



Programa de Acción: Urgencias Epidemiológicas y Desastres



SECRETARÍA DE
SALUD

SSA

SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN
Y PROTECCIÓN DE LA SALUD

Programa de Acción
Urgencias Epidemiológicas y Desastres



Programa de Acción: **Urgencias Epidemiológicas y Desastres**

Primera Edición, 2001

D.R. © Secretaría de Salud
Lieja 7, Col. Juárez
06696 México, D.F.

Impreso y hecho en México
Printed and made in México

ISBN 970-721-006-0



Secretaría de Salud

Dr. Julio Frenk Mora

Secretario de Salud

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Subsecretario de Innovación y Calidad

Dr. Roberto Tapia Conyer

Subsecretario de Prevención y Protección de la Salud

Dr. Roberto Castañón Romo

Subsecretario de Relaciones Institucionales

Lic. María Eugenia de León-May

Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dr. Guido Belsasso

Comisionado del Consejo Nacional contra las Adicciones

Dr. Misael Uribe Esquivel

Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud

Dr. Eduardo González Pier

Coordinador General de Planeación Estratégica

Mtro. Gonzalo Moctezuma Barragán

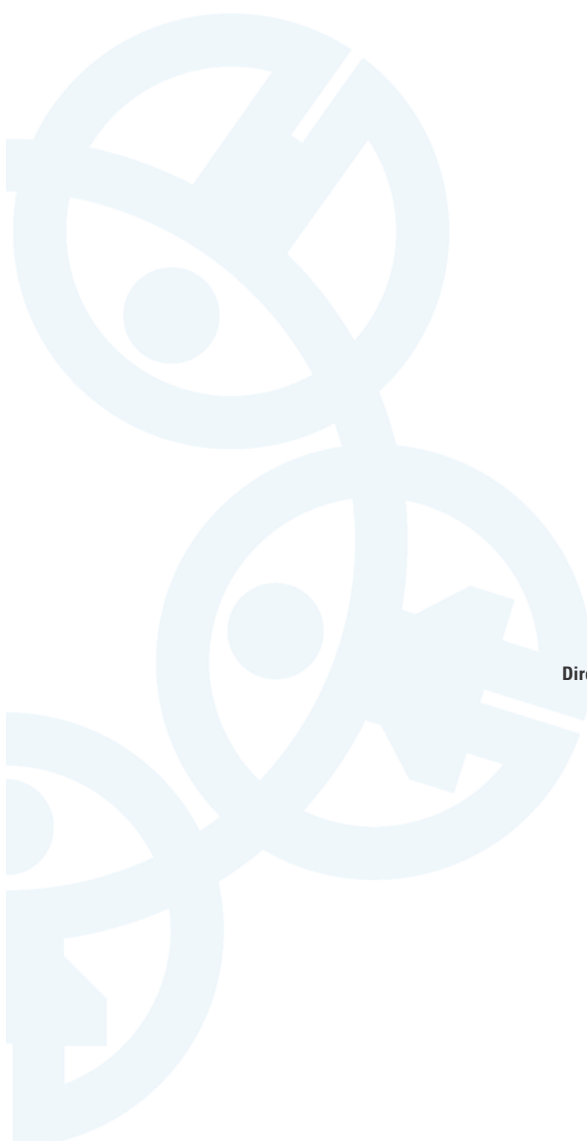
Director General de Asuntos Jurídicos

Lic. Gustavo Lomelín Cornejo

Director General de Comunicación Social

Dr. Oscar Velázquez Monroy

Director General del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica



**Agradecemos a las siguientes personas que colaboraron
de diversas maneras en la elaboración del programa**

María del Carmen González Almeida
Adriana Gómez Montero
Gabriela Iturbe Montiel
Raúl Ángel Olmedo Núñez
Ismael Frausto Bermúdez
Carlos Alberto Mendoza Ehrenzweig
Yudit Lamorena Padrón
Emilio Guerra Macías
Aquiles García Amador
Anna Dolores Roig Ayala



Índice

Introducción	7
I. Diagnóstico	11
Antecedentes	13
Justificación	18
II. Objetivos	21
Misión	23
Visión	23
Objetivos generales	23
Objetivos específicos	23
Nuestro compromiso	24
Retos	24
III. Componentes del programa	27
Componentes sustantivos	33
Componentes estratégicos	45
Impacto	52
Coordinación	52
IV. Sistema previsto de Evaluación y Seguimiento	55
Metas	57
Indicadores	58
V. Bibliografía	59

Introducción



Introducción

La Secretaría de Salud presenta los componentes y lineamientos del Programa de Acción Urgencias Epidemiológicas y Desastres. Este programa define la organización de los recursos y las estrategias necesarias para hacer frente a la afectación de la salud de la población, derivada de una urgencia epidemiológica o un desastre.

Es importante recordar que México, por su situación geográfica y orográfica, es vulnerable a la presencia de diferentes fenómenos naturales que ocasionan importantes desastres; a esto hay que agregar aquellos desastres ocasionados por el hombre. Por ello, la Secretaría de Salud ha considerado este Programa dentro de la línea de acción "Atender otros problemas relacionados con el rezago", en el marco de la estrategia "Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres", establecida por el Programa Nacional de Salud 2001-2006 que a su vez se desprende del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006.

México, por su situación geográfica y orográfica, es vulnerable a la presencia de diferentes fenómenos naturales que ocasionan importantes desastres; a esto hay que agregar aquellos desastres ocasionados por el hombre.

Cuadro 1
Marco del Programa de Acción



Desde el punto de vista de salud pública, un desastre debe definirse con base en sus consecuencias en la salud y la afectación a los servicios de salud. Una definición pragmática es la siguiente:

Un desastre es el resultado de una ruptura ecológica importante de la relación entre los humanos y su ambiente, un evento serio y súbito (o lento, como una sequía o inundación) de tal magnitud que la comunidad afectada requiere de esfuerzos extraordinarios para hacerle frente, a menudo con ayuda externa o apoyo internacional.

Los desastres se subdividen en dos categorías: aquellos causados por fuerzas naturales y los causados o generados por los humanos. Los primeros surgen de las fuerzas de la naturaleza, tales como terremotos, erupciones volcánicas, huracanes, inundaciones, incendios, tornados y temperaturas extremas. Los desastres o situaciones de emergencia causadas por las personas (generados por los humanos) son aquellos en los cuales las principales causas directas son acciones humanas identificables, deliberadas o no. Los desastres generados por los humanos se subdividen en tres grandes grupos:

- 1)** Emergencias complejas, guerras y contiendas civiles, agresión armada, insurgencia y otras acciones que traen como resultado el desplazamiento de personas y refugiados.
- 2)** Desastres tecnológicos y/o industriales, y
- 3)** Desastres como los de transporte, escasez de materiales como resultado de embargos de energía y rupturas de represas que no son causadas por riesgos naturales, pero ocurren en asentamientos humanos.

Los desastres provocados por fenómenos naturales de acuerdo a su temporalidad pueden ser:

- De impacto súbito o comienzo agudo como los riesgos climáticos y geológicos (terremotos, tsunamis, tornados, inundaciones, tormentas tropicales, huracanes, ciclones, tifones, erupciones volcánicas, derrumbes, avalanchas e incendios forestales). Esta categoría también incluye las epidemias de enfermedades transmitidas por el agua, los alimentos y los vectores.
- De inicio lento o crónico como las sequías, inundaciones, hambrunas, degradación ambiental, exposición crónica a sustancias tóxicas, desertización, deforestación e infestación por plagas.



I. Diagnóstico



I. Diagnóstico

Antecedentes

Los desastres naturales han cegado aproximadamente 3 millones de vidas en el mundo durante los últimos 20 años; han afectado adversamente a, por lo menos, 800 millones de personas y han ocasionado pérdidas por más de 50 000 millones de dólares en daños a la propiedad. Un desastre de grandes proporciones ocurre casi diariamente en el mundo y uno natural, que requiere apoyo internacional para las poblaciones afectadas, se presenta semanalmente.

Desafortunadamente, las amenazas fundadas en los desastres probablemente serán peores en el futuro. El incremento de la densidad de las poblaciones en terrenos anegadizos, en áreas costeras vulnerables y cerca de fallas geológicas; el desarrollo y el transporte de miles de materiales tóxicos y peligrosos y la rápida industrialización de los países en vías de desarrollo, sugieren la probabilidad de futuros desastres catastróficos, con millones de damnificados potenciales. De hecho, nuestro planeta estará expuesto a muchos riesgos naturales durante la próxima década:

- 1 millón de tormentas.
- 100 000 inundaciones.
- Decenas de miles de deslizamientos de tierra, terremotos, incendios forestales y tornados.
- De cientos a miles de ciclones tropicales, huracanes, maremotos, sequías y erupciones volcánicas.

Cuadro 2
Desastres de importancia en el mundo

Año	Evento	Lugar	Número de víctimas
1976	Terremoto	Italia	900
1977	Ciclón tropical	India	20 000
1978	Terremoto	Irán	25 000
1980	Terremoto	Italia	1 300
1982	Erupción volcánica	México	1 700
1985	Ciclón tropical	Bangladesh	10 000
1985	Terremoto	México	10 000
1985	Erupción volcánica	Colombia	22 000
1988	Huracán Gilbert	El Caribe	343
1988	Terremoto	Armenia, URSS	25 000
1989	Huracán Hugo	El Caribe	56

Cuadro 2 (continuación)

Año	Evento	Lugar	Número de víctimas
1990	Terremoto	Irán	40 000
1990	Terremoto	Filipinas	2 000
1991	Ciclón tropical	Filipinas	6 000
1991	Erupción volcánica	Filipinas	800
1992	Terremoto	Turquía	500
1992	Huracán Andrew	Estados Unidos	42
1992	Tsunami	Indonesia	2 000
1993	Terremoto	India	10 000
1995	Terremoto	Japón	5 400

Estos datos muestran la vulnerabilidad mundial a los desastres de impacto súbito. El siguiente cuadro muestra de 1948 a 1990 los sitios donde un desastre produjo una considerable pérdida de vidas humanas:

Cuadro 3
Eventos que han ocasionado pérdidas humanas

Año	Lugar	Evento	Número de muertes
1948	URSS	Terremoto	100 000
1949	China	Inundación	57 000
1954	China	Inundación	40 000
1965	Bangladesh	Ciclón	30 000
1968	Irán	Terremoto	30 000
1970	Perú	Terremoto	70 000
1970	Bangladesh	Ciclón	500 000
1971	India	Ciclón	30 000
1976	China	Terremoto	250 000
1990	Irán	Terremoto	40 000

México ha sufrido devastadores desastres.

