

CAPÍTULO 2. CONDICIONES BAJO LAS CUALES DEBEN RESPONDER LOS SERVICIOS DE SALUD Y EL PERSONAL LOCAL DE SALUD EN UNA SITUACIÓN DE DESASTRE

En la naturaleza están presentes distintos tipos de amenazas (terremotos, huracanes, etc.). En esos escenarios, existen asentamientos humanos (poblaciones), con mayor o menor grado de vulnerabilidad. En un momento dado se rompe el equilibrio ecológico entre humanos y ambiente, al ocurrir un evento (rápido o lento, natural u ocasionado por el hombre) que puede generar un impacto variable a la infraestructura, economía, sociedad y ambiente.

La comunidad golpeada necesita de esfuerzos y recursos extraordinarios para hacer frente a estos eventos. Si la capacidad de respuesta es superada, entonces se desencadena el "DESASTRE".

El impacto del evento adverso depende del tipo de amenaza y las vulnerabilidades preexistentes (estructurales, de servicios, sociales, políticas, etc).

Desde la perspectiva de la salud pública, los desastres se definen por su efecto en la población, la afectación de los servicios básicos, servicios/personal de salud, y el riesgo sanitario con posterioridad al evento.

En el cuadro 1 (ver siguiente página), se pueden apreciar las posibles relaciones entre el efecto en la población, riesgo sanitario y afectación de los servicios, con los distintos tipos de amenaza.

Una vez ocurrido el desastre, el servicio de salud se constituye en un punto crítico, donde dependiendo el tipo de evento, pueden darse las siguientes situaciones entre algunas otras:

- ◆ Incremento en la demanda.
- ◆ Falta de capacidad resolutive.
- ◆ Agotamiento o carencia de insumos.
- ◆ Efectos estructurales o no estructurales en el servicio de salud.
- ◆ Efectos sobre el personal (muerto o herido, damnificado, insuficiente, agotado).
- ◆ La posibilidad de que el sufrimiento y el malestar psicológico que afectan al personal local de salud reduzcan su capacidad de acción y reacción.

Pese a la posible ocurrencia de las situaciones descritas, el nivel local de salud debe seguir funcionando, siempre y cuando no hubiese sufrido alteraciones severas que se constituyan en un peligro para el personal de salud y los afectados, como se puede ver en el cuadro 2 (ver página 6).

Durante el desastre, además de sus funciones asistenciales, el nivel local de salud debe priorizar sus funciones de salud pública.

Al exterior del centro de salud hospitalario puede darse la posibilidad de que las malas condiciones de higiene y de vida faciliten la reaparición y propagación de enfermedades ya presentes en la zona; o que la afectación psicológica reduzca la capacidad de respuesta de la comunidad, además de otros múltiples factores.

Cuadro 1. Efectos a corto plazo de las principales amenazas naturales

Efecto	Terremotos 	Vientos huracanados (sin inundación) 	Maremotos e inundaciones repentinas 	Inundaciones progresivas 	Aludes 	Volcanes y torrentes de barro 
Defunciones*	Muchas	Pocas	Muchas	Pocas	Muchas	Muchas
Lesiones graves que requieren tratamientos complejos	Muchas	Moderadas	Pocas	Pocas	Pocas	Pocas
Mayor riesgo de enfermedades transmisibles	Riesgo potencial después de cualquier gran desastre natural: la probabilidad aumenta en función del hacinamiento y el deterioro de la situación sanitaria					
Daños a los establecimientos de salud	Graves (estructura y equipos)	Graves	Graves pero localizados	Graves (solo los equipos)	Graves pero localizados	Graves (estructura y equipos)
Daños a los sistemas de abastecimiento de agua	Graves	Leves	Graves	Leves	Graves pero localizados	Graves
Escasez de alimentos	Infrecuente (suele producirse por factores económicos o logísticos)		Común	Común	Infrecuente	Infrecuente
Grandes movimientos de población	Infrecuentes (suelen ocurrir en zonas urbanas que han sido dañadas gravemente)		Comunes (generalmente limitados)			

* Por efecto potencial letal en ausencia de medidas de prevención.

Ante esta situación el personal local de salud (PLS) debe organizarse dando cabida a esos nuevos problemas en los diferentes aspectos de su labor, que comprende:

- ◆ El funcionamiento del centro de salud hospitalario (CSH), y la atención normal de la salud.
- ◆ Atención de los afectados por el desastre.
- ◆ El sistema de vigilancia epidemiológica de las enfermedades.
- ◆ Las tareas de educación sanitaria.
- ◆ La reanudación de los programas de salud en curso antes del desastre (vacunación, protección de la madre y el niño, lucha contra la tuberculosis, paludismo, diarreas, malnutrición y demás problemas de salud, según los casos).
- ◆ La lucha contra el sufrimiento y malestar psicológico.

