS y EPS en el funcionamiento de la estrategia.

A pesar que en todos los municipios se desarrollan algunas acciones de promoción de la salud, estas no corresponden a una estrategia integral, situación particularmente evidente en el campo de salud sexual y reproductiva.

En todos los municipios se desarrollan continuamente acciones de protección específica como vacunación y prevención de EDA e IRA. Sin embargo, las coberturas de vacunación, particularmente en menores de un año, son críticas. La orientación de personas con enfermedades crónicas a los servicios de salud se realiza esporádicamente y sólo en algunos municipios.

Con respecto a la infraestructura en vivienda, en el 60% de los asentamientos de Otros Municipios y 25% de los asentamientos de

Armenia predominan los alojamientos improvisados, de alto riesgo para la salud pública.

La fuente de agua es el acueducto en el 91.6% de los asentamientos de Armenia y el 80% de los asentamientos de otros municipios y recibe tratamiento en el 95% de los asentamientos de Armenia y 100% de los asentamientos de Otros municipios. De igual forma, en el 38.7% de los asentamientos de Armenia la medición de cloro residual fue insatisfactoria (menor de 0.3 mg/lt.) frente al 7.6% de los asentamientos de otros municipios.

En el 83.3% de los asentamientos de Armenia, el almacenamiento de alimentos fue adecuado. Esta cifra fue de 72.2% en los Otros municipios.

La disposición de excretas sigue siendo un grave problema de salud pública: En el 16.7% de los asentamientos de Armenia y en el 10.5% de los asentamientos de Otros Municipios continúa la disposición de excretas a campo abierto. En el resto de asentamientos, la disponibilidad de letrinas o sanitarios por cada 100 personas es insuficiente: sólo 18.7% de los asentamientos en Armenia y 13.3% de los asentamientos de Otros municipios tienen más de cinco letrinas por 100 personas.

En el 70.8% de los asentamientos de Armenia y 80% de otros municipios se detectó la presencia de zancudos y moscas; en el 50% de los asentamientos de Armenia y 25% de otros municipios se quejaron de la presencia de ratas.

La recolección de basuras es satisfactoria y en general se realiza por parte del municipio, aunque en un porcentaje entre 12.5 y 20% se dispone a campo abierto.

Con respecto a los factores de riesgo físicos, la mayor prevalencia la registraron la inadecuada ubicación de cocinas (50%, Armenia y 89.5%, Otros municipios) y la inadecuada ubicación de gas (37.5%, Armenia y 78.9%, otros municipios)

En Armenia, el 39.4% de la población asentada es menor de 15 años, frente al 42.2% en otros municipios. El 24.4% de la población de los asentamientos en Armenia y el 22.8% en Otros Municipios corresponde a mujeres en edad fértil.

Después del terremoto se han registrado en los municipios de estudio 66 partos, 98.5% de los cuales recibió atención institucional.

En Armenia, sólo el 36.8% de los niños han recibido recreación dirigida, el 38.7% de las familias refieren haber recibido educación en salud y el 29.2% de las mujeres en edad fértil servicios de información, y orientación en salud sexual y reproductiva. En los otros municipios estos porcentajes son mucho mayores y corresponden respectivamente a 55.0%, 68.1% y 34.4%,

Sólo el 64.4% de los menores de un año y el 67% de los menores de 9 años en Armenia han sido vacunados. En el caso de los otros municipios los porcentajes son 76.5% y 78.3%.

El 25.2% de la población estudiada en Armenia refirió haberse enfermado después de la ocurrencia del sismo (morbilidad percibida). De esta el 54.9% informó haber recibido atención médica oportuna y sólo el 28.6% fue remitida por la promotora. En los otros municipios el porcentaje de personas que reportaron haberse enfermado es 33.8%, de estos fueron atendidos el 67.5% y remitidos por el promotor el 41.9%.