El impacto de los desastres es siempre mayor para los grupos más vulnerables de la sociedad, entre ellos los pobres, las mujeres, los niños y las personas con discapacidad.

México ha sufrido devastadores desastres, epidemias (viruela durante la conquista española, tifo en los siglos XVII y XVIII, cólera en el siglo XIX), accidentes químicos y nucleares (Anaversa en Córdoba, Ver., explosiones en el drenaje de Guadalajara en 1992, contaminación radioactiva en Chihuahua, explosión por pólvora en Celaya), grandes desastres naturales (terremotos en 1985, 1996 y 1999, huracanes "Ópalo" y "Roxana" en 1995, "Paulina" en las costas de Oaxaca y Guerrero en 1997, inundaciones en la Costa y Sierra Madre de Chiapas en 1998 e inundaciones en diversas entidades por la depresión tropical

11 en 1999). Además, la ocurrencia de desastres naturales en Centroamérica ha ocasionado que las autoridades de salud monten operativos de vigilancia sanitaria como el de Frontera Sur, con la finalidad de evitar la diseminación en el territorio nacional de enfermedades transmisibles de pacientes procedentes de otros países, que ingresan al nuestro en forma ilegal en busca de fuentes de trabajo o con destino a los Estados Unidos de América.

En la *figura 1* se muestra algunos de los desastres graves que ha padecido nuestro país en los últimos 200 años.

Figura 1



El Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica (CNVE) a partir de 2001, es la instancia de la Secretaría de Salud (SSA) a través de la cual se establecen los lineamientos generales de atención de los desastres y las urgencias epidemiológicas. Sin embargo, el CNVE ha expandido la atención directa de estos eventos en coordinación con otras áreas centrales de la SSA y con los Servicios Estatales de Salud (SESA) de diversas entidades federativas que han sufrido el impacto de diversos fenómenos.

Situación epidemiológica en México

En enero de 1995, la Secretaría de Salud consideró indispensable contar con un área específica que se encargará de fortalecer el apoyo a los SESA y, en su caso, atender los eventos de interés epidemiológico que requiriesen una respuesta inmediata. Dos eventos ocurridos en ese año (los huracanes "Ópalo" y "Roxana" y los sismos ocurridos en Colima y Jalisco) ratificaron esta necesidad y en julio de 1997 se otorgó la conducción del Programa de Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres, inicialmente a la Dirección General de Epidemiología y posteriormente al Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica; desde esa fecha, y hasta fines de octubre de 2001, se han reportado 2 241 eventos de interés epidemiológico, los que se desglosan por año y tipo en los siguientes cuadros.

Cuadro 4
Eventos de interés epidemiológico notificados. Estados Unidos Mexicanos, 1997.

Tipo de Evento	Número	Porcentaje
Enfermedades infecciosas	242	37.8
Intoxicaciones alimentarias	158	24.7
Desastres naturales	93	14.5
Intoxicaciones por químicos	54	8.4
Desastres ocasionados por el hombre	34	5.3
Otros	59	9.3
Total	640	100.0

Fuente: DUED/DGE/SSA.

Cuadro 5
Eventos de interés epidemiológico notificados. Estados Unidos Mexicanos, 1998.

Tipo de Evento	Número	Porcentaje
Enfermedades infecciosas	208	39.6
Desastres naturales	108	20.6
Intoxicaciones alimentarias	85	16.3
Desastres ocasionados por el hombre	62	11.8
Intoxicaciones por químicos	41	7.8
Accidentes	15	2.9
Otros	5	1.0
Total	524	100

Fuente: DUED/DGE/SSA.

Cuadro 6
Eventos de interés epidemiológico notificados. Estados Unidos Mexicanos, 1999.

Tipo de Evento	Número	Porcentaje
Intoxicaciones alimentarias	153	37.0
Desastres naturales	90	21.7
Enfermedades Infecciosas	107	25.9
Desastres ocasionados por el hombre	21	5.1
Intoxicaciones por químicos	20	4.8
Agresión por abeja	13	3.1
Otros	10	2.4
Total	414	100

Fuente: DUED/DGE/SSA.

Cuadro 7
Eventos de interés epidemiológico notificados. Estados Unidos Mexicanos, 2000.

Tipo de Evento	Número	Porcentaje
Intoxicaciones alimentarias	84	25.4
Desastres naturales	47	14.2
Enfermedades Infecciosas	127	38.5
Desastres ocasionados por el hombre	14	4.2
Intoxicaciones por químicos	10	3.0
Otros	48	14.5
Total	330	100

Fuente: DUED/DGE/SSA.

Cuadro 8
Eventos de interés epidemiológico notificados. Estados Unidos Mexicanos, 2001*.

Tipo de Evento	Número	Porcentaje
Intoxicaciones alimentarias	104	31.2
Desastres naturales	41	12.3
Enfermedades Infecciosas	140	42
Desastres ocasionados por el hombre	10	3
Intoxicaciones por químicos	14	4.2
Otros	24	7.2
Total	333	100.0

*Hasta el 31 de octubre.
 Fuente: DUED/DGE/SSA.

Justificación

Es interesante señalar que durante el período 1997-2001, en México, al igual que en otros países, se presentaron, con inquietante regularidad y con creciente magnitud, fenómenos hidrometeorológicos (huracanes: "Paulina", "Isis", depresiones y tormentas tropicales), que causaron graves daños a diversas entidades federativas. Conviene hacer algunas reflexiones en torno a las características de algunos fenómenos.

Entre el 8 y 9 de octubre de 1997 el huracán "Paulina" ocasionó copiosas precipitaciones pluviales en el puerto de Acapulco, Gro. y la Costa de Oaxaca, la superficie afectada fue de 225 km²; la población damnificada se estimó en 900 000 personas y la densidad poblacional fue de 4 000 hab/km².

Del 6 al 9 de septiembre de 1998, la interacción de una depresión y una onda tropical sobre los Golfos de México y Tehuantepec provocó lluvias torrenciales sobre la Costa y Sierra Madre de Chiapas; la superficie afectada fue cercana a los 26 000 km²; la población damnificada se estimó en cerca de 600 000 personas y la densidad poblacional fue de 23 habitantes/km².

Del 4 al 6 de octubre de 1999 se presentaron lluvias copiosas sobre diferentes regiones de Hidalgo, Puebla, Tabasco, Veracruz y, en menor medida, en Chiapas y Oaxaca. Se calcula que la superficie afectada fue de alrededor de 56 000 km²; la población damnificada se estimó en cerca de 3 millones de personas y la densidad poblacional fue de 54 habitantes/km².

En la afectación del Huracán "Paulina", la densidad poblacional fue comparable con la que se encuentra en algunas de las ciudades más pobladas del mundo, mientras que el área afectada en Chiapas es mayor que la República de El Salvador y la superficie combinada de las zonas afectadas por las lluvias de la Depresión Tropical 11 es más grande que Costa Rica, Bosnia o Bélgica.

Estos hechos ponen de relieve la complejidad logística que conlleva el atender oportunamente a la población afectada por desastres originados por fenómenos naturales y evitar que, en cualquier evento de este tipo, se origine una urgencia epidemiológica.

En la afectación del Huracán "Paulina", la densidad poblacional fue comparable con la que se encuentra en algunas de las ciudades más pobladas del mundo.

La experiencia que ha adquirido el Sector Salud en la atención de desastres ha demostrado que las intervenciones tempranas (Vigilancia Epidemiológica Activa, Control de Vectores, Saneamiento Básico, Vigilancia Sanitaria, etc.) evitan la ocurrencia de casos y brotes de enfermedades infecciosas y que el adecuado desarrollo de dichas intervenciones requiere de la coordinación intersectorial y extrasectorial de todos los actores involucrados en la atención de la salud de la comunidad.

En la inundación por aguas negras que se presentó en junio de 2000 en los municipios de Valle de Chalco, Chalco e Ixtapaluca quedó confirmado que la intervención temprana, coordinada y eficaz, de las instituciones de salud evitó la ocurrencia de un grave desastre sanitario.

Cabe señalar que las lecciones que se han aprendido en la atención de los desastres y urgencias epidemiológicas no sólo se han aplicado en México sino en otras naciones. En 1996, la Secretaría de Salud envió equipos de potabilización y personal para operarlas en Costa Rica, Cuba y Nicaragua. En 1998, ante la devastación ocasionada por el huracán "Mitch", se enviaron brigadas de salud a Honduras y Guatemala; en este último país la intervención fue directa ya que el personal mexicano capacitó a sus contrapartes guatemaltecas y de acuerdo con el Ministerio de Salud de la República de Guatemala, la intervención mexicana evitó al menos 5 000 casos de cólera.

A finales de 1999, una misión mexicana de apoyo fue enviada a la República de Venezuela para colaborar en la atención de las comunidades afectadas por las lluvias torrenciales. De nuevo, el Sector Salud brindó apoyo técnico e hizo diversas recomendaciones que fueron adoptadas por las autoridades de salud de aquella nación sudamericana.

Asimismo, personal de la Secretaría de Salud participó en actividades de apoyo contra un brote de dengue que se presentó en el Salvador, en octubre del 2000; se reportaron 35 000 casos de dengue clásico, 823 de dengue hemorrágico y 21 defunciones; se brindó soporte técnico, de asesoría y de recursos materiales. Del mismo modo, una misión mexicana se unió al Ministerio de Salud de dicho país para llevar a cabo un operativo de vigilancia sanitaria, debido al sismo ocurrido en enero del 2001, proporcionando apoyo técnico y de recursos materiales.

