2. METODOLOGIA

2.1. OBJETIVOS

2.1.1. General

Evaluar la estrategia de atención primaria en la zona de desastre del departamento del Quindío y verificar la situación de salud y acceso de la población a los servicios en dicha zona.

2.1.2. Específicos

Detectar puntos críticos de intervención en la estrategia de atención primaria en promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y saneamiento básico.

Verificar la situación de salud de la población residente en los asentamientos, a través del desarrollo de una encuesta rápida de prevalencia de cuadros sindromáticos.

Verificar la recepción y acceso de la población a los servicios de atención primaria incluidos en la estrategia a través del desarrollo de una encuesta rápida.

Verificar las condiciones de saneamiento básico en los asentamientos, en las áreas de agua, disposición de excretas, recolección y disposición de basuras, alimentos y presencia de vectores.

2.2. DISEÑO DE LA MUESTRA

Para el desarrollo de la presente encuesta, se seleccionaron dos dominios de estudio: el primero (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 y que por la magnitud del desastre ha sido objeto de unas características específicas de desarrollo de la estrategia de atención primaria. El segundo (DOMINIO B), reúne a los 5 municipios más afectados (excluyendo Armenia) que recogen el 37.9% de la población que vive en alojamientos temporales, en este DOMINIO se incluyen: Calarcá, Barcelona, Montenegro, Córdoba y La Tebaida (13.122 personas y 2.624 familias).

Dentro de cada DOMINIO, se seleccionó un número específico de asentamientos: Armenia 25 (DOMINIO A) y "Otros Municipios" 20 (DOMINIO B), número que permite caracterizar adecuadamente la variabilidad de los conglomerados. Para la selección de los asentamientos, se estableció el mismo número de estratos organizados por número de familias albergadas. Para el DOMINIO A cada estrato reúne aproximadamente 153 familias, el DOMINIO B recoge 131 familias por estrato.

Una vez estratificado cada DOMINIO, se procedió a calcular la probabilidad de cada asentamiento de ser seleccionado en cada estrato, a través de la relación entre el número de familias de un asentamiento y el total de familias del estrato correspondiente. Para la selección final del asentamiento a evaluar, se eligió al azar un número entre 0 y 1 para cada estrato y con dicho número se seleccionó el asentamiento de estudio, teniendo en cuenta la probabilidad de cada uno.

El asentamiento es la unidad básica de muestreo para la aplicación de la encuesta de saneamiento básico.

Con el objeto de realizar la encuesta rápida de salud, se seleccionó una submuestra de familias dentro de cada asentamiento, a través del siguiente mecanismo: la muestra seleccionada para el DOMINIO A fue 399 familias y para el B 246, estas se distribuyeron proporcionalmente entre los asentamientos seleccionados en cada DOMINIO, de acuerdo con el número de familias contenidas en cada estrato. La familia es la unidad de muestreo para la encuesta de salud. La selección de las familias en campo, se realizo de forma aleatoria, definiendo una ruta crítica de recorrido del asentamiento empezando por la izquierda, y aplicando un número de intervalo definido a partir de la relación entre la muestra y las familias de cada DOMINIO.

El total de asentamientos encuestados para la verificación del estado sanitario fue de 24 en Armenia y 20 en el DOMINIO B ("Otros Municipios"). El total de familias encuestas fue de 391 en Armenia y de 237 en los "Otros Municipios". Dado que el diseño de la muestra es por conglomerados desiguales, en el análisis del total de los registros, es necesario ponderar los resultados de la muestra de cada DOMINIO por un factor de expansión para cada uno.

Para el cálculo del factor de expansión, a través de un método abreviado, se establece el valor de la relación entre el total de familias encuestadas y el universo de familias en cada DOMINIO, es así como para el DOMINIO A, el factor de expansión es de 13.49 (5.277/391) y para el DOMINIO B de 11.2 (2.624/237).

Con el objeto de conocer la magnitud de las características estudiadas en el universo de estudio, los resultados de la muestra serán expandidos, haciendo uso del factor de ponderación ya descrito.

2.3. INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS

Para la detección de puntos críticos en la aplicación de la estrategia de atención primaria, se hizo uso del instrumento ***Medición del Grado de Implementación de la Estrategia de Atención Primaria en el Departamento del Quindío*** (Anexo 1).

Este instrumento fue diligenciado con el equipo de trabajo del Instituto Seccional de Salud del Quindío, determinando por consenso la alternativa de respuesta más adecuada con la situación de la zona. Los capítulos 2 y 3 del instrumento, fueron diligenciados para cada municipio por los responsables municipales, exponiendo cada uno ante el grupo los argumentos que sustentan la selección de las alternativas de respuesta en cada pregunta.

Para la verificación de la situación de salud de la población y el acceso a los servicios de atención primaria, se utilizaron dos instrumentos: el primero, ***Ocurrencia de Muertes y Partos y Características de los Servicios de Salud Ofrecidos por el Promotor*** (Anexo 2), fue diligenciado por el encuestador y el promotor de salud o líder comunitario del asentamiento. En el se indaga sobre la ocurrencia de muertes y partos en el asentamiento, una descripción de las actividades en que se ocupan los

niños durante el día y una descripción de las actividades que ha realizado el promotor de salud en el asentamiento.

El segundo instrumento, ***Encuesta de la Situación de Salud*** (Anexo 3), fue diligenciado por el encuestador y aplicado a cada una de las familias escogidas en el estudio. Mediante este instrumento se recolectó información relacionada con datos demográficos, ocurrencia de enfermedad, acceso a atención médica y a otros servicios básicos de la estrategia, así como la presencia actual de enfermedad aguda.

Además se indagaron algunos puntos relacionados con el conocimiento de la organización de la estrategia en el asentamiento y la recepción de servicios de educación en salud.

