

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SISTEMA DE ATENCION INTEGRAL A LA SALUD DE LA POBLACION
DAMNIFICADA POR LA ERUPCION DEL VOLCAN CHICHONAL EN MEXICO.

Resumen

Se presenta un resumen de las acciones realizadas por el grupo interinstitucional responsable de la atención a la población damnificada por el volcán Chichonal.

Antecedentes

El día 28 de marzo de 1982, el volcán Chichonal ubicado en los límites geográficos de los Estados de Chiapas y Tabasco, entró en actividad, ocasionando graves daños a los asentamientos humanos de las áreas aledañas al mismo y el desplazamiento de sus habitantes hacia las ciudades cercanas en busca de seguridad, fue necesaria la participación de instituciones oficiales y privadas especializadas en rescate para realizar acciones de salvamento de la población y evacuación de la zona damnificada.

La población se desplazó, fundamentalmente a las ciudades de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, Villahermosa, Cárdenas, Huimanguillo, Campamento 28 de la Chontalpa y otras de menor

importancia en el Estado de Tabasco, lo que planteó la necesidad de habilitar albergues, alimentación y servicios médicos.

El día 5 de mayo, se designó como responsable al Instituto Mexicano del Seguro Social, de la atención integral de esta población.

Con objeto de establecer un programa integral de atención, se procedió a efectuar un recorrido por los diferentes albergues para elaborar un diagnóstico de la situación prevaliente y las acciones correctivas al mismo.

El grupo institucional estuvo constituido por personal de la Coordinación General del Programa IMSS-COPLAMAR, la Jefatura de Servicios de Medicina Preventiva, la Jefatura de Servicios Médicos, la Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación y la Subdirección General de Obras y Abastecimientos.

Por ser el albergue de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, el más representativo nos referimos a él respecto a la metodolo--

gía utilizada por el equipo multidisciplinario, para la -- atención de la población damnificada, la cual se aplicó de manera similar al resto de los albergues.

Se procedió a efectuar una encuesta a través de la "tarjeta de registro familiar", con objeto de conocer el número de familias y sus integrantes, las condiciones de salud de la población y las características sanitarias del albergue

El resultado de esta encuesta, nos dió los siguientes datos iniciales:

En el albergue de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas (La Chacona), se encontraban 4,000 personas aproximadamente, distribuidas en 12 pabellones, con un promedio de 300 a 400 personas ca da uno, cada familia disponía de un espacio vital de $2m^2$, con piso de tierra, techo sin protecciones laterales, por lo que estaban expuestos a las inclemencias del tiempo, -- algunas familias tenían petates que utilizaban como lecho.

La gran mayoría de la población era del grupo étnico Zo--- que, por lo tanto monolingüe y solamente un número reduci-

do era bilingüe. En relación a la salud de las familias - se encontraron como principales padecimientos: gastroenteritis, enfermedades respiratorias agudas, parasitosis intestinal, salmonelosis, 71% de la población menor de un -- año, padecía algún grado de desnutrición, conjutivitis, pa^{ra}rasitosis de la piel y sarampión; fue imposible determinar los esquemas de vacunación de la población, ya que ésta no contaba con cartillas de vacunación y la barrera de lenguaje impidió identificar si se había aplicado o no algún tipo de biológico.

En relación a las condiciones sanitarias del albergue, podrían considerarse muy inadecuadas, ya que únicamente se -- contaba con 12 letrinas y 10 sanitarios en pésimas condi-- ciones de higiene.

El fecalismo al ras del suelo era generalizado, encontrándose materia fecal en cubículos, pasillos, espacios libres y aún en el mismo espacio vital destinado a cada familia. Diseminadas por todas las partes del albergue, se encontraban grandes cantidades de basura, restos de alimentos y -

Presencia de animales domésticos, lo que propiciaba aún -- más la proliferación de insectos nocivos, principalmente - moscas.

El drenaje del albergue era prácticamente inservible, ya - que los canales estaban azolvados en su mayor parte. El - abastecimiento de agua era deficiente, la población se sur- ta de agua a través de grandes pipas de FERTIMEX, que se encargaban de abastecer el agua al albergue, depositándola en una cisterna que no cubría los requisitos mínimos de -- higiene y por medio de mangueras se hacía llegar a algunas partes de las instalaciones.