Por lo anterior, es necesario que el Programa de Acción: Urgencias Epidemiológicas y Desastres se fortalezca, ya que al improvisar acciones ante sucesos impredecibles, como un fenómeno natural u ocasionado por el hombre, se corre el riesgo de crear desorden en la atención médica de la población afectada, descuido de las posibles fuentes de transmisión de enfermedades e incremento de los factores de riesgo de daños a la salud de la población.

El Programa contempla la atención de los desastres ya sean originados por un fenómeno natural o provocados por el hombre, y de las urgencias epidemiológicas ocasionadas por enfermedades transmisibles e intoxicaciones (alimentarias y las causadas por sustancias químicas). Además establece los lineamientos generales de los planes de intervención ante la presencia de desastres y plantea los procedimientos a seguir en caso de un evento de interés epidemiológico en el que se encuentre en riesgo la salud de la población.

La experiencia que ha adquirido el Sector Salud en la atención de desastres ha demostrado que las intervenciones tempranas, evitan la ocurrencia de casos y brotes de enfermedades infecciosas.

Al improvisar acciones ante sucesos impredecibles, se corre el riesgo de crear desorden e incremento de los factores de riesgo.

El Programa contempla la atención de los desastres ya sean originados por un fenómeno natural o provocados por el hombre, y de las urgencias epidemiológicas ocasionadas por enfermedades transmisibles e intoxicaciones.

II. Objetivos



II. Objetivos

El Programa contempla la atención de los desastres ya sean originados por un fenómeno natural o provocados por el hombre, y de las urgencias epidemiológicas ocasionadas por enfermedades transmisibles e intoxicaciones (alimentarias y causadas por sustancias químicas). Además establece los lineamientos generales de los planes de intervención ante la presencia de desastres y plantea los procedimientos a seguir en caso de un evento de interés epidemiológico en el que se encuentre en riesgo la salud de la población.

El Programa contempla la atención de los desastres ya sean originados por un fenómeno natural o provocados por el hombre, y de las urgencias epidemiológicas ocasionadas por enfermedades transmisibles e intoxicaciones.

Misión

Construir y aplicar una plataforma de respuesta en los diferentes tiempos de un evento.

Visión

Que la población y las autoridades respondan de manera sensible, solidaria, organizada y efectiva, ante una urgencia epidemiológica o un desastre para proteger su salud.

Objetivos generales

- Proteger la salud de la población de los riesgos y daños originados por una urgencia epidemiológica o un desastre, por medio de la activación social y la atención coordinada, oportuna e integral.
- Tomar las medidas preventivas y de control pertinentes, que reduzcan los riesgos a la salud de la población.

Objetivos específicos

- Establecer los lineamientos del plan de intervención ante la posible ocurrencia de desastres y urgencias epidemiológicas.
- Establecer planes de intervención específicos para cada evento.
- Estandarizar acciones para preservar y/o restaurar la salud comunitaria.

- Organizar los mecanismos de coordinación inter y extrasectorial.
- Monitorear la evolución de eventos de interés epidemiológico a través de medios de comunicación masiva (prensa, radio, TV, Internet) notificados por fuentes formales e informales para valorar su magnitud y trascendencia.
- Alertar a los SESA sobre la ocurrencia de eventos de interés epidemiológico que se presenten no sólo en el país sino en otras naciones.
- Contar con la cartografía correspondiente.
- Definir y clasificar zonas de riesgo según características que en ellas existan.
- Integrar el registro de las empresas que manejan sustancias químicas, así como las características de dichas sustancias.
- Brindar asesoría y, en caso necesario, apoyo logístico, humano y de insumos para responder a los desastres y urgencias epidemiológicas.
- Vigilar el cumplimiento de la NOM-017-SSA2-1994.

Nuestro Compromiso

- Evitar y en su caso controlar la presencia de casos y brotes epidémicos en zonas en donde haya ocurrido un desastre.
- Contar con planes de intervención para ser aplicados ante la amenaza o presencia de una urgencia epidemiológica o un desastre.
- Garantizar atención médica gratuita, oportuna y de calidad con personal capacitado y los insumos necesarios ante un evento epidemiológico.
- Difusión oportuna de medidas para el autocuidado de la salud de acuerdo con el evento en estudio.
- Disminuir riesgos epidemiológicos mediante la participación oportuna de grupos como las brigadas de salud.
- Apoyar las acciones específicas que realiza el Comité de Atención Psicológica en caso de desastre.
- Construir una plataforma para generar un cambio de actitud y comportamiento, encaminado a una nueva cultura de prevención y protección de la salud.

Retos

Para enfrentar los tres retos establecidos en el Programa Nacional de Salud 2001-2006: equidad, calidad y protección financiera, este Programa de Acción se plantea:

Equidad

Que los SESA cuenten con planes de intervención bien definidos para la atención de la población, por área y tipo de riesgo.

Calidad

Asegurar la calidad de los servicios de salud, mediante cursos programados por los SESA y con apoyo del nivel federal. Estos cursos estarán orientados a capacitar al personal de salud (base y becario), para que se ofrezca una atención adecuada y oportuna en los diferentes niveles de atención.

Protección financiera

Proporcionar atención universal y gratuita a la población afectada en las unidades de salud, refugios temporales o módulos comunitarios durante la fase aguda posterior a la presencia de un desastre provocado por un fenómeno natural u ocasionado por el hombre, así como los medicamentos necesarios.

III. Componentes del Programa



III. Componentes del Programa

El Programa de Protección Civil (PPC) establece que corresponde a la Secretaría de Gobernación (SG) la coordinación ejecutiva del Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC); define los compromisos de participación de las dependencias federales, estatales, municipales, públicas y privadas en la atención de la población afectada por un fenómeno perturbador, y establece los objetivos, políticas y estrategias, líneas de acción y recursos necesarios para llevarlos a cabo.

El PPC se divide en tres Subprogramas:

1. Prevención, encaminada a prever, mitigar o eliminar la presencia de agentes destructivos y los posibles daños que pueden causar.
2. Auxilio, tendiente a brindar ayuda a la población, sus bienes y entorno.
3. Recuperación, coadyuva a restablecer los servicios públicos.

La SG, como Coordinador Ejecutivo del Sistema, establece la coordinación y comunicación con los municipios, entidades federativas, dependencias, organismos e instituciones involucradas en los Subprogramas; además vigila el cumplimiento de los acuerdos y disposiciones determinadas que en materia de Protección Civil determina el Presidente de la República.

El PPC considera otros dos tipos de Coordinadores: el Técnico y el Corresponsable. El primero, es responsable de dirigir, asesorar y apoyar técnicamente con sus recursos a todos los participantes en el Subprograma correspondiente, así como promover e integrar la planeación, operación y evaluación de las tareas que se efectúan, además de la consecución de las operaciones y actividades propias de su competencia.

El Coordinador Corresponsable aporta y apoya, dentro del Subprograma de que se trate, sus programas, planes de emergencia y los recursos humanos y materiales, además de desarrollar sus propias actividades.

Participación de la SSA en los Subprogramas del PPC:

Subprograma de Prevención: la SSA actúa en los tres primeros como Coordinador Corresponsable, como Coordinador Técnico en el cuarto, y no se le asigna ninguna participación en el último, aunque la experiencia demuestra que la SSA ha jugado un papel vital en las acciones de atención a la población desplazada en Chiapas por el conflicto de enero de 1994 y por sucesos de Acteal en 1997 en el mismo estado.

Subprograma de Auxilio: la SSA funge como Coordinador Técnico en el rubro de salud, y como Coordinador Corresponsable en evaluación de daños; planes de emergencia; coordinación de emergencia; búsqueda, salvamento y asistencia; servicios estratégicos, equipamiento y bienes y aprovisionamiento.

El Programa de Protección Civil (PPC) establece que corresponde a la Secretaría de Gobernación (SG) la coordinación ejecutiva del Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC).

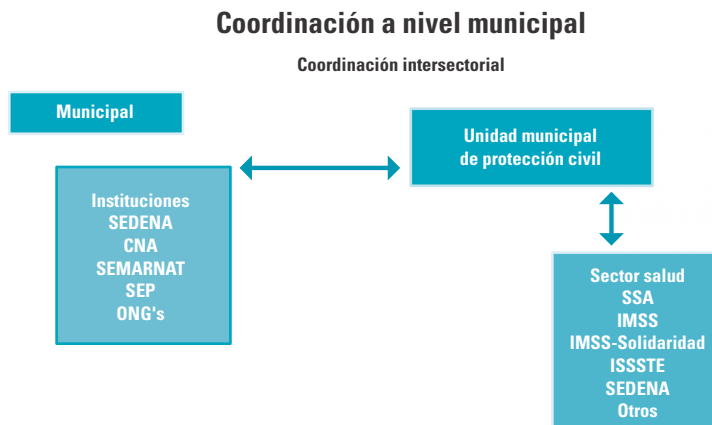
Subprograma de Recuperación: la SSA actúa como Coordinador Corresponsable en el componente de reconstrucción y vuelta a la normalidad.

La estructura que establece el PPC para la atención de los desastres considera que las acciones se pueden presentar en los niveles federal y estatal. Las figuras 2 y 3 muestran, esquemáticamente, las relaciones que se deben dar en materia de coordinación en los niveles federal, estatal y municipal.

Figura 2



Figura 3



Los aspectos fundamentales del manejo de un desastre son: la respuesta que se dé al evento, los preparativos que se han hecho para poderlo enfrentar y las acciones de mitigación que se desarrollen para afrontar los efectos del desastre.

Para que la SSA cumpla con lo establecido por el PPC, el nivel federal representado por el CNVE presenta el Programa de Acción Urgencias Epidemiológicas y Desastres (PAUED) que los SESA adoptarán y adaptarán dependiendo de sus recursos disponibles.

Para fines de este Programa las urgencias epidemiológicas se dividen en:

Enfermedades transmisibles

Se incluyen en este renglón las sujetas a notificación inmediata dentro del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) y que se señalan en el inciso 7.12 de la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994 "Para la Vigilancia Epidemiológica". Se incluyen también aquellos padecimientos que por su magnitud y trascendencia, en un momento determinado, decida incluir la SSA.