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.

Para la verificación de las condiciones sanitarias, se hizo uso del instrumento ***Situación Sanitaria de los Alojamientos Temporales*** (Anexo 4), en el que se incluyeron variables relacionadas con infraestructura, agua, excretas, alimentos, vectores,disposición de basuras, cocina y otros factores de riesgo del ambiente.

3. RESULTADOS

3.1. PUNTOS CRÍTICOS EN LA GESTIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

3.1.1. Aspectos Organizacionales en el Ámbito Departamental

En el Instituto Seccional de Salud del Quindío existe una persona responsable de la **dirección de la estrategia**, así como un equipo funcional responsable del desarrollo de la misma, sin embargo, sólo ha habido **gestión** efectiva en algunos componentes de la estrategia y el equipo

funcional ha tenido que asumir otras funciones dentro de la Institución, situación que ha llevado al nombramiento de coordinadores PAB para cada municipio, quienes serían los nuevos responsables de la estrategia en campo.

En relación con la operación de este grupo, si bien es cierto los participantes expresan la realización de reuniones de **coordinación** regularmente (interdiarias), consideran que estas son insuficientes para socializar las experiencias municipales y tomar decisiones frente a la acción futura. Esta situación hace necesario revisar y ajustar la dinámica de las reuniones, de tal forma que se logre mayor eficiencia en el uso del tiempo existente. Otros factores críticos en relación con la gestión de la estrategia y la eficiencia del trabajo del grupo, son la carencia de un espacio físico para el trabajo individual y colectivo, la deficiencia de equipos de computación y la limitada disponibilidad de vehículos para el desplazamiento a los municipios

La organización de la **vigilancia en salud pública** en el departamento es deficiente, el recurso humano existente es insuficiente para cubrir las demandas de dirección y seguimiento de la vigilancia, así como para realizar los procesos analíticos que permitan orientar la acción en salud pública. No se ha organizado una Unidad Central de Epidemiología que oriente los procesos de vigilancia en salud pública dentro de la estrategia.

Situación diferente parece existir en relación con la **vigilancia de factores de riesgo del ambiente**, donde se reporta la existencia de equipos básicos para el desarrollo de estas actividades en todos los municipios. Sin embargo, al momento de realizar la encuesta de la situación de saneamiento, algunos municipios no contaban con comparadores de cloro para hacer mediciones de cloro residual, acción prioritaria que debe realizarse diariamente en todos los municipios.

En lo relacionado con el **control de gestión de la estrategia**, resulta crítica la carencia de instrumentos para sistematizar la gestión realizada en cada zona afectada y en consecuencia la falta de procesos sistemáticos de análisis de información sobre la misma. Esta situación dificulta el proceso de toma de decisiones, pues no existe un mecanismo unificado que haga posible la lectura permanente de las condiciones de salud de la población en los municipios afectados.

3.1.2. Aspectos Organizacionales en el Ámbito Municipal

Se sigue expresando insuficiencia en el recurso humano, particularmente promotores de salud, para atender las demandas de la población en los asentamientos. Sólo los municipios de Pijao, Armenia y Montenegro, expresan suficiencia al respecto.

La situación frente a los promotores de saneamiento no es diferente: sólo Montenegro refiere contar con el número adecuado de promotores en este campo.

Sólo dos municipios implementaron la figura de los monitores de zona (Armenia y Pijao), debe tenerse presente que esta figura es la responsable de organizar operativamente la estrategia en cada zona afectada y orientar las acciones a ser adelantadas. La falta de este recurso puede reflejarse en un estancamiento de la estrategia en los asentamientos.

En Córdoba, Pijao y Armenia, se refiere la implementación de un proceso permanente de capacitación del recurso humano para el desarrollo de la estrategia de atención primaria; en los otros municipios, sólo se han desarrollado acciones de información. Esta situación indica la falta de una propuesta unificada de cualificación del recurso humano dentro de la estrategia, de acuerdo con las áreas prioritarias de intervención desde el nivel departamental.

A pesar que tan solo en Córdoba, Montenegro y Pijao se refiere suficiencia de la red de servicios existente para dar respuesta a las demandas de atención de la población, en ningún municipio se han implementado Unidades de Atención Primaria. La falta de esta Unidades se traduce en fallas en la oportunidad de atención de las personas enfermas y escasa remisión organizada desde el asentamiento hacia la red de prestadores de servicios. En todos los municipios, excepto en Armenia, el recurso humano para la operación de las unidades de atención primaria es insuficiente.

En los municipios de Córdoba, Pijao y Armenia, se refiere haber planificado la estrategia de atención primaria; en los otros municipios esta labor no se ha desarrollado. La falta de planificación genera lentitud en el desarrollo de estrategia, así como desorden en la ejecución de los limitados recursos existentes. Esta situación corresponde con la limitada gestión realizada por los municipios con ONG's que han trabajado en la zona ya que tan solo Córdoba y Armenia reportan haber adelantado esta labor permanentemente.

En el campo de la participación social, Calarcá y Armenia refieren un limitado desarrollo, lo cual corresponde, particularmente en Armenia, con

los hallazgos de la encuesta de situación de salud. Con base en los resultados de esta encuesta, sería importante verificar en los otros municipios el tipo de participación social que se ha generado en relación con la estrategia en cada asentamiento.

3.1.3. Ejecución de la Estrategia de Atención Primaria

3.1.3.1. Promoción de la salud:

Sólo se refiere la **organización de grupos comunitarios** para el desarrollo de acciones en salud en los municipios de Armenia, Montenegro y Pijao. Estos grupos no existen en los municipios de Córdoba, Calarcá y Barcelona. Se debe recordar que la base de la estrategia de atención primaria es la participación social y que sin ella es difícil desarrollar acciones de promoción de la salud y fortalecimiento de factores protectores para la salud.