Al momento de la encuesta, La prevalencia de enfermedad en Armenia fue de 5.1% y en los otros municipios 4.8%. Los grupos de edad más afectados fueron los menores de cinco años y los mayores de 60 años. En Armenia la principal patología fue la EDA con una prevalencia de 1.8 casos por 100 hbts, seis veces superior a la registrada en otros municipios, en los que la primera causa de enfermedad fue Dermatitis (0.6 casos por 100 hbts.)

CONCLUSIONES

Los procesos críticos que exigen una mayor intervención a nivel departamental y municipal se relacionan 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.

Uno de los principales factores a intervenir es la actualización del recurso humano para dar respuesta a las condiciones de la estrategia y mejorar la ejecución de la misma en las zonas afectadas.

A pesar que se han desarrollado algunas acciones específicas de promoción y prevención, es necesario implementar una estrategia integral de acción en el plano de la promoción de la salud y de la prevención de enfermedades y complicaciones, que corresponda a las condiciones de vida de la población de las zonas.

Es necesario fortalecer las acciones de vigilancia en la calidad del agua para consumo humano ya que en una proporción importante de los asentamientos de la ciudad de Armenia, se evidenciaron bajos niveles de cloro libre residual en el agua para consumo humano.

Es perentorio la búsqueda e implementación de soluciones concertadas con la comunidad a los problemas de disposición de excretas que a pesar de las numerosas observaciones al respecto, persiste como factor de muy alto riesgo para la transmisión de enfermedades en la zona de desastre.

Es necesario fortalecer las acciones de control de vectores como zancudos y roedores y la búsqueda de soluciones a los principales factores de riesgo físicos encontrados, en especial reubicación de cocinas y gas.

El poco desarrollo observado en algunos campos de la estrategia y la baja cobertura y alcance de algunas de las acciones planteadas son producto de la escasa participación social detectada en la evaluación. Fortalecerla es un factor crítico de éxito.

El alto porcentaje de población de grupos vulnerables en los asentamientos obliga al fortalecimiento de la estrategia de atención primaria en lo relacionado con salud del menor, atención de mujeres en edad fértil y adulto mayor.

La evidente deficiencia en la red prestadora de servicios, el bajo nivel de complejidad requerido para la solución de las patologías más frecuentes en los asentamientos, permite insistir en la necesidad de constituir las **unidades de atención primaria** propuestas y exigir el cumplimiento de la obligación de las ARS de atender a la población damnificada beneficiaria en el marco del SGSSS

1. ANTECEDENTES

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN

El 25 de enero del año en curso, un terremoto con una magnitud de 6.9 en la escala Richter, afectó los departamentos de Quindío, Risaralda y Valle. El departamento de Quindío, el más severamente afectado, presentó alrededor de 1.200 muertos y 2.450 heridos. Se estima que en Armenia, aproximadamente 28.000 familias (150 a 170.000 personas) fueron de alguna forma damnificadas. El censo de la población organizada en alojamientos temporales del departamento de Quindío se presenta en la siguiente Tabla. El cuadro resumen de los damnificados del departamento de Quindío se presentan en la Tabla 2.