Intoxicaciones

Se incluyen las de índole alimentaria y las ocasionadas por compuestos químicos.

Desastres

En los desastres, se incluyen:

- Originados por fenómenos naturales, que de acuerdo con el Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC), se clasifican en:
 - ▶ Fenómenos geológicos: sismos, avalanchas, erupciones volcánicas.
 - ▶ Fenómenos hidrometeorológicos: depresiones y tormentas tropicales, huracanes, tsunamis, sequías, ondas gélidas o de calor extremo.
- Desastres producidos por el hombre (SINAPROC), entre los que se encuentran:
 - ▶ Fenómenos químicos/tecnológicos: derrames o incendios de sustancias químicas, fugas radioactivas, etc.
 - ▶ Fenómenos socio-organizativos: guerras, desplazamientos poblacionales.

El Programa plantea que la respuesta sanitaria a un evento de interés epidemiológico, ya sea un desastre o una urgencia epidemiológica, debe ser:

Anticipada

Para prever e identificar aquellas áreas (zonas inundables, sísmicas, etc.), factores (existencia de vectores, acumulo de susceptibles, etc.) o condiciones (presencia de zonas fabriles, comunidades asentadas en laderas, falta de sistemas de drenaje, etc.) de riesgo que pueden favorecer la ocurrencia de desastres o urgencias epidemiológicas.

Inmediata

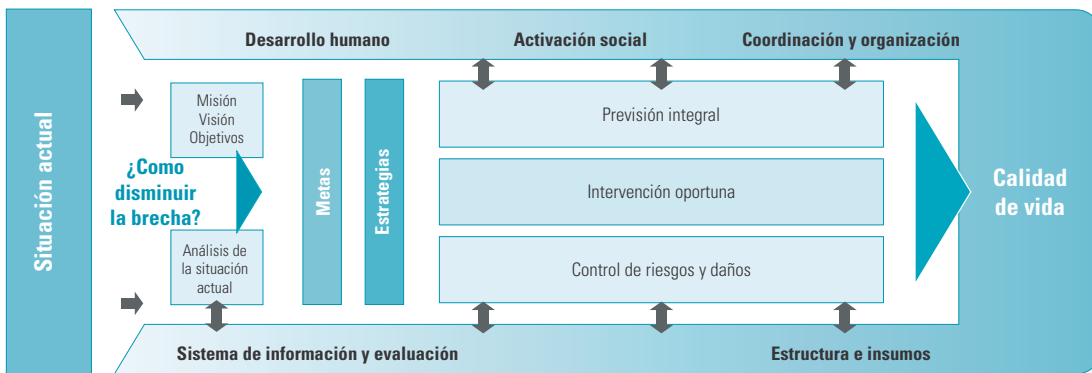
Para enviar el personal, los equipos e insumos específicos, en la cantidad y oportunidad precisas, a los sitios donde son necesarios.

Eficaz

Para prevenir y, en su caso, controlar la ocurrencia de daños a la salud de la población.

El PAUED se refiere básicamente a las acciones de preparación y mitigación que realizarán los SESA durante la atención de un evento de interés epidemiológico. Se conforma por tres componentes sustantivos y cinco estratégicos

Cuadro 9
Programa de Acción: Urgencias Epidemiológicas y Desastres



Componentes del Programa

Componentes sustantivos	Componentes estratégicos
<ul style="list-style-type: none"> • Previsión Integral • Intervención Oportuna • Control de riesgos 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo Humano • Activación Social • Coordinación y Organización • Sistema de Información y Evaluación • Estructura e Insumos

Las urgencias epidemiológicas y desastres son eventos que pueden ocasionar daños a la salud en un área determinada y que requieren de una respuesta inmediata para limitar la diseminación de dichos daños. La respuesta a estos sucesos debe ser ordenada y coordinada con las demás instituciones que conforman el sector salud y con las demás entidades (Comisión Nacional del Agua, CNA, sistemas operadores de agua y drenaje, etc.) que tengan injerencia en las acciones de prevención y control de daños a la salud de la población.

Componentes sustantivos

Previsión Integral, contempla dos líneas estratégicas, identificación de riesgos y organización de respuesta. En la primera se establecen tres acciones: integración del atlas de riesgos, regionalización de la atención e inventariado de la infraestructura. En la segunda las acciones son asignación de funciones, definición de compromisos y mantenimiento de la comunicación en forma continua entre los integrantes del COVS. Se espera fortalecer la organización en todos los niveles y optimizar las estructuras para evitar duplicidad de acciones.

Tomando en consideración que la SSA es la cabeza del Sector Salud en el nivel federal, estatal y jurisdiccional, el Programa establece que los titulares de los Servicios de Salud son los responsables directos de establecer los mecanismos necesarios de coordinación de todas las demás instituciones de salud, así como de la CNA y de cualquier otro organismo que esté involucrado en la atención de la salud comunitaria.

Intervención del sector salud en la atención de un desastre



Figura 4

Para formalizar la coordinación interinstitucional, los titulares de los SESA convocarán a la integración del COVS, en el cual se integrarán las instituciones del Sector Salud y otras dependencias (CNA, Secretaría de Educación Pública (SEP), Secretaría de Comunicaciones y Transportes (SCT), entre otras), que en un momento determinado intervienen en las acciones. La coordinación inter y extrasectorial debe darse antes, durante y después de la ocurrencia de un evento.

El COVS es una instancia que debe funcionar como una plataforma de convergencia para establecer la coordinación y asignación de funciones específicas por institución participante.

Titulares de los SESA convocarán a la integración del COVS.

El responsable estatal y/o jurisdiccional del Programa en coordinación con el COVS deberá:

- Desarrollar mapas de riesgo.
- Realizar un análisis de vulnerabilidad y riesgo de la población en el que se midan: Probabilidad de ocurrencia, intensidad, duración y magnitud.
- Realizar planes de intervención específicos en sus tres etapas de planeación: previo al evento, durante el evento y posterior al evento.
- Establecer las actividades para la difusión del programa, la capacitación y para el flujo de información en los niveles: local, jurisdiccional y estatal.
- Monitorear continuamente los probables eventos a través de:
 - ▶ Información meteorológica y satelital (se recomienda contar con acceso a Internet).
 - ▶ Medios de comunicación (prensa, radio y televisión).
- Dar seguimiento a los eventos hasta su control o alta sanitaria.
- Implementar los mecanismos para recibir, clasificar y valorar las urgencias epidemiológicas y desastres de acuerdo con la información que se obtenga de fuentes formales e informales de comunicación.
- Brindar asesoría y apoyo logístico, humano y de insumos en los diferentes niveles de atención.
- Contar con el listado de los inmuebles propuestos para ser utilizados como refugios temporales (proporcionado por Protección Civil); previamente evaluados por la SSA y emitir a las autoridades correspondientes las necesidades de mantenimiento preventivo y correctivo.
- Supervisar las actividades para que se realicen adecuadamente.

El componente sustantivo Intervención Oportuna contempla dos líneas estratégicas; determinación de la magnitud del daño y atención integral; para la primera se tienen establecidas dos acciones principales: evaluar los daños en la infraestructura y establecer prioridades en la atención; para la segunda, la acción central es brindar atención preventiva, médica y psicológica de manera permanente. Con este componente, sus líneas estratégicas y acciones se espera contribuir al control de los riesgos y daños asociados a un desastre.

El titular de los Servicios Estatales de Salud de cada una de las entidades federativas, convocará al COVS, se constituirá como el Coordinador General del Operativo, definirá quienes serán los Coordinadores de Campo y de Informática y comunicará la situación a los titulares de las demás instituciones para que se alerte a su personal en el área afectada para conocer la situación prevaleciente y valorar la movilización de los recursos humanos, logísticos, materiales, etc. El COVS deberá sesionar diariamente hasta que el Sistema Nacional de Protección Civil determine concluida la emergencia, por no existir riesgos hacia la población. El CNVE sugiere que el COVS sesione en las áreas más cercanas al sitio de ocurrencia del evento y que cuente con diferentes sedes donde se pueda establecer un centro de coordinación regional.

Ante un suceso del que se tuvo conocimiento previo a través de los medios de comunicación (fenómenos hidrometeorológicos, sobre todo), se sugiere valorar la posibilidad de acercar recursos humanos, logísticos e insumos a la zona afectada, con objeto de brindar lo más pronto posible la atención a la comunidad, cuidando de la seguridad del personal.

El COVS deberá sesionar diariamente hasta que el Sistema Nacional de Protección Civil determine concluida la emergencia.

Dentro de este componente el CNVE, a través de la Dirección de Urgencias Epidemiológicas y Desastres (DUED), reforzará las acciones que realicen los SESA con apoyo de brigadas que integra, insumos, materiales, personal con experiencia operativa, unidades móviles con radio comunicación vía satélite, etc.

Criterios para la atención de desastres

Cuando un fenómeno natural capaz de originar un desastre, se encuentra más cerca de impactar a un punto determinado o bien existen las condiciones para que se presente, es necesario que se mantenga una vigilancia permanente del evento y que se emitan alertas según se requieran. Ejemplos del monitoreo y emisión de alertas se tienen en los avisos que emiten los servicios meteorológicos de la CNA, Centro Nacional de Prevención de Desastres (CENAPRED) y de la Comisión Federal de Electricidad (CFE), referentes a la ubicación, desplazamiento y velocidad de las depresiones, tormentas tropicales y huracanes, así como en las alertas que emite el CNVE.

Ejemplos del monitoreo y emisión de alertas se tienen en los avisos que emiten los servicios meteorológicos de la CNA, Centro Nacional de Prevención de Desastres (CENAPRED) y de la Comisión Federal de Electricidad (CFE).

El CNVE ha establecido los siguientes criterios para el envío de su personal como apoyo a las entidades federativas afectadas:

1. Fenómenos hidrometeorológicos (depresiones, tormentas tropicales y/o huracanes, etc.).

De acuerdo con los reportes emitidos por el Servicio Meteorológico Nacional, el personal del CNVE se ubicará en las áreas más cercanas a la zona afectada, procurando tener las mejores condiciones de seguridad posibles.