Si bien en todos los municipios, excepto Armenia, se han desarrollado acciones de **información, educación y comunicación en salud**, aún no se cuenta con una estrategia integral en este campo. Esta situación corresponde con las limitaciones en planificación existentes en los municipios. La definición de una estrategia integral de información, educación y comunicación en salud, permite la racionalización de los recursos y es garantía de óptimo uso de todos los servicios a ofrecerse como parte de la estrategia.

En el campo de la **salud sexual y reproductiva**, en los cinco municipios diferentes a Armenia se han realizado algunas acciones de información, educación y comunicación; en cuatro de estos municipios, excepto en Pijao, se han realizado algunas acciones esporádicas, tendientes a evitar la ocurrencia de embarazos no deseados y abortos; en Córdoba, Montenegro, Calarcá y Pijao no se han adelantado acciones tendientes a evitar la mortalidad materna y perinatal. Adicionalmente, se han desarrollado algunas acciones aisladas de prevención de las enfermedades de transmisión sexual, que no configuran una estrategia específica en el ramo.

Este panorama indica claramente que el campo de la salud sexual y reproductiva ha sido desarrollado de forma desigual en los municipios y sin responder una propuesta estratégica integral orientada desde el nivel departamental. Es importante que las acciones realizadas en cada campo, sean complementarias y respondan a la problemática descrita en casos de desastres.

En los municipios de Montenegro, Calarcá y Barcelona, no se reconoce la realización de acciones de promoción de la **salud mental** entre las personas residentes en los asentamientos. En general, en todos los municipios se hace referencia a la atención especializada de cuadros agudos de enfermedad mental; sin embargo, las acciones con base comunitaria no son reconocidas. Se debe recordar que este tipo de intervenciones son necesarias en todos los municipios de la zona, de tal forma que la población alcance mayores niveles de protección de su salud.

3.1.3.2 Prevención de enfermedades y complicaciones: En todos los municipios se desarrollan acciones de **vacunación, prevención de la Enfermedad Diarréica e Infección Respiratoria Aguda.** Estas acciones corresponden con los hallazgos de la encuesta de situación de salud, respecto a intervenciones de salud recibidas por la población y la morbilidad encontrada.

En el municipio de Calarcá y en Barcelona no se están desarrollando acciones de orientación de las personas con **enfermedades crónicas** hacia los servicios; en los otros municipios esta acción se realiza esporádicamente. Esta situación constituye una condición de riesgo para la ocurrencia de complicaciones que generan altos costos al sistema de salud e incrementan el riesgo de muerte y discapacidad en la población.

3.1.3.3. Vigilancia en Salud Pública: Sólo se diligencian, envían, analizan y procesan las fichas de identificación de caso en el municipio de Pijao, en los otros cuatro municipios estas acciones no se realizan o se han adaptado formatos diferentes para tal fin en el ámbito local. Al parecer, el sistema de vigilancia se basa en la red prestadora de servicios existente en los municipios y no en los reportes hechos por la comunidad. Esta forma de operación, hace que se confunda la información de la población general y la correspondiente a la población residente en asentamientos y alojamientos, sin considerar que los dos grupos están expuestos a riesgos diferentes.

A pesar de lo dicho, todos los municipios reportan el desarrollo de investigaciones de caso y campo cuando son requeridas, lo que al parecer ha permitido controlar rápidamente los problemas identificados. Este panorama se acompaña de la falta de análisis de situación de salud en el departamento, lo cual limita las posibilidades de orientación de la estrategia de atención primaria con base en datos epidemiológicos.

3.1.3.4 Vigilancia de Factores de Riesgo del Ambiente: en el campo de la vigilancia de factores de riesgo del ambiente, todos los municipios refieren realizar permanentemente acciones de vigilancia sobre agua, excretas, alimentos, basuras y vigilancia entomológica, sin embargo, de acuerdo a

los hallazgos de la encuesta de la situación de salud, en muchos de los asentamientos del municipio de Armenia se encontró la persistencia de factores de alto riesgo para la salud pública como inadecuada disposición de excretas y alto hacinamiento.

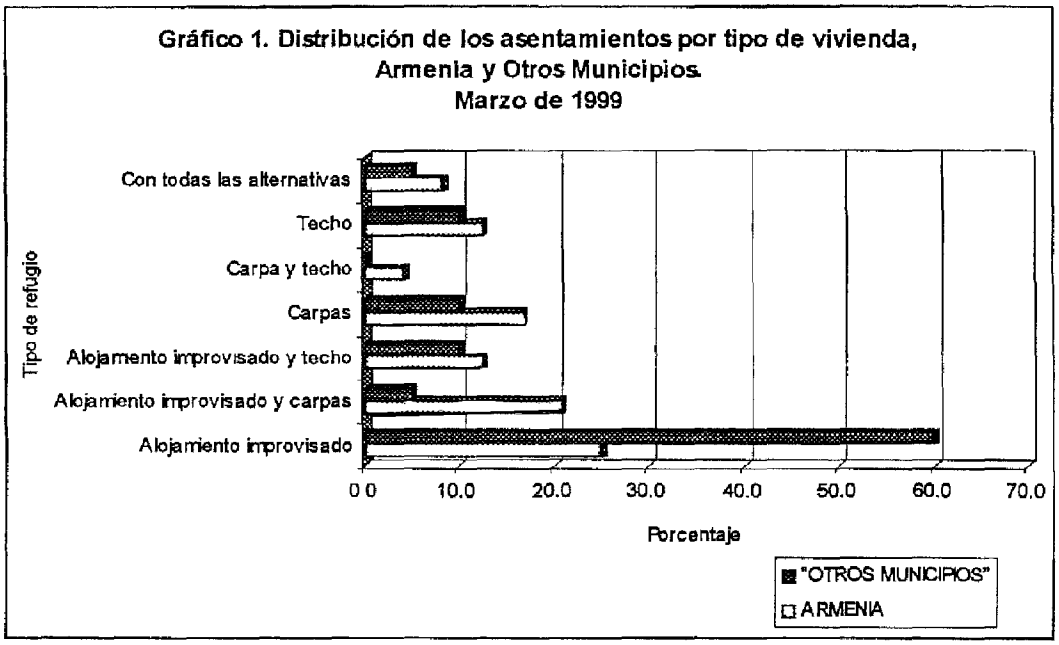
3.2. VERIFICACIÓN DE LA SITUACIÓN SANITARIA DE LOS ALOJAMIENTOS TEMPORALES Y ASENTAMIENTOS ESPONTANEOS