TABLA 1. CENSO DE POBLACION DAMINIFICADA ORGANIZADA EN ALOJAMIENTOS TEMPORALES DEPARTAMENTO DE QUINDIO, Febrero de 1.999

MUNICIPIO	HOMBRES						MUJERES					
	Menor de 5 años	5 a 14 años	15-44 años	45-59 años	60 y +	Total Hombres	Menor 5 años	5 a 14 años	15-44 años	45-60 años	60 y +	Total Mujeres
Armenia	1,388	2,079	4 341	987	488	9,540	1,305	2,050	4,441	983	488	9,548
Barcelona	58	109	221	39	20	492	64	110	189	37	20	461
Buenavista	30	32	41	13	4	120	20	19	44	12	2	97
Calarcá	0	0	0	0	0	1,441	0	0	0	0	0	1,538
Circasia	74	117	170	36	21	418	79	100	175	31	23	408
Córdoba	141	217	471	79	50	958	128	181	440	64	45	858
Flandia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Génova	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Tebalda	237	378	757	141	74	1,587	218	381	814	176	65	1,634
Montenegro	282	480	621	164	84	1,611	246	481	887	150	87	1,681
Pijao	59	76	143	28	20	326	61	72	154	33	19	339
Quimbaya	30	57	68	11	12	178	36	65	79	29	11	220
Salento	12	12	9	3	16	52	7	9	20	2	20	58
Total Quindío	2,307	3,637	6,842	1,501	770	16,723	2,164	3,448	7,053	1,517	780	16,818

Fuente: Instituto Seccional de Salud del Quindío.

Ante la magnitud de los daños en la infraestructura física de las instituciones prestadoras de servicios de salud y el gran número de damnificados viviendo en condiciones de muy alto riesgo para la salud pública, la Dirección General de Promoción y Prevención diseñó una Estrategia Integral de Atención Primaria en Salud para la zona de desastre, que fue puesta en marcha por la Dirección Departamental de Salud del

Quindío con el apoyo de un grupo multidisciplinario de profesionales del Ministerio de Salud y diversas direcciones departamentales de salud y Organizaciones Nacionales e Internacionales.

Tabla 2. DAMNIFICADOS EN EL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO, Febrero de 1.999

MUNICIPIO	Población total	Número de muertos	Número de heridos	Porcentaje de Afectación de viviendas	DAMNIFICADOS EN ALBERGUES	
					Número de familias	Número de personas
Armenia	290,330	534	1,714	1	2,712	12,315
Barcelona	6,668	14	150	1	362	1,836
Buenavista	5,457	-	-	0	48	434
Calarcá	66,067	106	340	SI	982	4,450
Circasia	25,018	16	80	SI	SI	SI
Córdoba	7,049	2	90	1	231	1,115
Filandia	13,842	1	35	1	SI	SI
Génova	11,786	0	0	0	0	0
La Tebaida	26,674	51	280	1	730	3,167
Montenegro	39,005	36	250	0	SI	4,121
Pijao	9,405	3	28	1	88	937
Quimbaya	37,498	1	45	1	SI	445
Salento	8,667	4	19	0	13	110
Total Quindío	547,466	768	3,031		5,166	28,950

Fuente: Instituto Seccional de Salud del Quindío.

SI: Sin información

Uno de los objetivos de la estrategia era optimizar los recursos provenientes de diversas agencias nacionales e Internacionales y Organizaciones no Gubernamentales asentadas en la zona para la atención en salud. Fue así como, en consideración a la dimensión de la problemática, se canalizó un gran flujo de recursos financieros procedentes del Gobierno Nacional, el Ministerio de Salud, y agencias internacionales como UNICEF, OPS / OMS, entre otros, hacia las acciones en salud pública priorizadas en el diagnóstico inicial de la situación.

Una vez en marcha la estrategia, la Dirección General de Promoción y Prevención reiteradamente enfatizó en la necesidad de resolver los problemas detectados en el suministro de agua potable, disposición de desechos sólidos y líquidos, control de vectores y control de alimentos, y el fortalecimiento de la Vigilancia en Salud Pública, ya que se preveía que el asentamiento de los damnificados en los albergues, podría prolongarse

por un tiempo mayor del previsto, de modo que resultaba poco práctico y muy oneroso el mantenimiento de estrategias para la disposición de excretas tales como la contratación de baños portátiles públicos. 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.

En el mismo sentido se hizo un llamado para comenzar a orientar la atención en salud de los damnificados en el marco de los beneficios de la población en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y de la obligación de las Administradoras del Régimen Subsidiado de participar activa y responsablemente en la prestación de los servicios de salud incluidos en el POS a los damnificados beneficiarios del régimen, solicitud que, al igual que lo concerniente a la problemática de saneamiento básico, se presentó en forma reiterativa ante las instancias pertinentes.