Depresiones tropicales:

Se considera que cuando un fenómeno de este tipo se desplace a menos de 10 km/h, durante por lo menos 12 horas, y se encuentre sobre territorio continental, el CNVE enviará un equipo de exploración a la zona (o zonas) más cercana(s) posible(s), compuesto por un mando medio, uno o dos residentes del Programa de Residencia en Epidemiología, un licenciado en geografía y un técnico en informática; en caso necesario, se integrarán brigadas de salud.

Tormentas y huracanes:

Cuando estos fenómenos se encuentren localizados a menos de 250 km de las costas, se enviará un equipo de exploración a la(s) zona(s) más cercana(s) posible(s), así como brigadas de salud.

2. Fenómenos geológicos (sismos)

Ante la ocurrencia de un movimiento telúrico de magnitud Richter hasta de 5.4, el CNVE evaluará las afectaciones producidas, junto con las autoridades de Protección Civil y los SESA de las entidades afectadas.

Ante la ocurrencia de un movimiento telúrico de magnitud Richter de 5.5 a 6.0, se enviará un equipo de reconocimiento a la zona afectada. Dicho equipo estará compuesto por un mando medio, uno o dos residentes de Epidemiología, un licenciado en geografía y un técnico en informática.

Ante la ocurrencia de un movimiento telúrico mayor a 6.0 grados Richter, el CNVE enviará equipos de comunicación, reconocimiento y brigadas de salud a la(s) zona(s) afectada(s).

Figura 5

Sismo en Oaxaca, 7.5º escala de Richter, septiembre 1999



3. Desastres producidos por el hombre

Ante la ocurrencia de un evento en el que se presenten cualquiera de las siguientes condiciones:

- Explosiones químicas, independientemente del tipo y magnitud.
- Fugas de tóxicos (plaguicidas, gases, etc.).
- Desplazamiento poblacional mayor a 1 000 personas.
- Impacto en los medios masivos de comunicación.
- Implicaciones políticas.

El CNVE enviará al equipo de reconocimiento y de acuerdo con la magnitud de los daños, se evaluará el envío de brigadas de salud.

Las estrategias de apoyo a los SESA que sigue el CNVE son las siguientes:

- Ayuda con equipos de reconocimiento, compuestos por mandos medios, residentes de Epidemiología, licenciados en geografía y técnicos en informática. Estos equipos serán apoyados con equipo de cómputo y de cartografía, así como por la información epidemiológica del área dañada vía el Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica (SUAVE), insumos, etc.
- Dependiendo del tamaño del área afectada y de su accesibilidad, el equipo de exploración apoyará a los SESA para regionalizar las áreas dañadas, de modo que se pueda enviar brigadas de salud a los sitios donde se requieran. Se sugiere que las regiones de trabajo no sean mayores a 3 000 km².

El CNVE enviará al equipo de reconocimiento y de acuerdo con la magnitud de los daños, se evaluará el envío de brigadas de salud.

- Apoyo con un mando medio del nivel federal para que el personal estatal maneje cada una de las regiones establecidas.
- Apoyo en el nivel estatal con un mando medio del CNVE para la instalación del COVS, instalación del Centro de Información, análisis de la misma, etc.
- Integrar personal del laboratorio del Instituto de Referencias Epidemiológicas (InDRE) y del Laboratorio Nacional de Salud Pública (LNSP) para apoyar a sus similares en el laboratorio estatal.
- Apoyo con personal del área de vectores del CNVE para colaborar en las actividades propias de este programa, en forma conjunta con los de nivel estatal.
- Apoyo con personal federal de promoción y educación para la salud y comunidades saludables para realizar actividades conjuntamente con el nivel estatal.
- Integrar al personal federal del programa de atención psicológica en casos de desastre, para colaborar con los de nivel estatal en la primera fase, dentro de la atención y recuperación que corresponde a la valoración psicológica, primeros auxilios psicológicos e higiene mental y establecer el sistema de referencia y contra referencia a los módulos implementados de atención psicológica en los refugios temporales y en las comunidades afectadas, ya que en la atención a los desastres, se ha dado prioridad a la atención física y la atención a la salud mental no se le ha brindado la importancia que requiere.

Dependiendo de la magnitud de los daños a la infraestructura (ruptura de líneas de agua, drenaje) o a la salud (morbilidad o mortalidad importantes), el COVS adoptará el nombre de Comité de Emergencia Sanitaria (CES) y pondrá en práctica las estrategias previamente establecidas. En esta fase se recomienda que el COVS/CES sesione dos veces al día, con la finalidad de conocer oportunamente la evolución de los acontecimientos en la zona afectada y estar en posibilidad de establecer decisiones oportunas.

La duración de esta fase es variable y depende de la magnitud, trascendencia y vulnerabilidad del evento y la resolución de los daños ocasionados por el fenómeno. En materia de salud pública, las acciones se mantendrán hasta que se determine que no existen factores de riesgo que favorezcan la presencia de brotes epidémicos, la morbilidad presente un comportamiento similar a los años anteriores, y se haya restablecido el servicios de atención a la salud.

Las actividades específicas para este momento concreto son:

1. Establecimiento del programa de intervención.
2. Establecimiento del centro de operaciones.
3. Organización de las actividades en los niveles local, estatal y nacional, dependiendo de la severidad del evento.

Los apartados específicos en materia de salud y para este momento concreto son:

Atención médica-asistencial

Esta será proporcionada gratuitamente, de manera universal y que esté disponible las 24 horas del día. Se sugiere que la atención se ofrezca no sólo dentro de las instalaciones formales, sino que se

otorgue en Módulos de Atención Comunitaria, ya que se amplía la cobertura y oportunidad de los servicios y los acerca a la población. Un Módulo de Atención Comunitaria es una instalación sencilla (escritorio, unas sillas, una mesa), protegida de los elementos naturales, atendida por un médico y una enfermera, y con los medicamentos necesarios para brindar a la población demandante.

Implantación de acciones para la vigilancia epidemiológica

En este momento la vigilancia epidemiológica se llevará a cabo en las instalaciones formales de salud, en los Módulos Comunitarios y dentro de los refugios temporales. La vigilancia se basa en la revisión diaria de las causas de consulta para detectar su comportamiento a lo largo del tiempo. En los refugios temporales es necesario tener un censo de la población, por grupos de edad y sexo, para vigilar y detectar oportunamente la ocurrencia de casos o brotes de enfermedades transmisibles, asimismo dar atención a otras necesidades de género.

4. Continuación de las actividades de auxilio y rescate, y se añaden las de identificación de cadáveres.
5. Instrumentación de acciones de vigilancia sanitaria en refugios temporales y la comunidad, referentes a la calidad del agua para uso y consumo humano, la calidad de los alimentos, la adecuada disposición de excretas y basuras.
6. Revisión del espectro diagnóstico de los laboratorios de Salud Pública y garantía de su funcionamiento.
7. Actividades de control de vectores.

El tercer componente sustantivo corresponde a control de riesgos y daños, compuesto por la línea estratégica: focalizar la atención, con las siguientes acciones; intensificación de la vigilancia epidemiológica y sanitaria, búsqueda activa de casos, ministración de tratamientos específicos, aislamiento de casos que representen riesgo de trasmisión a la población, alertamiento sobre enfermedades reemergentes y orientación de los recursos con relación a la magnitud de los daños; con este componente, su línea estratégica y sus acciones se espera como resultado evitar la presencia de casos y brotes epidémicos.

Posterior al impacto inicial del evento se vuelve crítico el evitar que sobre un desastre se "anide" una urgencia epidemiológica o viceversa. Es necesario que los SESA refuercen las actividades de vigilancia epidemiológica, promoción de la salud, actividades preventivas y restauración del funcionamiento normal de las unidades de salud.

En esta fase el Programa establece que el desarrollo operativo de las actividades de intervención se base en los siguientes rubros:

1. Atención Médica.
2. Vigilancia epidemiológica.
3. Verificación de la calidad del agua.
4. Vigilancia sanitaria.
5. Control de Vectores.
6. Promoción de la salud.
7. Actividades de Brigadas.

El desarrollo de estos rubros de acción se establece en el interior del COVS/CES mediante la concertación y la coordinación de las instituciones que lo integran. La responsabilidad del buen funcionamiento, cumplimiento y seguimiento de los acuerdos y compromisos recae en el titular de los SESA, ya que él es el coordinador general del operativo.

1. Atención médica

El COVS solicitará a las instituciones que lo integran la siguiente información:

- Número y tipo de unidades médicas que existen en la región afectada.
- Número y tipo de daño que sufrieron las unidades.
- Número y tipo del personal de salud disponible en la región y que participará en las actividades posteriores al desastre.

El COVS deberá garantizar la atención médica durante las 24 horas del día; esta atención será universal, gratuita y con dotación de medicamentos en todas las unidades de salud de las instituciones que lo integran. El CNVE sugiere, enfáticamente, que en las localidades urbanas o rurales que se encuentren incomunicadas o en las que no haya acceso a servicios formales de salud, se instalen Módulos de Atención Comunitaria.

Un punto de importancia capital es la asignación que haga el COVS de personal de salud a los refugios temporales que se hayan instalado.

2. Vigilancia epidemiológica

Es necesario que en las áreas afectadas se busquen aquellas condiciones que posiblemente incrementarían la morbilidad y mortalidad en la población. Esto se logra mediante la búsqueda activa e intencionada de casos y la investigación de posibles factores de riesgo, la administración de tratamientos y la obtención de muestras humanas y ambientales para el diagnóstico por el laboratorio.

Con el fin de simplificar la vigilancia epidemiológica, el CNVE propone el uso de un enfoque sindromático, ya que facilita la detección de padecimientos que pueden ser un problema de salud pública. El enfoque sindromático es una herramienta muy sensible para la detección de casos y para orientar al COVS sobre el curso a seguir. Cabe mencionar que el uso de este enfoque no es nuevo; de hecho, el Sistema Nacional de Salud lo emplea para la vigilancia epidemiológica de Parálisis Flácida Aguda.