3.2.1. Infraestructura

En la Tabla 3, se presenta la distribución de los asentamientos estudiados en términos del tipo de vivienda. En el 25% de los asentamientos estudiados en la ciudad de Armenia todas las personas están viviendo en alojamientos improvisados y en el 12,5%, bajo techo. En el 60% de los asentamientos estudiados en los municipios diferentes a Armenia, las personas continúan en alojamientos improvisados. La diferencia entre la proporción de asentamientos de Armenia y de los otros municipios en los que toda la población habita en estas condiciones es estadísticamente significativa ($p = 0,018$).

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE LOS ASENTAMIENTOS POR TIPO DE VIVIENDA

TIPO DE REFUGIO	ARMENIA		"OTROS MUNICIPIOS"	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Alojamiento improvisado	6	25.0	12	60
Alojamiento improvisado y carpas	5	20.8	1	5
Alojamiento improvisado y techo	3	12 5	2	10
Carpas	4	16.7	2	10
Carpa y techo	1	4.2	0	0
Techo	3	12 5	2	10
Con todas las alternativas	2	8.3	1	5
TOTAL	24	100	20	100



3.2.2. Fuentes de Agua

En 22 de los 24 asentamientos estudiados en Armenia (91,6%), hay suministro de agua del acueducto. Además de contar con agua del acueducto, dos de los asentamientos obtienen agua de algibes. En 4 asentamientos el suministro de agua se hace por medio de carrotanques. En 16 de los 20 asentamientos de los "Otros Municipios" hay suministro de agua del acueducto (80%). En 8 de los asentamientos hay suministro de agua por medio de carrotanques.

3.2.3. Tratamiento del Agua

El agua es tratada en 23 de los 24 asentamientos de la ciudad de Armenia que fueron incluidos en el estudio (95,8%). Este aspecto se exploró en 19 de los otros 20 municipios estudiados, en todos los casos el agua que se consume es tratada.

3.2.4. Medición de Cloro Libre Residual

En 21 de los 24 asentamientos estudiados en Armenia, fue posible medir el cloro residual en el agua para consumo. En 8 (38.0%) el valor medido

fue menor de 0,3 mgr/lt. Entre los asentamientos estudiados en los "Otros Municipios", el cloro libre residual fue medido en 13, de los cuales en uno (7,6%) el valor fue inferior a 0,3 mg/lt (0,0 mg/lt). La frecuencia de asentamientos con mediciones de cloro libre residual menores de 0,3 fue mayor en la ciudad de Armenia, siendo la diferencia estadísticamente significativa (P=0,029).

3.2.5. Almacenamiento de Alimentos

Los recipientes donde se almacena los alimentos, están adecuadamente protegidos en 83,3% de los asentamientos estudiados en la ciudad de Armenia. Esta cifra fue de 72,2% entre los asentamientos examinados en los "Otros Municipios".

3.2.6. Almacenamiento de Agua

Los recipientes donde se almacena el agua se mantienen adecuadamente protegidos en 83,3% de los asentamientos estudiados en la ciudad de Armenia y en 84,2% de los asentamientos examinados en los "Otros Municipios".

3.2.7. Excretas

En 4 de los 24 asentamientos evaluados en la ciudad de Armenia, (16,7%) se está haciendo disposición de excretas a campo abierto (en todos estos asentamientos hay familias que disponen de sanitarios). De 19 asentamientos de los "Otros Municipios" en los que se exploró este aspecto, en 2 (10,5%) la disposición de excretas se está haciendo a campo abierto. En uno de estos asentamientos hay además sanitarios y letrinas y en el otro solo letrinas.

De los 24 asentamientos estudiados en la ciudad de Armenia, hay 16 donde se registró el número de unidades sanitarias (sanitarios, letrinas y hoyos secos) existentes. De estos 16, solamente 3 (18,7%) tienen mas de cinco unidades sanitarias por cada 100 personas (1 por cada 20), la media fue de 3,3 sanitarios por cada 100 personas y la mediana de 1,4, medida esta, que debido a la distribución de la serie, se considera más adecuada como medida de tendencia central.

En 16 de los 20 asentamientos estudiados en los "Otros municipios", se registró el número de unidades sanitarias, en 15 de estos, se registró también el número de habitantes del asentamiento. Solo en 2 asentamientos de estos 15 (13,3%) hay más de 5 unidades sanitarias por cada 100 personas. La media fue de 3.0 y la mediana de 1,0.

3.2.8. Vectores

En el 70,8% de los asentamientos estudiados en Armenia es frecuente la presencia de zancudos. En este mismo porcentaje se refirió la presencia de moscas. Ratas se han observado en 50% de los asentamientos estudiados. En 80% de los asentamientos de los "Otros Municipios" es frecuente la presencia de zancudos y en 65% hay moscas. En estos municipios, fue referida la presencia de ratas en 25% de los asentamientos.