1.2. DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA:

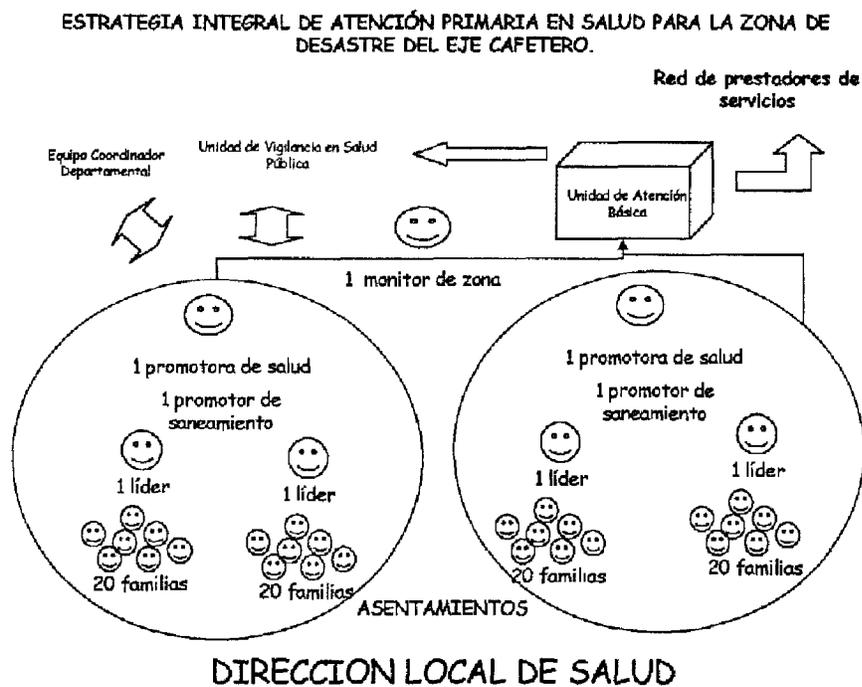
La Estrategia de Atención Primaria en Salud es un modelo de atención en salud y vigilancia en salud pública de base comunitaria que parte del establecimiento de una forma de organización social en Salud al interior de los albergues y zonas de asentamiento que facilite la interrelación entre el equipo de salud y la población, y logre el efectivo desarrollo de las acciones de Vigilancia en Salud Pública, Control de factores de riesgo, Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad; y facilite la coordinación de las acciones en salud que desarrollan las diferentes instituciones, sectores y ONG involucradas en la zona de desastre.

El modelo propuesto, contemplaba la identificación y capacitación de un líder por cada 20 familias damnificadas, con el ánimo de que este se convirtiera en el *gestor de la salud* de las personas ubicadas en el asentamiento. Este grupo de líderes sería asesorado permanentemente por un **Promotor de Salud** quien tendría a cargo un número de aproximadamente 100 familias, para desarrollar las acciones de promoción de la salud, con particular énfasis en las de información y educación en salud sexual y reproductiva; el desarrollo de acciones prioritarias de protección específica como rehidratación oral y vacunación; el seguimiento y monitoreo a las personas que se encontraran recibiendo tratamiento y la atención de enfermedades o lesiones de baja complejidad. De igual manera, los promotores de salud debían orientar en cada asentamiento la búsqueda activa de posibles casos de enfermedades sujetas a vigilancia, identificar factores de riesgo del ambiente y del comportamiento que

requirieran ser intervenidos y direccionar a toda la población que necesitara atención médica u odontológica hacia los servicios de salud, priorizando sus acciones hacia los grupos de mayor riesgo.

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 Técnicos de Saneamiento disponibles para vigilar, controlar y ofrecer soluciones temporales de control de factores de riesgo del ambiente, en particular lo relacionado con suministro de agua potable, 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 las mismas.