El CNVE enfatiza que el uso del enfoque sindromático no sustituye de ninguna manera a la vigilancia epidemiológica normal, sino que la complementa.

La vigilancia epidemiológica deberá mantenerse activa y se notificará inmediatamente la ocurrencia de casos o eventos.

La vigilancia epidemiológica deberá mantenerse activa y se notificará inmediatamente la ocurrencia de casos o eventos que pudieran ocasionar algún daño a la salud de la población afectada.

Es importante la comunicación efectiva entre el Coordinador del operativo, el de Informática, el de Campo y el responsable del laboratorio.

3. Verificación de la calidad del agua

El COVS solicitará a la CNA, a las comisiones estatales del agua y a los operadores municipales de agua y alcantarillado:

- El número y tipo de fuentes de abastecimientos de las localidades afectadas (regulares, alternativas, plantas envasadoras).
- La evaluación de los daños ocasionados a los sistemas de distribución de agua potable y alcantarillado,
- Las condiciones necesarias para que se reinicie la operación de estos sistemas y el tiempo estimado de reparación.
- Las estrategias que adoptarán la CNA, comisiones estatales y/o los organismos operadores de agua y alcantarillado para asegurar el abasto de agua apta para uso y consumo humano, en aquellas localidades que sufrieron daños en sus sistemas de distribución de agua y de drenaje.
- Conocer las alternativas, mientras se regulariza el servicio en caso de estar afectado.

Adicionalmente, el COVS destinará a personal de salud para apoyar las actividades de vigilancia de la calidad del agua para uso y consumo humano, a través de análisis bacteriológicos y determinaciones de cloro residual. En caso necesario, se solicitará a la CNA que proporcione cloro a los sistemas operadores o que intervenga directamente en aquellos sitios donde se detecte una fuente que no cumpla con los niveles normados de cloro residual libre. Se establecerán los mecanismos necesarios de concertación para solicitar plantas potabilizadoras móviles o portátiles, su ubicación, la dotación de equipo de monitoreo de cloro residual, de cloración y los insumos necesarios para su operatividad, así como para la distribución de los frascos de plata coloidal.

4. Vigilancia sanitaria

- Verificaciones sanitarias en los lugares de acopio, distribución y preparación de alimentos, con énfasis en las purificadoras de agua, hielo, mercados, rastros y restaurantes.
- Restricción de la venta de alimentos de alto riesgo, que puedan causar enfermedades diarreicas (frutas rebanadas, helados, paletas, entre otros).
- Muestreo de alimentos preparados, semi-preparados y en estado natural.
- Levantamiento de actas administrativas y, en su caso, suspensión temporal o definitiva de los establecimientos que no cumplan con la normatividad.

- Capacitación a los manejadores y expendedores de alimentos sobre las medidas básicas de desinfección, conservación y preparación de los alimentos.
- Verificación de la desinfección del agua para uso y consumo humano en las fuentes de distribución (determinación del cloro residual libre).
- Concertación con las autoridades municipales del desarrollo de acciones de saneamiento en centros de abasto.
- Vigilancia de la recolección y disposición adecuada de la basura.
- Vigilancia y, en su caso, reporte a las autoridades correspondientes sobre el derramamiento de aguas negras a cielo abierto.
- Realización conjunta con las autoridades de Educación Pública de la verificación de todos los centros de educación que se encuentran en el área afectada para conocer sus condiciones de saneamiento básico y disponibilidad de agua para los seres humanos.

5. Control de vectores

El COVS reforzará las actividades establecidas en el Programa de Acción para la Prevención y Control de las Enfermedades Transmistas por Vector.

6. Promoción de la salud

El COVS informará a la población, mediante los diferentes medios de comunicación (escritos, visuales y auditivos), sobre las medidas básicas para el autocuidado de la salud. Se hará especial énfasis en las medidas preventivas y en la identificación de los signos de alarma de las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas agudas, las transmitidas por vector y otras que prevezcan en ese momento.

Adicionalmente, el COVS establecerá todas las líneas de acción necesarias para orientar a la población en el manejo y tratamiento adecuado del agua, alimentos, excretas y basura, así como en la preparación de las sales del sobre Vida Suero Oral, la ubicación de los centros de atención y de los refugios temporales, etc.

7. Actividades de brigadas

Como ya se mencionó anteriormente, el COVS debe incluir tres actores claves: el Coordinador General del operativo, de Informática y de Campo. Este último tiene como responsabilidad la de planear y programar las actividades que realicen las brigadas de salud.

Las siguientes son acciones que desarrollan las brigadas de salud:

- Visita casa por casa de las localidades de alto riesgo.
- Búsqueda intencionada de casos de enfermedades diarreicas y febriles.

- Obtención de muestras humanas y ambientales, y ministración de tratamientos.
- Identificación y notificación al nivel inmediato superior de daños a la salud en la población visitada por patologías diferentes a las previstas.
- Atención médica en las comunidades sin unidades de salud.
- Generación, revisión y de un informe diario de las actividades realizadas.
- Utilización de los formatos preestablecidos.

Figura 6

Brigadas de Salud



Una urgencia epidemiológica puede convertirse en un desastre pero no todos los desastres representan una urgencia epidemiológica, entendiendo esta última como los daños a la salud originados por la presencia de agentes microbiológicos, químicos o tóxicos que ocasionen brotes o epidemias, incluyendo las enfermedades reemergentes o exóticas.

En materia de salud pública, todos los brotes son importantes y requieren de un estudio completo que permita identificar el tipo de patología, la fuente de transmisión, los factores de riesgo, el agente causal, etc., para contar con los elementos necesarios y establecer las medidas pertinentes de prevención y control.

Para la detección de brotes la vigilancia epidemiológica concebida como un proceso continuo de obtención, compilación, tabulación y análisis de información, permite conocer el comportamiento de las enfermedades prevalentes en la región, así como la identificación de un número inusual de casos, defunciones, presencia de síndromes raros, etc. Idealmente, debe funcionar como un Sistema de Alerta Temprana. Este concepto se origina en las estrategias militares que concibe que todos aquellos eventos que son potencial o realmente riesgosos para la seguridad de un país, una región o el ejército, deben ser sometidos a vigilancia constante para detectar cualquier cambio.

Un Sistema de Alerta Temprana consta de los siguientes elementos:

- Una red de vigilancia (electrónica, óptica, epidemiológica de laboratorio, etc.) que explora constantemente el entorno y que busca lo inusual. Esta red transmite su información de manera oportuna.
- Un sistema de análisis que evalúa la información colectada por la red de vigilancia y que, determina las medidas que se deben adoptar.
- Un componente operativo que se encarga de responder al evento de la mejor manera para prevenir y, en su caso, controlar los daños que aquel pudiera ocasionar.

No se debe olvidar que dentro de las enfermedades de notificación inmediata existen algunas (sarampión, poliomielitis, rabia) en las que la presencia de un sólo caso se considera como un brote y se debe atender como tal.

A continuación se presentan las estrategias y lineamientos que deberán seguir los Servicios Estatales de Salud, para cada uno de estos subcomponentes:

Enfermedades transmisibles

A fin de contender con este grupo de padecimientos es necesario:

- Contar oportunamente con la información (a nivel sectorial) relativa a la morbilidad atendida en las unidades de salud.
- Analizar, periódicamente y en forma continua, la información de la morbilidad.
- Mantener una línea de notificación de brotes y eventos de interés epidemiológico.
- Validar la notificación proveniente de fuentes formales e informales.
- Notificar inmediatamente el evento hacia los niveles técnico-administrativos superiores.
- Administrar quimioprofilaxis o tratamientos específicos, en caso necesario.
- Coordinar la referencia de pacientes que requiriesen atención especializada.
- Obtener muestras humanas y ambientales para confirmación diagnóstica.
- Conocer los requerimientos que se deben cumplir para la obtención, manejo y envío correcto de las muestras a los laboratorios.
- Emitir alertas epidemiológicas.

Intoxicaciones

Este segmento se refiere a la atención de los daños a la salud de la población ocasionados por la exposición (ingesta, inhalación, contacto directo) a compuestos químicos, ya sea en forma accidental, incidental, deliberada o intencional y por las intoxicaciones alimentarias, considerando a éstas como las enfermedades transmitidas por alimentos que son producidas por la ingesta de toxinas formadas en

tejidos de plantas o animales, o de productos metabólicos de microorganismos en los alimentos, o por sustancias químicas que se incorporan a ellos de modo accidental, incidental o intencional en cualquier momento, desde su producción hasta su consumo.

Se deberá prestar especial atención a las intoxicaciones químicas, para lo cual es necesario:

- Investigar la naturaleza de los compuestos involucrados.
- Investigar, en caso necesario, las medidas terapéuticas a seguir.
- Notificar a las unidades de salud consideradas para la atención de los pacientes, informándoles el tipo de daño o exposición.
- Difundir de inmediato, a los servicios de salud pública y privada, el manejo médico correspondiente.
- Investigar los productos o materiales útiles para el control del agente causal.
- Si no se cuenta con la información referida en el punto previo, entonces se debe evitar la aplicación de medidas como el lavado con agua u otros productos, para impedir la diseminación o potenciar los efectos tóxicos del agente causal.
- Obtener muestras humanas y/o ambientales.
- Investigar el tipo, la forma de conservación y las condiciones de envío de muestras.
- Delimitar el área afectada.
- Dependiendo del tipo de sustancia que ocasionó el evento, hacer el seguimiento de la población expuesta y afectada para detectar posibles daños que puedan producir a mediano y largo plazo.
- Ante la formación de nubes tóxicas, indagar la velocidad y dirección del viento, vigilar la trayectoria de la nube y en especial su probable descenso para valorar el desalojo de la zona.