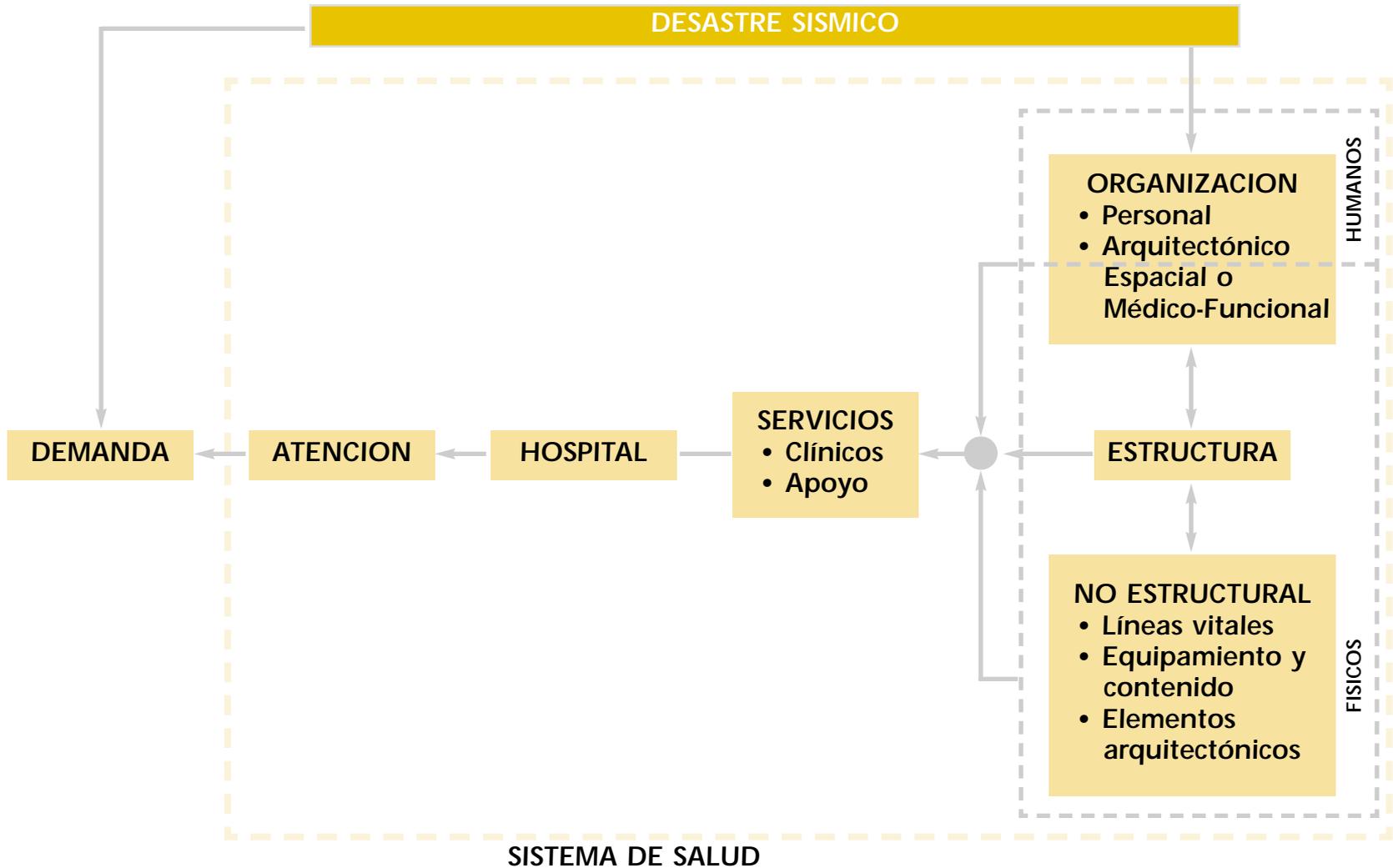
Para realizar parte de esas actividades se requiere la presencia del PLS en todos los lugares de la comunidad. Esa presencia solo puede conseguirse si el PLS organiza su trabajo con el apoyo de voluntarios y es secundado por los responsables de los grupos de familias. En ese contexto, las secciones locales de la cruz roja podrían aportar su contribución con voluntarios bien organizados y formados de antemano. En todas sus actividades el PLS debe recabar la ayuda de la comunidad, reservándose tan sólo el trabajo que necesite una competencia profesional concreta. Ello exige un esfuerzo importante de formación y de coordinación de los voluntarios. El PLS, tras evaluar el número de personas por atender y el tipo de las intervenciones

requeridas, transmitirá la información y pedirá la ayuda y los suministros que sean necesarios a las autoridades locales de salud, para que estos a su vez realicen su solicitud ante el comité de operaciones de emergencia.