3.2.9. Disposición De Basuras

En todos los asentamientos estudiados en la ciudad de Armenia, hay recolección de basuras por parte del municipio. En 3 asentamientos (12,5%) la basura se quema o se entierra y en un número igual se dispone a campo abierto. En todos los asentamientos estudiados de los "Otros Municipios" funciona la recolección de basuras por parte del municipio. En dos asentamientos la basura se quema o entierra y en 4 (20%) a pesar que hay servicio municipal, la basura se dispone a campo abierto.

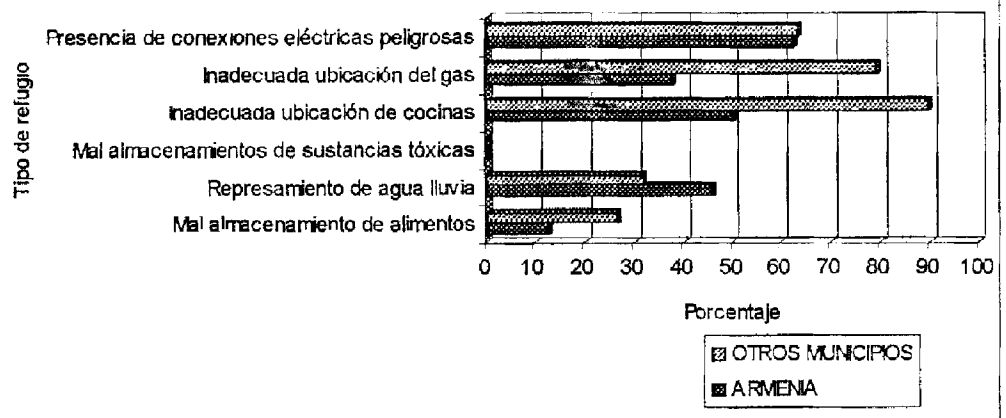
3.2.10. Cocina

Hay cocina comunitaria en 19 de los asentamientos de Armenia estudiados (79,2%) y en 13 de estos hay también cocinas familiares. De los asentamientos de los "Otros Municipios", 9 (45%) tienen cocinas comunitarias y de estos 4 tienen también cocinas familiares.

3.2.11. Presencia de Factores de Riesgo del Ambiente.

En la tabla 4 se puede observar la frecuencia con que se verificó la presencia de algunos factores de riesgo en los asentamientos estudiados. Debe destacarse la alta proporción de asentamientos donde la ubicación de las cocinas y del gas es inadecuada. La improvisación en el levantamiento de las moradas temporales ha llevado a que predominen en estos lugares

Gráfico 2. Distribución de OTROS FACTORES DE RIESGO Armenia y Otros Municipios.
Marzo de 1999



las instalaciones eléctricas inadecuadas y peligrosas.

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE OTROS FACTORES DE RIESGO POR DOMINIOS

FACTOR DE RIESGO	Asentamientos de Armenia n=24		Asentamientos "Otros municipios" n= 19		OR	P
	N°	%	N°	%		
Mal almacenamiento de alimentos	3	12,5	5	26,3	0,4	0.44
Represamiento de agua lluvia	11	45.8	6	31,6	1.8	0.52
Mal almacenamientos de sustancias tóxicas	0	0	0	0	-	-
Inadecuada ubicación de cocinas	12	50,0	17	89,5	0.1	0 01
Inadecuada ubicación del gas	9	37,5	15	78,9	0.1	0.01
Presencia de conexiones eléctricas peligrosas	15	62,5	12	63,2	0.9	0.78

3.3. SITUACIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN

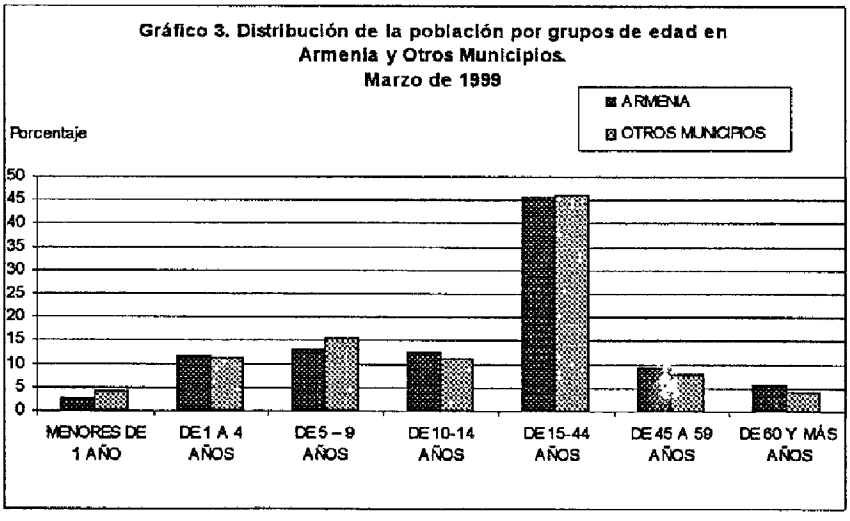
3.3.1 Edad y Sexo

En la población estudiada en Armenia, correspondiente a 388 familias, el 48.4% es de sexo masculino y el 51.6% de sexo femenino. En el resto de municipios, el 49.7% son hombres y 50.3% mujeres.