En caso de intoxicaciones alimentarias se debe:

- Realizar el estudio epidemiológico correspondiente (levantar una encuesta, ubicar el brote con las variables epidemiológicas).
- Difundir de inmediato, a los servicios de salud pública y privada, el manejo médico correspondiente.
- Identificar a los manejadores de alimentos que, potencialmente, podrían haber estado involucrados en el evento e investigar si cursan con infecciones dérmicas o respiratorias.
- Identificar los alimentos sospechosos.
- Obtener muestras humanas y/o de los alimentos sospechosos.
- Solicitar información del tipo, conservación y condiciones de envío de las muestras humanas y/o de los alimentos sospechosos.
- Realizar el seguimiento de los pacientes, hasta el alta sanitaria.
- Averiguar la procedencia del alimento y realizar el aseguramiento de los alimentos involucrados en el evento, en establecimientos de distribución y comercialización.

Medidas preventivas en las intoxicaciones alimentarias

Educar y capacitar a manejadores de alimentos sobre el manejo, preparación, conservación y servicio de alimentos y bebidas. Es importante hacer énfasis en los alimentos de riesgo, las alteraciones (abombamientos, roturas, etc.) que pueden presentar los empaques (latas, cajas, bolsas) y las características organolépticas indeseables (mal olor, sabor desagradable, etc.).

Reemplazar temporalmente a las personas involucradas en la ruta crítica de alimentos y bebidas (recepción, conservación, manejo, preparación, servicio), que presenten infecciones cutáneas, digestivas, respiratorias, oftálmicas, etc., hasta su total restablecimiento.

En las regiones donde se sabe que existen productos alimenticios que pueden ser tóxicos durante determinadas épocas o eventos (marea roja, ciguatera, etc.) o que son tóxicos en sí mismos (pez globo, erizo de mar), es necesario capacitar al personal de salud sobre las características de la intoxicación, su manejo y su prevención. La comunidad debe ser adecuadamente informada sobre la posible toxicidad de dichos alimentos, los signos de alarma, y las medidas de prevención. La autoridad sanitaria establecerá las medidas necesarias para evitar la comercialización de dichos productos hasta que se dé el alta sanitaria.

Componentes estratégicos

Son mecanismos de apoyo para el desarrollo de los sustantivos, favoreciendo la fluidez de las actividades para el alcance de los objetivos planteados de esta manera el Programa de Acción Urgencias y Desastres cuenta con cinco componentes estratégicos:

Desarrollo Humano; cuenta con una línea estratégica: Capacitación técnica y humanística cuyas acciones son desarrollo de nuevas tecnologías y procedimientos didácticos, fortalecimiento del liderazgo de los coordinadores, establecimiento de una comunicación efectiva entre el equipo de atención de urgencias, aseguramiento de la estabilidad emocional ante situaciones extremas y establecimiento de un programa de incentivos y reconocimientos. Lo anterior con el fin de contar con personal profesional, sensibilizado y comprometido con el país.

Desarrollar nuevas metodologías y procedimientos didácticos

Es necesario innovar diferentes metodologías que nos permitan en el proceso de la capacitación técnica y humanística generar aprendizajes significativos, la apropiación del conocimiento y el crecimiento personal, interpersonal, así como el desarrollo de habilidades gerenciales de todo el personal que interviene en el programa, para lo cual se requiere el análisis de modelos educativos para la instrumentación de estas nuevas estrategias.

Fortalecer el liderazgo de los Coordinadores

Un líder es aquel que modela el camino a seguir, es por esto que se requiere fortalecer la capacitación técnica y humanística para los Coordinadores y así asegurar su autoridad moral y técnica ante sus compañeros de trabajo. Para esta acción se contará con un programa específico de habilidades gerenciales en donde se trabajarán entre otros los siguientes temas: Trabajo en equipo, habilidades de un líder, manejo de conflictos, toma de decisiones, etc.

Establecer una comunicación efectiva entre el equipo de atención de urgencias

Ante una urgencia o un desastre la comunicación es fundamental para llevar a cabo acciones y tomar decisiones adecuadas y oportunas, es por esto que la comunicación deberá ser efectiva a nivel intra equipos de trabajo como entre instituciones que participan en el evento, para lo cual se propone crear un mecanismo de redes de comunicación.

Asegurar la estabilidad emocional ante situaciones extremas

Un desastre además de daños materiales, también provoca una alteración emocional y cognoscitiva, tanto en el que sufre el desastre como en quien lo atiende, manifestándose con ansiedad, impotencia, ira, tristeza, negación, desesperanza y depresión, entre otras. Si el equipo de atención de urgencias se capacita en el manejo y tratamiento de estas manifestaciones, podrá brindar el apoyo necesario y oportuno a quienes lo padecen, pero sobretodo autoayudarse y así mantener el equilibrio emocional que le permitirá tomar decisiones oportunas y de calidad.

Establecer un programa de incentivos y reconocimientos

Para esta acción se requiere definir los criterios e identificar los indicadores de desempeño que nos permitan establecer este programa a nivel personal y de equipo de atención.

El segundo componente estratégico es coordinación y organización, con la línea estratégica activación del Comité Operativo de Vigilancia Sanitaria, el cual se desarrolla a través de las siguientes acciones; convocatoria intra e intersectorial; establecimiento del centro de operaciones; análisis diario de la información; asignación de tareas específicas y seguimiento de acuerdos y compromisos a fin de implementar acciones de impacto.

El titular de los SESA convocará al COVS, se constituirá como el Coordinador General del Operativo, definirá quienes serán los Coordinadores de Campo y de Informática y comunicará la situación a los titulares de las demás instituciones para que se alerte a su personal. El objetivo del COVS será coordinar y concertar el desarrollo de las acciones inherentes a la atención de la población afectada por la presencia de un desastre. Además se encargará de la asignación de actividades específicas de prevención y en su caso, mitigación.

Intervención del comité operativo de vigilancia sanitaria en la atención de un desastre

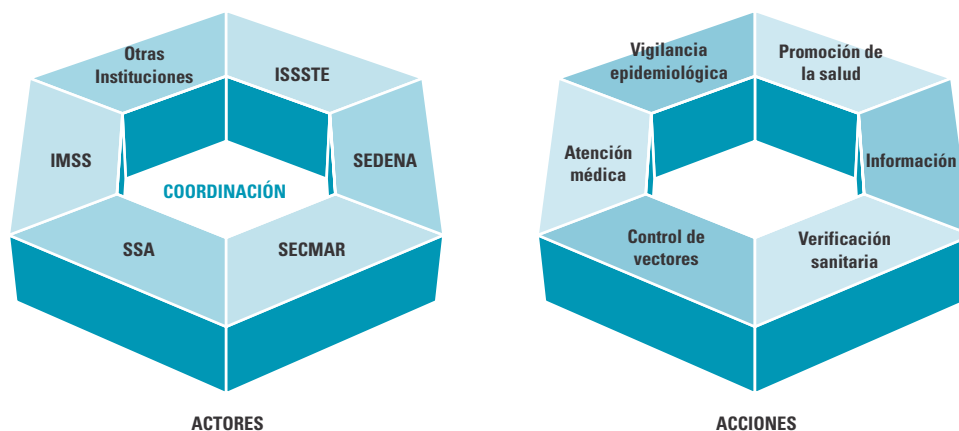


Figura 7

El coordinador establecerá acuerdos y compromisos a los que se les dará seguimiento para corroborar su cumplimiento; además, hará las gestiones correspondientes ante otras autoridades para facilitar el desempeño de las tareas.

Activación Social:

Activación social; este componente estratégico cuenta con dos líneas estratégicas; comunicación educativa y organización social, para lo cual se llevan a cabo las siguientes acciones: convocar a todos los actores sociales, promover una cultura de la prevención, desarrollar campañas de comunicación y asesoría técnica y humanística, y de esta manera lograr el apoderamiento del problema por parte de la población.

Convocar a todos los actores sociales

En el contexto de una sociedad más participativa y comprometida con su salud, es necesario identificar a todos los actores sociales que intervienen en el proceso de prevención y control de algún desastre o urgencia epidemiológica; así como su rol respectivo. Una vez identificados, es necesario convocar a todos los actores para concientizarlos y sensibilizarlos acerca de la importancia de su participación, de tal manera que se establezca el compromiso de acción. La organización de los actores es el eje motor sobre el que se planea el trabajo antes, durante y después de un evento.

Promover una cultura de la prevención

El modelo cultural que ha prevalecido en la atención de urgencias epidemiológicas y desastres, tanto en la población como en las instituciones de salud es reactivo, lo cual quiere decir que las acciones de participación se realizan hasta que ocurre el evento, con lo cual se pierde oportunidad y se pueden incrementar los riesgos y daños a la salud. La transición hacia una cultura de prevención

que considere la proactividad como una forma de ser y actuar, tanto en la población como en el personal de salud, se realizará a través de acciones específicas de educación y comunicación encaminadas a la creación de hábitos y comportamientos en los individuos, de tal forma que siempre estemos “listos” para enfrentar cualquier eventualidad. La promoción de esta cultura se valdrá de diferentes medios que abarquen desde la comunicación interpersonal hasta la de masas.

Desarrollar campañas de comunicación

Los conocimientos, actitudes y comportamientos que la población debe tener para enfrentar una urgencia epidemiológica o desastre son universales, ya que un sismo, una inundación o un brote de cólera; requieren la realización de acciones específicas por parte de la sociedad en general. De esta forma, la utilización de los medios masivos de comunicación nos permitirá la difusión de un mensaje único de prevención que esté dirigido a la población en general. Sin embargo, es necesario focalizar las campañas de acuerdo a las posibilidades de ocurrencia de fenómenos en cada región y las características socioculturales de la población.

Asesoría técnica y humanística

Esta acción se refiere a la creación de un programa de asesoría dirigida a los líderes y grupos sociales organizados para que sean ellos los promotores, capacitadores y facilitadores del proceso de educación sobre urgencias epidemiológicas y desastres.

El cuarto componente se denomina sistema de información y evaluación, está compuesto por tres líneas estratégicas: información gerencial, información epidemiológica y evaluación continua. Las acciones correspondientes son: diseño y operación de un sistema gerencial sobre insumos, procesos, resultados y costos; operación de un sistema de vigilancia epidemiológica; ejecución del programa Epi-desastres y aplicación de un programa de supervisión y definición de los indicadores de resultados. Lo cual dará oportunidad para contar con información veraz, oportuna y uniforme para la toma de decisiones.