Las solicitudes podrían ser, por ejemplo:

- ◆ Expertos que fortalezcan el trabajo del nivel local.
- ◆ Medicamentos.
- ◆ Material médico.
- ◆ Visitas sobre el terreno de especialistas (cirugía, ortopedia, readaptación, etc).
- ◆ Enlace con hospitales equipados a los que se pueden enviar a los pacientes a los que no sea posible atender en terreno.
- ◆ Bidones para almacenar agua, con desinfectante.
- ◆ Raticidas, pesticidas para control de plagas.
- ◆ Dotación de letrinas portátiles para disposición de excretas.
- ◆ Enlaces con laboratorios en condiciones de realizar los análisis que no puedan llevarse a cabo sobre terreno.
- ◆ Medios de comunicación y transporte.
- ◆ Suministros generales para el centro de salud hospitalario (mantas, ropa blanca, alimentos, combustible, instrumental, artículos de limpieza, etc.).

Cuadro 2. Impacto de sismos en instalaciones de salud



Aún pese a haber sufrido el impacto del desastre, el nivel local debe seguir funcionando

CAPÍTULO 3. DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA NACIONAL A LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA SANITARIA EN EL NIVEL LOCAL: CONCEPTO, OBJETIVOS Y PROPÓSITO

Los sistemas nacionales de vigilancia de cada país integran instrumentos, condiciones y recursos para obtener la información que les permite monitorear el estado y las tendencias de la situación de salud-enfermedad de la población, en base a las cuales se elaboran e implementan políticas, estrategias y actividades. Ante situaciones de desastre, estos sistemas deben adaptarse a las necesidades de información. Si los datos de vigilancia no están siendo usados o el sistema no cumple su objetivo, entonces el sistema debe ser corregido, idealmente sin duplicar sistemas o crear sistemas paralelos, en base a la utilización de instrumentos más sencillos y especializados, que permitan conocer y manejar las características de la emergencia, los daños a la salud humana y su entorno ambiental. Evidentemente, en el nivel local, este mismo concepto es totalmente aplicable.

La vigilancia epidemiológica en situaciones de desastre busca dar información exacta y oportuna sobre el estado de salud de las poblaciones afectadas. Sin embargo pueden surgir problemas metodológicos, cuando la relación de exactitud y oportunidad en la evaluación supera otros requerimientos para la recolección y el análisis de datos. Esto ha llevado a pensar que el estar aproximadamente en lo cierto es más exitoso que estar certeramente equivocado. Las restricciones logísticas influirán en la recolección, el análisis, la interpretación y la divulgación de los datos de vigilancia.

En este caso el concepto de vigilancia epidemiológica sanitaria se aplica a la vigilancia de algunos determinantes de la salud, enfermedades trazadoras y otras, realizada por el nivel local. Debido a la sobrecarga de trabajo del personal local de salud en una situación de emergencia o desastre, las herramientas a usarse deben ser sencillas y efectivas.

Los **objetivos** de la vigilancia epidemiológica sanitaria en situaciones de desastre, para el nivel local de salud son:

- ◆ Estudiar la magnitud del impacto del evento.
- ◆ Estimar el impacto en la salud.
- ◆ Identificar los principales problemas de salud de la población afectada (riesgos y daños).
- ◆ Identificar grupos de riesgo.
- ◆ Detectar cambios en prácticas de higiene.
- ◆ Definir tendencias.
- ◆ Detectar brotes o epidemias.
- ◆ Orientar o reorientar recursos.
- ◆ Adecuar los recursos existentes para atender la emergencia y restablecer la red de servicios.
- ◆ Identificar necesidades de investigación.

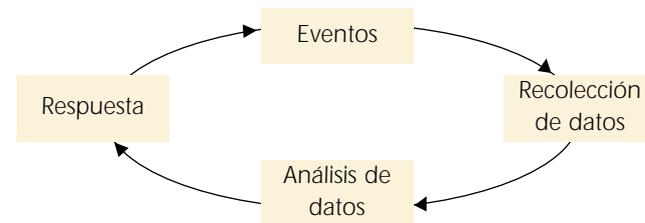


Figura 1. El ciclo de la vigilancia en salud pública.

Fuente: Foege, W.H. "Public health aspects of disaster management". En: Last J., editor. Maxcy-Rosenau Last: Public health and preventive medicine. 12th ed. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts; 1986. p. 1879-86. (42)

Los propósitos del sistema de vigilancia epidemiológica sanitaria en situaciones de desastre, en el nivel local de salud son:

- ◆ Brindar información sencilla actualizada para la conducción del desastre.
- ◆ Controlar los riesgos y manejo oportuno de daños a la salud de la población de diversos orígenes.