La relación de los participantes en la estrategia se aprecia en el siguiente esquema



Para la coordinación del trabajo de campo y el monitoreo de las acciones en cada municipio, se planteó la designación de profesionales en salud (**monitores de zona**) quienes no solo desarrollarían acciones de capacitación al grupo de gestores de salud, actualización a los promotores de salud 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 los mismos, 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.

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 propuso la instalación de puestos periféricos temporales que ofrecieran servicios de atención médica básica de primer nivel, lo más cerca posible a los sitios de asentamiento y donde se filtrara la consulta generada para centros de salud y hospitales.

1.3. CONTENIDOS DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

1.3.1. Promoción de la Salud

Para el trabajo de campo en promoción de la salud se propuso el desarrollo de grupos alrededor de temas de interés y desarrollar metodologías tales como la conformación de **grupos de pertenencia** que favorezcan la socialización y promuevan en la población el sentido de responsabilidad, autocuidado y pertenencia, tales como: Niño a niño, Jóvenes en situación de crisis, Creación y fortalecimiento de grupos de apoyo familiar y social en albergues y comunidades, Apoyo familiar, Vinculación de grupos sociales y ONGs, Apoyo gubernamental y social, entre otras.

De la misma manera se enfatizó en la necesidad de trabajar en las siguientes cuatro áreas temáticas de interés:

1.3.1.1. Fortalecimiento de factores protectores de la salud: Está temática implica el desarrollo de tres líneas estratégicas:

- Reforzamiento de la acción comunitaria
- Creación de ambientes favorables a la salud en el ámbito psicosocial, familiar y del entorno.
- Desarrollo de habilidades personales en el marco de lo saludable.

1.3.1.2. Salud sexual y reproductiva: Dentro de este campo se reconocen las siguientes líneas estratégicas:

- Prevención de la mortalidad materna y perinatal
- Prevención de embarazos no deseados y abortos

1.3.1.3. Salud mental: Para el cumplimiento de este objetivo se propuso el desarrollo de las siguientes líneas estratégicas:

- Diagnóstico inicial de la situación de salud mental de la población afectada
- Acciones de prevención de alteraciones psicológicas postraumáticas y la reagudización de trastornos mentales preexistentes.
- Oferta oportuna de servicios de tratamiento y rehabilitación a las personas psicológicamente afectadas.
- Realización de evaluación periódica y definitiva de las acciones del plan.

1.3.1.4. Alimentación y nutrición adecuada: En este campo se espera el desarrollo de las siguientes líneas estratégicas:

- Valoración nutricional
- Higiene y manipulación de alimentos.
- Educación alimentaria y nutricional.

1.3.2. Prevención y Atención de Problemas de Salud

Las áreas de intervención en prevención y atención de problemas de salud propuestas fueron las siguientes:

1.3.2.1. Enfermedades prevenibles por vacunación: Dentro de las líneas estratégicas a desarrollar se encuentran:

- Capacitación del personal de promotoras para la adecuada aplicación de las vacunas y conservación de los biológicos.
- Establecimiento de una programación de vacunación que asegure la vacunación en los albergues.
- Suministro oportuno y adecuado de los biológicos.
- Reforzamiento de la cadena de frío disponible para la conservación de las vacunas.
- Evaluación de las metas propuestas y vigilancia epidemiológica.

1.3.2.2 Control de enfermedades diarreicas: Las estrategias a aplicar fueron:

- Establecimiento de programas integrados de control de las diarreas, rehidratación oral, nutrición, higiene de los alimentos, agua potable y eliminación de desechos sólidos y líquidos.
- Suministro adecuado y oportuno de las sales de rehidratación oral.
- Definición de procedimientos rápidos de laboratorio para determinar la etiología de las diarreas
- Desarrollo de sistemas eficaces de vigilancia y evaluación.

1.3.2.3. Infecciones respiratorias agudas: Desarrollo de las siguientes estrategias:

- Capacitación al personal de salud y de agentes de la comunidad, para mejorar el diagnóstico y el tratamiento de la IRA.