En Armenia, el 39.4% corresponde a población menor de 15 años, el 45.8% a personas en entre 15 y 44 años y el porcentaje restante (14.8%) a personas mayores de 45 años. Para los "Otros Municipios", la proporción de menores de 15 años es mayor siendo de 42.2%, las personas de 15 a 44 años corresponden al 46.1% y los mayores de 45 años son el 11.5% (ver tabla 5)

3.3.2. Conocimiento del Promotor de Salud y los Líderes Comunitarios

Del total de familias de Armenia, el 64.7% (IC:0.601<p<0.693) refiere conocer el promotor de salud que trabaja en el asentamiento el 35.3% restante no conoce la presencia de este miembro del equipo de salud en la zona. En los "Otros Municipios", el 84% (IC: 0.802<p<0.89), de las familias conoce al promotor de salud, proporción mucho mayor a la encontrada en Armenia, esta diferencia es estadísticamente significativa, con un chi^2 de 26,83 y una $p=0.0000$.



En lo relacionado con la existencia de líderes dedicados al trabajo en salud en los asentamientos, en Armenia 46.1% de las familias (IC:0.4124<p<0.5096) identifican la presencia de líderes comunitarios. En el resto de municipios, solo el 44% (IC:0.378<p<0.498) refiere la existencia de estos líderes.

TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO PARA AMBOS DOMINIOS

GRUPO ETARE	ARMENIA				"OTROS MUNICIPIOS"			
	Hombres	Mujeres	TOTAL	%	Hombres	Mujeres	TOTAL	%
MENORES DE 1 AÑO	22	24	46	2 6	20	25	45	4.1
DE 1 A 4 AÑOS	98	106	204	11.6	59	64	123	11.2
DE 5 – 9 AÑOS	119	107	226	12.9	89	85	174	15 5
DE 10-14 AÑOS	102	113	215	12.3	64	59	123	11.2
DE 15-44 AÑOS	374	428	802	45.8	256	250	506	46.1
DE 45 A 59 AÑOS	85	79	164	9.4	33	49	82	7.7
DE 60 Y MÁS AÑOS	49	47	96	5,5	25	20	45	4.1
TOTAL	**849**	**904**	**1753**	——	**546**	**552**	**1098**	——

3.3.3. Servicios de Atención Primaria Recibidos por la Comunidad.

Frente al trabajo realizado por el promotor de salud en campo, 19 de los promotores encuestados en Armenia, refieren como las actividades más frecuentes la educación en salud (57%), la vacunación (42%), la remisión de pacientes (42%), la realización de censo de población (36.8%) y la ejecución de acciones de planificación familiar (36,8%). En los "Otros Municipios", las actividades realizadas con más frecuencia son: educación en salud (75%), desparasitación capilar (35%), planificación familiar (35%), vigilancia en salud pública, visita domiciliaria y remisión de pacientes (25%).

Otras actividades reportadas por los promotores con una frecuencia entre 5 y 15% son: en el campo de la **promoción de la salud**, recreación y actividades con embarazadas; en **prevención**, desparasitación; en el campo de la **detección precoz** el control prenatal, el control de crecimiento y desarrollo y la canalización de población hacia los servicios; en relación con **tratamiento** se realizan acciones de manejo de EDA, IRA, Malaria y se suministran medicamentos; por último, en lo relacionado con el **control de**

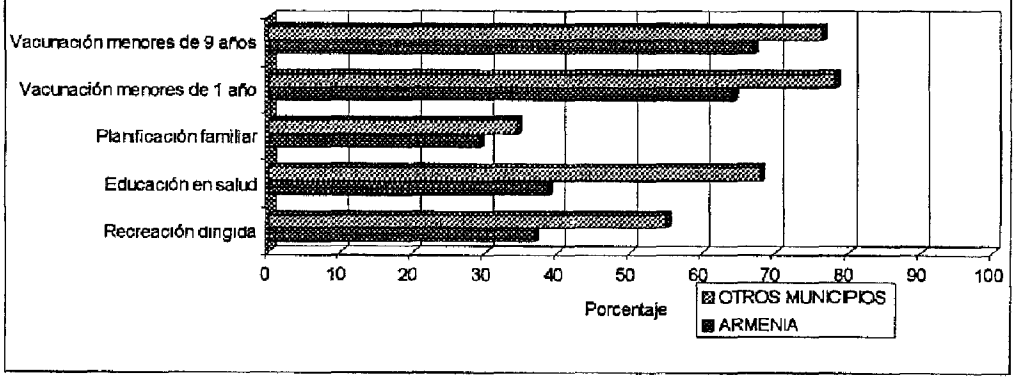
factores de riesgo se realizan acciones de protección de alimentos, recolección de basuras y aseo, vacunación animal y desratización

Con el objeto de caracterizar la situación de los niños en campo, se incluyó en la encuesta un reporte sobre las actividades realizadas por los niños durante el día. En Armenia, de los 19 asentamientos encuestados, el 63.2% refieren la realización de juego libre y en el 36.8% se cuenta con actividades de recreación dirigida, en el 47.3% los niños asisten a escuela o guardería.

En los otros municipios, en el 90% de los asentamientos los niños asisten a la escuela o la guardería, en el 55% se cuenta con actividades de recreación dirigida y tan solo en el 30% los niños realizan juego libre.

En Armenia, sólo el 38.7% de las familias (IC:0.3394<p<0.4346[1]), refieren haber recibido educación en salud, proporción muy diferente se presenta en los "Otros Municipios", en donde el 68.1% de las familias (IC:0.617<p<0.733) han hecho parte de procesos de educación en salud desarrollados en el asentamiento en el que residen. La diferencia de estas proporciones es estadísticamente significativa con un chi^2de 51.26 y una $p=0.0000$, este hallazgo corresponde con los reportes hechos por los promotores relacionados con las actividades realizadas en los asentamientos.

Gráfico 4.
Reconocimiento de Servicios de Salud recibidos por la población
Armenia y Otros Municipios. Marzo de 1999



[1] Para el cálculo de los errores de muestreo se utilizó una formula abreviada, que subestima un poco el error verdadero.