La alimentación era preparada por personal voluntario no - calificado y las áreas de elaboración estaban en un alma-- cén habilitado como cocina, utilizaban recipientes inade-- cuados para la preparación de los alimentos, como tinas, - cubetas y se carecía de higiene en la preparación de los - mismos. La dieta diaria estaba constituida principalmente por frijoles, arroz, pastas, tortillas o galletas y huevo ocasionalmente. La población recibía 2 raciones de este -

tipo al día y se les proporcionaba en un solo recipiente - familiar. La alimentación era consumida por la familia en el sitio asignado como dormitorio en su espacio vital con absoluta falta de higiene.

De acuerdo con lo anterior, se consideró que los problemas a resolver eran:

- El pésimo saneamiento ambiental.
- La elevada morbilidad por padecimientos infectocontagiosos.
- La deficiente preparación y distribución de los alimentos.
- La desnutrición en los grupos más vulnerables.

Desde el punto de vista médico, se determinó que las acciones prioritarias a realizar serían:

- Atención curativa a toda persona que demandase servicio.
- Visita diaria a los núcleos familiares en búsqueda intencionada de enfermos con padecimientos.
- Iniciar esquemas de vacunación según grupo de edad.

- Desinfestación de ectoparásitos.
- Estudios epidemiológicos en núcleos familiares que lo ameritaban.

Debido al grave problema de salud que representaba la desnutrición infantil y de las mujeres embarazadas y en período de lactancia, se estructuró un programa de vigilancia nutricional con el apoyo del Instituto Nacional de la Nutrición, estableciéndose el Centro de Rehabilitación Nutricional en el cual, se capacitaba a las madres embarazadas en período de lactancia o con hijos lactantes y/o preescolares, en el manejo y preparación de alimentos; proporcionándoseles dieta complementaria de acuerdo con la detección de desnutrición, consistentes en papillas, atoles y purés. También con objeto de abatir la morbimortalidad por gastroenteritis y deshidratación, se estableció el Centro de Rehidratación Oral, cuyo objetivo fundamental era prevenir las complicaciones de la diarrea, a través de la educación práctica de las madres en el manejo de soluciones hidratantes.

Ingeniería Sanitaria determinó la construcción de edificaciones e instalaciones de acuerdo a las necesidades del -- área médica, las cuales fueron principalmente:

- Un hospital móvil.
- Un hospital de convalecencia pediátrica.
- Un centro de rehidratación oral.
- Un centro de rehabilitación nutricional.
- Tres consultorios de atención directa.
- Adecuación de los pabellones.
- Sanitarios.
- Zonas de regaderas.
- Areas de lavado.
- Red de agua potable.
- Red de drenaje.
- Saneamiento ambiental y la conservación y mantenimiento de las instalaciones.
- Construcción de local, e instalaciones de cocina y comedor.

De acuerdo con las necesidades de los 3,500 a 4,000 damnifici

cados, se instalaron y edificaron 9 grupos que contenían - 20 letrinas y 20 regaderas divididas por una parte interme- dia; 400 lavaderos ubicados por grupos según el censo de - la población de los pabellones.

Se instaló una red hidráulica para toma de agua, principal- mente para el área de cocina y zona de lavaderos, hospital, consultorios médicos, adecuación de la cisterna y desasol- ve de la red de drenaje.

Se estableció un sistema para el almacenamiento y recolec- ción de basuras, el control de la fauna nociva se realizó a través de la fumigación de productos químicos en las áreas del albergue y la localización de las fuentes de genera- ción de fauna para eliminarla por medios físicos. Previa capacitación de la población, se les dió tratamiento y -- conservación a las letrinas, enterramiento de materia fe- cal, desinfección de los drenajes con productos químicos, recolección de basuras y tratamiento de aguas residuales.

Respecto a la preparación y distribución de alimentos, en

coordinación con la Secretaría de la Defensa Nacional y --
dentro del Plan DN III - E, se construyó y habilitó una -
cocina de tipo industrial y una amplia zona de comedores,
contando con personal calificado para la preparación de la
comida.