- Desarrollo de tratamientos estándares simplificados y criterios para la remisión de los casos cuando fuese necesario.
- Dar prioridad a los niños y ancianos para su diagnóstico y tratamiento.
- Desarrollo de sistemas de vigilancia y supervisión.

1.3.2.4. Enfermedades de Transmisión Sexual: Realización de programas educativos a la comunidad, orientados a los grupos de alto riesgo con las siguientes líneas estratégicas:

- Desarrollo de programas de búsqueda, diagnóstico y tratamiento, e identificación de contactos.
- Asegurar la articulación efectiva con los servicios de laboratorio
- Establecimiento de pautas uniformes de diagnóstico y tratamiento, con el suministro oportuno y adecuado de los medicamentos.
- Vigilancia epidemiológica y monitoreo.

1.3.2.5. Enfermedades cardiovasculares: Líneas estratégicas:

- Organización de programas educativos para combatir hábitos perniciosos y llevar a estilos de vida saludables.
- Diseño de normas adecuadas para la atención en el primer nivel y coordinar las remisiones a niveles más especializados.

1.3.2.6. Salud bucal: Líneas estratégicas:

- Desarrollo de programas educativos y de prevención a las promotoras y a la comunidad.
- Establecimiento de programas a menores de 15 años con énfasis en higiene oral, prevención y tratamiento de las enfermedades orales.

1.3.2.7. Primeros auxilios: Capacitación a las promotoras de salud en el manejo de un paquete de actividades de primeros auxilios; educación a la comunidad, en especial a los líderes, en la prevención de accidentes "caseros" en los albergues.

1.3.3. La Vigilancia en Salud Pública

Se enfatizó particularmente en la detección oportuna de enfermedades transmisibles que, por su potencial epidémico, se consideraran de alto riesgo para la salud de la población asentada en condiciones desfavorables, por las características de la vivienda, el hacinamiento, las deficientes condiciones sanitarias y los problemas relacionados con la conservación y manipulación de alimentos.

De igual forma se sometieron a vigilancia otra serie de enfermedades que sin ser transmisibles, pudieran generar rápidamente un impacto negativo sobre la salud y seguridad de las personas que viven en alojamientos temporales, tales como los trastornos de la conducta (irritabilidad severa, psicosis, entre otras) que, dadas sus características, pudieran alterar rápidamente la salud mental del grupo y sus relaciones sociales.

Se enfatizó en la necesidad de la búsqueda constante de la información básica requerida, la participación de la población objeto dentro del proceso, la optimización de los recursos existentes, el monitoreo constante de los eventos bajo vigilancia, el análisis permanente de la situación de salud y la orientación de acciones de control sobre el ambiente, la población y los servicios de forma inmediata y a corto plazo.

Para el desarrollo óptimo de la Vigilancia, se hicieron los siguientes planteamientos generales:

- El dato primario para la vigilancia debe captarse lo más cerca de las población, por esto la unidad básica de generación de datos debe ser el asentamiento y no la red prestadora de servicios de salud.
- Establecer mecanismos participativos entre líderes comunitarios y promotores de salud, para vigilar más estrechamente la salud de las personas de los asentamientos y detectar permanentemente casos nuevos de enfermedad.
 - Diseño de un instrumento único para el área de desastre que capturara la información mínima necesaria sobre un caso, y que pudiera diligenciarse fácilmente y se construyera haciendo uso de términos propios de la región o de fácil entendimiento para las personas.
 - Iniciar el proceso de configuración del caso el mismo día en que fue captado el mismo y culminarse en las siguientes 72 horas. Este proceso debía ser coordinado por el monitor de zona, con el apoyo

del equipo de promotores y líderes comunitarios y de ser necesario o posible con la asesoría de un Epidemiólogo