En el documento "Impacto de los desastres en la salud pública", editado por Erick Noji*, en su capítulo tres (3), Vigilancia y epidemiología, se describen los distintos tipos de evaluación epidemiológica. En esta guía se enfoca esta evaluación hacia el nivel local y se agregan la vigilancia basada en la comunidad y vigilancia ambiental.

La experiencia muestra que las estrategias de vigilancia más frecuentemente usadas por el nivel local y que deben ser tomadas en cuenta son:

- ◆ Vigilancia activa que usa servicios médicos existentes: habitualmente caracteriza la morbilidad y mortalidad que resultan de un desastre tomando como base los casos que han llegado al servicio. El reporte es periódico. También puede realizar labores de vigilancia en salud pública. Es el escenario donde más fácilmente se implementa la vigilancia en casos de desastre.
- ◆ Vigilancia activa utilizando los servicios médicos temporales: el desastre puede dañar las unidades de atención de salud existentes y alterar sus funciones. En estos casos se han implementado servicios temporales, donde además de realizar labores asistenciales, se realizan labores de salud pública, caracterizando el estado de salud de la población afectada y evaluando la efectividad de las medidas de emergencia sobre la salud pública.

- ◆ Vigilancia centinela: hace referencia a la recolección, el análisis y la interpretación de información de un tipo seleccionado de fuentes potenciales de datos-hospitales, otros organismos de salud, laboratorios, prestadores individuales, ONG para monitorear la salud de una población. Puede ser útil cuando no había un sistema previo, se ha dañado el sistema existente, el sistema existente es lento, las restricciones de tiempo y recursos impiden recolectar la información mediante estudios de población. Sus ventajas son la oportunidad, la flexibilidad y la aceptabilidad, sus retos son los mismos que los de otros sistemas.
- ◆ Vigilancia basada en la comunidad: frecuentemente el personal local de salud tiene demasiadas tareas y prioridades que pueden llevar a descuidar ciertas responsabilidades. En el caso de albergues u otro tipo de asentamiento, por la presencia de múltiples factores de riesgo, es importante realizar una vigilancia sintomática o sindrómica, que permita identificar sujetos con patología inicial, permitiendo darles el tratamiento en caso de que lo amerite, o aplicar medidas de control sanitario. Para estos casos específicamente se tienen formularios de vigilancia comunitaria. Se han visto buenos resultados trabajando esto con responsables de salud o voluntarios capacitados. Estos podrían colaborar también con la vigilancia ambiental.
- ◆ Vigilancia ambiental: si bien el mito de que las epidemias ocurren después de los desastres ha sido desechado, se sabe que los riesgos de transmisión de enfermedades se incrementan durante los desastres naturales, debido al desplazamiento de poblaciones hacia áreas de riesgo, introducción de agentes, hacinamiento, aislamiento de poblaciones, cambios ecológicos, interrupción de los servicios públicos, luz, agua, alcantarillado y otros, interrupción de los servicios de atención de salud. La vigilancia ambiental consiste en monitorear que estas condiciones no lleguen a ser un riesgo, y de ser así controlarlo antes de que se de la enfermedad.

* Erick Noji (Ed.): Impacto de los desastres en la salud pública. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud, 2000.

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA SANITARIA EN SITUACIONES DE DESASTRE

CONCEPTO: VIGILANCIA DE LA SALUD PUBLICA

Vigilancia del ambiente, población, riesgos, enfermedades
 Vigilancia sindrómica (comunitaria)
 Determinar necesidades de investigación
 Necesidades de los servicios de salud
 Determinar necesidades de capacitación
 Difusión (regional, nacional, internacional)
 Canalización de recursos
 Intervención, evaluación

Esta información se obtiene a través de

Vigilancia activa
 Vigilancia de rumores
 Diversas fuentes de información

Crisis sanitarias:
 Enfermedades transmisibles,
 no transmisibles:
 salud mental, malnutrición,
 exceso de mortalidad,
 falta de suministros

Permite el control de

A través de

TRABAJO DE EQUIPO

Fuente: Dr. Luis Suárez Ognio

- ◆ Investigación de rumores: ante todo rumor, lo mejor es investigar que es lo que ocurre realmente. En el mejor de los casos será una falsa alarma. Se debe ser prudente en la notificación de brotes o epidemias.

Los daños trazadores pueden ser útiles para la vigilancia sanitaria, muestran con cierto grado de confianza como está la situación en general y facilitan el trabajo del personal local de salud.

En el Anexo No 1 se incluyen algunos formularios de uso frecuente, que podrían ser utilizados por el personal local de salud para la vigilancia epidemiológica sanitaria y que han sido recopilados en distintas experiencias previas .