MODELO OPERATIVO DEL SISTEMA DE SALUD INTEGRAL

Para la atención de la salud de los damnificados, se esta-
blecieron tres niveles de atención médica:

- El primer nivel estaba constituido por un equipo de --
salud en cada uno de los pabellones y por tres consul-
torios médicos.

Cada equipo de salud estaba integrado por un médico, -
dos enfermeras, una trabajadora social y dos promoto--
res de salud, contando con un escritorio, dos sillas,
material y equipo médico necesario para la atención de
todos los pacientes, medicamentos básicos, archivo pa-
ra la guarda de los expedientes de las familias del --
pabellón.

Las principales acciones que realizó este equipo fueron:

- . Identificación de líderes naturales.
- . Formación de comités de salud y de promotores voluntarios.
- . Organización del trabajo comunitario para mantener el saneamiento del pabellón.
- . Educación higiénica a la población.
- . Aplicación de inmunizaciones.
- . Visita diaria a cada una de las familias del pabellón, para detectar enfermos.
- . Vigilancia de los enfermos en el pabellón para la administración de medicamentos.
- . Atención curativa a libre demanda.
- . Traslado de enfermos con padecimientos de mayor complejidad a los consultorios o al hospital según el caso.
- . Detección, tratamiento y control de niños con diarrea (rehidratación oral).
- . Detección, vigilancia y seguimiento de desnutridos.

- . Detección, vigilancia y seguimiento de pacientes -- con padecimientos infectocontagiosos.
- . Revisión y actualización del rotafolio básico de información para fines de control.
- . Registro e información diaria de actividades.

A cada consultorio médico se le adscribió la población de cuatro pabellones y contaba con un médico y una enfermera. Los recursos físicos del consultorio eran: 1 sala de espera, área de atención médica al paciente, farmacia, área de exploración física, en el que se atendían los casos de mayor complejidad enviados por los equipos de salud.

El horario en el que funcionaban era de 8:00 a 20:00 horas, quedando un consultorio de guardia durante toda la noche.

Las principales actividades de los consultorios eran:

- Atención de pacientes a libre demanda.
- Primeros auxilios en casos de urgencia.
- Atender pacientes derivados de los pabellones.
- Canalizar pacientes al hospital móvil.

- Atender curaciones e inyecciones.
- Registro e informe diario de actividades.
- El segundo nivel de atención, era proporcionado por un hospital móvil de 50 camas para adultos y menores, laboratorio, rayos "X", servicios de tococirugía y urgencias, la atención se proporcionaba las 24 horas del día; se atendían los casos enviados por los consultorios y los pabellones, contaba con un personal administrativo, cirujano, pediatra, gineco-obstetra, técnico-radiólogo, oftalmólogo, otorrinolaringólogo, infectólogo, etc., que provenían de diferentes partes de la República. A partir del 11 de mayo y de acuerdo a la demanda de salud de la población, fue convertido en Hospital Materno-Infantil.
- El tercer nivel de atención, lo proporcionó el Hospital General de Zona de Tuxtla Gutiérrez, canalizándose los pacientes del Hospital Móvil del albergue que requerían de una atención médica de mayor complejidad.

La organización de los servicios médicos, el saneamiento am
biental y la participación organizada de la comunidad, die-
ron como resultado una curva descendente de la morbimortalil
dad en la población.

Es importante señalar que desde el inicio del programa, se
organizaron servicios sociales complementarios: se habilitó
una escuela de instrucción primaria para la población esco-
lar, se formaron grupos para actividades deportivas y recreu
ativas, se organizó un módulo de colocación de empleo para
los jefes de familia.

Para concluir señalaremos que en el programa, participaron
profesionistas y técnicos de los diferentes estados de la
República, quienes a través de un sistema de rotación, peru
manecían en el albergue por espacio de 10 días y eran reemu
plazados por otros equipos.

El programa de atención a damnificados en los albergues,
se continuó hasta el mes de octubre, con la ubicación de -
la población en nuevos asentamientos humanos.

DR. ARNULFO RAMOS FIGUEROA

DR. JAIME CERVANTES RANGEL

DRA. MARIA ELENA RAMIREZ GRANDE

DR. OSCAR HERRERA TELLES

DR. FELIPE CRUZ VEGA