- Cuando se presente un brote, el monitor debería coordinar las acciones iniciales de atención, investigación de campo y control de factores de riesgo, además notificar de forma inmediata a la unidad central de epidemiología, para asistir el estudio y control del hecho.
- Revisión de los registros de atención de las unidades de atención primaria y de los centros de salud.
- Notificación diaria de los datos básicos generados desde los asentamientos, aquellos relacionados con la investigación de campo, y los consolidados de datos de la red prestadora de servicios de salud, a la unidad central de epidemiología para el procesamiento y análisis respectivo.
- Análisis diario de datos con un nivel descriptivo para la toma de decisiones.
- Notificación semanal de la ocurrencia de casos al Ministerio de salud, actualizando la base de datos existente.
- Revisión permanente de la operación de la estrategia de vigilancia, para lograr adoptar correctivos oportunos que optimicen el funcionamiento de la estrategia en la zona de desastre.
- Divulgación de la información a los municipios con una periodicidad diaria, de tal forma que retroalimente el esfuerzo local y reoriente las acciones adelantadas si es del caso. Así mismo, se debe garantizar la actualización permanente de los administradores de la zona, para que estos puedan movilizar a otros sectores en la solución de problemas.
- Cuando se considere adecuado comunicar algunos aspectos a la población en general, debe hacerse como parte de un mecanismo integral de información, educación y comunicación en salud, previendo el impacto que dicha información puede generar sobre la estrategia de atención primaria y las intervenciones de saneamiento ambiental.

1.3.4. Saneamiento Ambiental

Se enfatizó en la vigilancia estrecha de los factores ambientales que puedan ser adversos a la salud humana, de tal forma que se pudieran detectar a tiempo situaciones de riesgo para la población e implementar los mecanismos de control pertinentes.

1.3.4.1. Vigilancia y control de la calidad y cantidad de agua para consumo humano: en esta línea las actividades a desarrollar son entre otras medición del cloro residual, desinfección del agua y toma y transporte de muestras de agua para el análisis físico y bacteriológico.

1.3.4.2. Vigilancia y control del manejo y disposición sanitaria de excretas: En este campo las actividades planteadas fueron capacitación y orientación para la ubicación y construcción de letrinas o tasas sanitarias en asentamientos, inspección de viviendas y establecimientos para verificación en la disposición de excretas, aspersión de Cal para neutralizar excretas y materia orgánica en descomposición y toma y transporte de muestras de agua residual para análisis de *Vibrio cholerae*.

1.3.4.3. Vigilancia y control de la generación, almacenamiento y disposición final de desechos sólidos: se enfatizó en el desarrollo de las siguientes actividades: verificación de la forma de almacenamiento domiciliario de residuos sólidos en asentamientos, verificación y reporte de la frecuencia de recolección de residuos sólidos e identificación y reporte de botaderos, quemas y escombreras.

1.3.4.4. Vigilancia y control de alimentos: Las actividades incluidas son: inspeccionar la venta de alimentos de alto riesgo en vías públicas, inspeccionar el almacenamiento y distribución de alimentos en asentamientos y capacitar a los manipuladores de alimentos en asentamientos y centros de acopio.

1.3.4.5. Higiene y seguridad de la vivienda: Las actividades incluidas son: inspección de aseo y limpieza de asentamientos y cocinas, identificación y reporte de viviendas en riesgo de deslizamientos, derrumbe o inundación, verificación y reporte de condiciones de seguridad en la cocción de alimentos y riesgo en el manejo de combustibles y cables eléctricos en asentamientos.

1.3.4.6. Vigilancia y control de riesgos biológicos: Implica el desarrollo de las siguientes actividades: levantamiento de índices de infestación de *Aedes aegypti*, roedores y moscas domésticas, intervenciones de reordenamiento del medio y control químico según protocolo establecido, revacunación de perros y gatos en asentamientos, verificación del

almacenamiento, manejo, transporte y disposición final de desechos patógenos de origen hospitalario.