En el municipio de Armenia, el 29.2% de las mujeres en edad fértil (IC:0.2484<p<0.3356), reportaron haber recibido servicios de planificación familiar después del terremoto. En los "Otros Municipios", el porcentaje de mujeres que han recibido servicios de planificación es de 34.4% (IC:0.288<p<0.4), a pesar de que es mayor este porcentaje, la diferencia de las dos proporciones no es estadísticamente significativa (chi^2 = 3.11, p = 0.0777. es=0.0354).

Después del terremoto, se identificó la ocurrencia de 49 partos en la población residente en los asentamientos encuestados en Armenia y 17 en los asentamientos de los otros municipios; excepto uno, todos fueron atendidos en una institución de salud.

En lo relacionado con la vacunación, en Armenia el 67% (3915) de los niños menores de 9 años han sido vacunados después de ocurrido el desastre (IC:0.6276<p<0.7144); en los "Otros Municipios", el porcentaje es mayor siendo este 76.5% de los niños menores de 9 años (IC:0.7212<p<0.8088). La diferencia de estas dos proporciones es estadísticamente significativa con un chi^2 de 3.11 y una p=0.003. La proporciones de niños vacunados, no aumentan de forma considerable cuando se analizan los niños de 1 año o menos, en Armenia, el porcentaje de menores de 1 año vacunados en de 64.4%, mientras que en los "Otros Municipios", asciende a 78.3%, sin embargo esta diferencia no es estadísticamente significativa.

De la población estudiada en Armenia, el 25.2% (IC:0.2322<p<0.2718) se ha enfermado durante el tiempo en que ha residido en el asentamiento, de estos **solo el 28.6% ha sido detectado y remitido por el promotor de salud hacia los servicios de atención**, a pesar de que el 54.9% recibió efectivamente atención médica. Esta fue recibida en promedio 2,6 días después de iniciada la enfermedad, sin embargo la mediana y la moda corresponden a 1 día, por lo cual se considera la mediana como la mejor medida de tendencia central. En los "Otros Municipios", el porcentaje de población que se ha enfermado es superior, llegando al 33.8% (IC:0.3108<p<0.3652), la diferencia de esta proporción con la de Armenia, es estadísticamente significativa (chi^2 24.26, p = 0.000). De la población que se ha enfermado, **el 41.9% fue detectada y remitida por los promotores de salud hacia la atención médica**, sin embargo el porcentaje de población que recibió atención médica, asciende a 67.5%. La diferencia entre la proporción de personas remitidas por el promotor entre Armenia y el resto de los municipios, es estadísticamente significativa con un Chi^2 de 15.91 y una p = 0.000066; así mismo, la diferencia es estadísticamente significativa para la atención médica (Chi^2 = 14.01, p = 0.000182). Los

días de diferencia entre el inicio de la enfermedad y la atención son en promedio 3.6, con una mediana y una moda de 1 día.

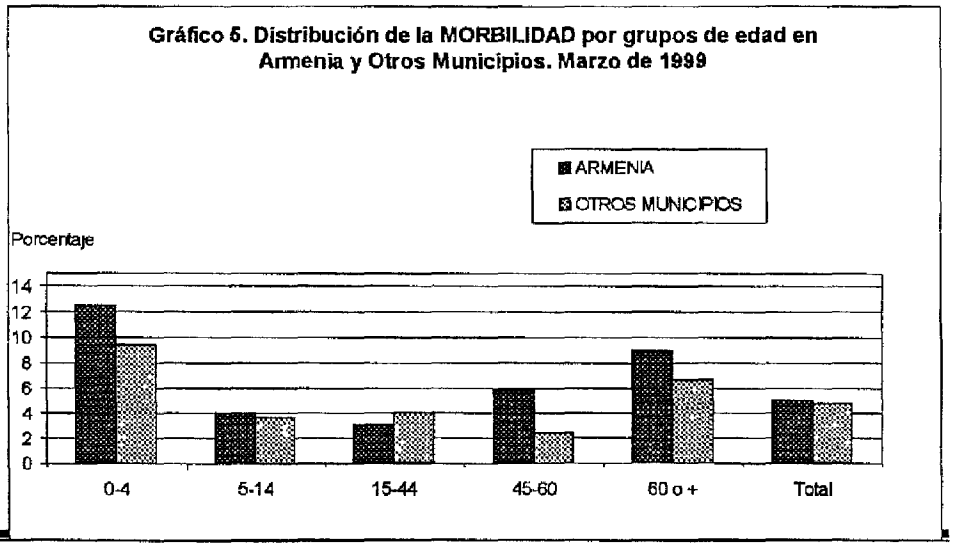
3.3.4. Morbilidad

En la población de estudio, se encontraron 139 (4.8%) (IC: $0.040<p<0.056$) personas enfermas, la prevalencia de enfermedad fue de 5,1% (IC: $0.041<p<0.061$) en el DOMINIO A y 4,8% (IC: $0.036<p<0.060$) en los "otros municipios". En la Tabla 6, se observa la prevalencia de enfermedad por grupos de edad, esta fue semejante en los dos dominios y se evidencia que los menores de 5 años y los mayores de 60 son los grupos de edad más afectados. Del total de personas enfermas, se diligenció ficha de caso a 116 (83.4%). De estos 85 (73%) se encontraron en Armenia y 31 (27%) en los "Otros Municipios". La perdida de información en Armenia fue menor del 1.1%, mientras que en los "Otros Municipios" fue del 31%.

TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE MORBILIDAD POR GRUPOS DE EDAD

Grupos de edad	DOMINIO A			DOMINIO B		
	Población	Enfermos	%	Población	Enfermos	%
0-4	222	28	12,6	169	16	9,4
5-14	473	17	4,0	297	11	3,7
15-44	777	24	3,1	506	21	4,1
45-60	155	9	5,8	82	2	2,4
60 o +	88	8	9,0	45	3	6,6
Total	**1665**	**86**	**5,1**	**1099**	**53**	**4,8**

Gráfico 5. Distribución de la MORBILIDAD por grupos de edad en Armenia y Otros Municipios. Marzo de 1999

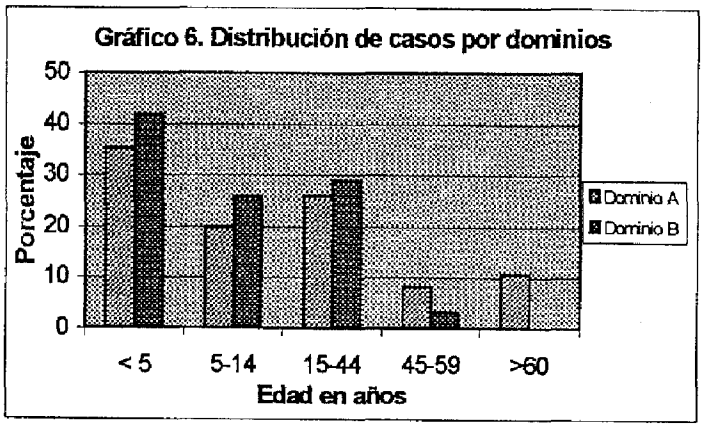


La distribución por sexo no mostró diferencia entre los dos grupos; el 51,7%(72) eran hombres y el 48,3%(67) mujeres.

Las patologías encontradas se relacionan en la tabla 7; observando entre las mayores prevalencias y las primeras cinco causas de morbilidad: la enfermedad diarréica aguda, la infección respiratoria aguda, la dermatitis, los cuadros de virosis y el dengue. En la distribución de casos por DOMINIO y edad no se observaron diferencias estadísticas significativas (gráfica 1)

TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS POR ENFERMEDAD

Eventos	Casos expandidos	Porcentaje de casos	Prevalencia/100
EDA	462	31.7	1.26
IRA	300	20.6	0.83
Dermatitis	129	8 8	0.35
Virosis	126	8.6	0 34
Dengue	109	7.5	0.29
Exantema febril	37	2.5	0.10
Parasistismo intestinal	37	2.5	0 10
EPOC	26	1.7	0.07
Varicela	26	1 7	0.07
Tromboflebitis MI	24	1.6	0 06
Dermatomicosis	22	1 5	0 06
Ansiedad	13	0.9	0.04
Cefalea tensional	13	0.9	0 04
Cuadro ictérico	13	0 9	0.04
Herida de piel	13	0.9	0.04
Hipertensión Arterial	13	0.9	0.04
Infección urinaria	13	0 9	0.04
Insuficiencia cardiaca	13	0 9	0.04
Migraña	13	0 9	0.04
Trauma	13	0.9	0 04
Candidiasis	11	0.75	0.03
Conjuntivitis	11	0 75	0.03
Neuropatías	11	0 75	0.03
Síndrome febril	11	0.75	0.03



En el DOMINIO A, la prevalencia de la IRA y EDA es seis veces mayor que en el DOMINIO B, situación que guarda estrecha relación con la inadecuada disposición de excretas y hacinamiento encontrado; en el DOMINIO B, las afecciones de la piel son las enfermedades que tienen la mayor prevalencia (Tabla 8.). En el DOMINIO A, la prevalencia de EDA e IRA en menores de 5 años fue de 10,8% y 2,7% y en el DOMINIO B, fue de 0,5% y 2,3%.

Tabla 6 PREVALENCIA DE ENFERMEDADES POR DOMINIOS

Enfermedad	*DOMINIO A*	Prevalencia/100	*DOMINIO B*	Prevalencia/100
EDA	429	1.8	33	0.3
IRA	234	1.0	66	0.5
Dermatitis	52	0.2	77	0.6
Virosis	104	0.4	22	0.2
Dengue	65	0.3	44	0.3
Exantema febril	26	0.1	11	0.1
Parasistismo intestinal	26	0.1	11	0.1
EPOC	26	0.1	0	0.0
Varicela	26	0.1	0	0.0
Tromboflebitis MI	13	0.1	11	0.1

Los casos de dengue identificados se ubicaron principalmente en los municipios de Armenia, Barcelona y La Tebaida.

En el DOMINIO A, el 66% de los casos iniciaron síntomas entre 2 y 4 días antes de la encuesta; en el 71% de los enfermos del DOMINIO B se presentaron los síntomas entre 3 y 5 días antes del inició del estudio.

3.3.5. Mortalidad en los Asentamientos.

Con el objeto de caracterizar las muertes ocurridas después del terremoto entre la población residente en los asentamientos, se preguntó al promotor de salud sobre la ocurrencia de muertes después del terremoto. Al respecto, fue posible identificar en 19 de los asentamientos de Armenia, la ocurrencia de 10 muertes y entre los 20 asentamientos de los "otros municipios" la ocurrencia de 3.

En relación con la edad, del total de muertos identificados, solo 1 correspondía al grupo de menores de un año, la causa de muerte referida por el promotor fue una malformación congénita. En Armenia, el 50% de las muertes identificadas, correspondían a personas mayores de 60 años; en los "Otros Municipios", 2 de los tres muertos correspondían al grupo de mayores de 60 años (66%).

En lo referido al motivo de la muerte, los promotores de salud informaron 4 muertes relacionadas con cáncer, 2 con cirrosis, 2 con cuadros de dificultad respiratoria, 2 con cuadros de afección cardíaca y una con actos violentos.