Fundamental para el desarrollo de este componente, es el diseño y aplicación de un sistema gerencial de información, que incluya desde las características geográficas, orográficas, demográficas, así como el riesgo de ocurrencia de fenómenos naturales de cada una de las regiones a analizar, sumado a lo anterior es necesario que en este sistema esté contenida toda la información relacionada con los aspectos sanitarios y de salud y de índole administrativa como son: infraestructura, recursos humanos y materiales así como su distribución geográfica. Todo lo anterior dará oportunidad de que al realizar un ejercicio de cruce de información proporcione de manera ágil la probabilidad de ocurrencia de un evento y el número y tipo de recursos existentes para enfrentar la eventualidad, de igual manera dará oportunidad de lograr un desarrollo equitativo de los recursos al identificar en donde son excedentes y donde hay carencia de ellas.

Vigilancia epidemiológica

Morbilidad. El CNVE sugiere que el COVS disponga de la información de años previos, en cuanto a la morbilidad y mortalidad causadas por aquellos padecimientos que pueden incrementarse después de un desastre (IRAS, EDAS, cólera, dengue, paludismo, entre otros), o en cuanto al padecimiento que esté ocasionando una emergencia epidemiológica (por ejemplo, influenza), para poder establecer comparaciones con los indicadores que se detecten una vez que se haya iniciado el operativo de atención. El SUIVE permite disponer de dicha información de manera desglosada hasta las unidades de salud.

Vigilancia epidemiológica después de un desastre



Figura 8

Se registrará el número y tipo de consultas otorgadas por unidad de salud, refugios temporales y Módulos Comunitarios de Salud y se tabulará dicha información en los formatos oficiales (F1, F2 y F3). Estos formatos se enviarán diariamente y por la vía más expedita posible al Centro de Operaciones establecido por el COVS, para ser procesados por medio del software Epi-Desastres.

Las experiencias han demostrado que el volumen de información referente a la morbilidad que se genera durante las acciones es enorme; sin embargo, para que esta información tenga utilidad es necesario que se analice diariamente, de la forma más sencilla posible, y que dicho análisis se realice en los niveles local, jurisdiccional y regional.

La importancia que guarda el análisis diario y por niveles de la información y análisis simplificado de la misma es conocer la situación epidemiológica que prevalece en el área afectada, es necesario que el Coordinador de epidemiología en los niveles local, jurisdiccional, regional o estatal, realice el análisis diario de la información. La demora en dicho análisis puede ocasionar que no se detecten tempranamente eventos que después se conviertan en problemas sanitarios o hasta de interés político.

El análisis de la información que emerge del nivel local es el que más importancia tiene ya que permite in situ la detección, temprana y oportuna de algún problema de salud; en 1998 la revisión y análisis diario de la morbilidad en los refugios temporales permitió detectar y tratar oportunamente casos de personas albergadas en dichas instalaciones en Pijijapan, Chiapas.

El análisis jurisdiccional es importante, ya que puede detectar la ocurrencia de algún problema de salud. Un ejemplo de esto es que en 1996, se informó la presencia de defunciones por síndrome febril hemorrágico agudo en personal de salud del Hospital General de Veracruz que había atendido a pacientes que padecían el mismo síndrome, pero que procedían de Tuxtepec, Oax. La revisión de la morbilidad local y jurisdiccional, aunada al resto de la investigación, arrojó como resultado que los pacientes veracruzanos habían fallecido por dengue hemorrágico que no fue transmitido por los enfermos oaxaqueños, sino que en el propio puerto de Veracruz había un brote de dengue.

El análisis regional y estatal permite el manejo técnico de la situación y facilita el trabajo de los tomadores de decisiones.

La información contenida en los formatos F1 y F3 permite conocer:

- a) El número de consultas en centros de atención médica y módulos comunitarios.
- b) Causas de consulta y el porcentaje de éstas, con respecto al total de consultas.
- c) Gráficamente el comportamiento temporal de las causas de consulta.
- d) Permite el análisis epidemiológico básico en tiempo, lugar y persona.

La información contenida en el formato F2 permite conocer:

- a) El volumen diario de consultas en los refugios temporales.
- b) Causas de consulta y porcentaje de éstas, con respecto al total de consultas.
- c) Gráficamente el comportamiento temporal de las causas de consulta.

A diferencia de los formatos F1 y F3, con la información contenida en el formato F2 y los datos obtenidos a través del censo poblacional diario realizado por el personal de salud, se pueden construir tasas de morbilidad con el número de casos, siendo éstas, un indicador más confiable que los números absolutos.

Mortalidad. La vigilancia epidemiológica de la mortalidad es de gran utilidad, ya que a través de ella se pueden identificar las defunciones ocasionadas por padecimientos de importancia para la salud pública y en base a dicha identificación, se pueden tomar las acciones pertinentes. Dado que la información oficial relacionada a mortalidad no se obtiene con oportunidad, se recomienda que en un primer momento se obtenga y revise la información de cuatro semanas previas al evento para conocer el comportamiento, mediante el acceso al Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones.

Posteriormente se hará el seguimiento de las causas de la mortalidad para evaluar el comportamiento que tiene la mortalidad después de la ocurrencia del evento.

- Se deberá realizar el análisis semanal de la información de morbilidad con el apoyo del Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE). Para esto se requiere la concertación y coordinación con todas las instituciones que componen el sector salud en las entidades federativas, referente a la periodicidad de la notificación, como está establecido en la NOM-017-SSA2-1994. Esta actividad deberá ser permanente y dinámica.
- Ante un incremento inusitado de casos, se deberá practicar el estudio correspondiente y se adoptarán las medidas pertinentes para controlar y evitar mayores daños a la salud en la población. Dichas medidas incluyen la notificación, la coordinación con las demás instituciones del Sector Salud, la atención médica oportuna y adecuada, la vigilancia epidemiológica y las demás medidas necesarias para prevenir y controlar el evento.
- Se deberá establecer una red de notificación y asignar un área específica para la recepción de la notificación, tanto de fuentes formales como informales de información sobre la presencia de brotes.
- El área de Epidemiología, en el nivel estatal y/o jurisdiccional indagará todas las notificaciones o informes de brotes que se realicen a través de medios formales o informales.
- Se notificará y se hará el estudio epidemiológico de las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica de acuerdo con la NOM-017-SSA2-1994.
- Se establecerá la coordinación con el personal de laboratorio para determinar las muestras humanas y ambientales requeridas, las condiciones de toma, manejo, conservación y envío para la confirmación del diagnóstico.
- Es necesaria la coordinación permanente de las áreas de Epidemiología y Vectores para que la información relativa a los estudios entomológicos, la presencia de casos febriles, el reporte de pruebas de laboratorio, etc., fluya con la mayor facilidad, mediante el establecimiento de los canales de comunicación y por consiguiente, ambas cuenten con los fundamentos para la toma de decisiones.

En caso necesario se emitirán alertas epidemiológicas hacia los niveles jurisdiccional y sobre todo al local, para que se adopten o adapten las medidas preventivas y de control pertinentes. Con el fin de determinar el desarrollo adecuado de las actividades implementadas para la mitigación de los daños ocasionados por una contingencia, es indispensable establecer un programa de supervisión para evaluar los indicadores.

El quinto y último componente estratégico corresponde a estructura e insumos, las líneas estratégicas son abasto y distribución eficiente de recursos e insumos y fortalecimiento de la infraestructura, las acciones son; llevar a cabo el diagnóstico de la infraestructura, ubicar insumos en lugares estratégicos para una distribución oportuna, instalar módulos de atención y asegurar disponibilidad hospitalaria; esperando garantizar su disponibilidad para la atención oportuna e integral.

Impacto

El Programa pretende lograr:

- Que se brinde atención oportuna y adecuada a las necesidades médicas y de salud pública de la población afectada por eventos de interés epidemiológico.
- Que se reduzca la morbilidad y la mortalidad de la población expuesta, mediante la identificación y control de los factores de riesgo propios del evento (falta de agua apta para uso y consumo humano, contaminación de mantos acuíferos, exposición climática, transmisibilidad de un agente determinado, etc.).
- Que se identifiquen oportunamente los brotes de enfermedades transmisibles para implementar, a la brevedad posible, todas las medidas necesarias para controlarlas.
- Que se analice la información derivada de la atención de los desastres y/o urgencias epidemiológicas para tomar las mejores decisiones, informar a las instituciones y a la población sobre las medidas preventivas y de control que deban tomarse.
- Crear una "cultura de la prevención" en materia de desastres y urgencias epidemiológicas.

Coordinación

Dado que en un desastre o en una urgencia epidemiológica se pueden presentar no sólo daños de diversa magnitud y trascendencia en la salud de la población, sino también riesgos de agitación o perturbación social, pérdidas económicas, restricciones comerciales o turísticas impuestas por otras naciones, etc., es necesario que las autoridades de salud, encabezadas por la SSA y sus representaciones estatales y jurisdiccionales, establezcan una coordinación intrasectorial y extrasectorial.

Indudablemente, la principal coordinación será la que se dé entre la SSA en sus niveles federal, estatal y jurisdiccional, con las demás instituciones del Sector Salud (IMSS, IMSS-Solidaridad, ISSSTE, SEDENA, SECMAR, PEMEX, DIF, INI), para brindar una atención adecuada y oportuna a la población afectada por eventos de interés epidemiológico. Es muy importante que se considere la integración de la medicina privada ya sea a través de los colegios o de asociaciones médicas locales.

El Coordinador General del Operativo (titular de los SESA) deberá jugar un papel activo en la concertación y coordinación con las autoridades militares y navales, ya que éstas son las que pueden apoyar el desplazamiento aéreo o marítimo de los equipos de salud e insumos que sean necesarios en las zonas afectadas, así como en el control de los refugios temporales. Es importante que se tenga contacto con las autoridades de la SEP para conocer las condiciones generales de saneamiento de los inmuebles educativos para plantear acciones de saneamiento y coordinar actividades de limpieza (descacharrización, nebulización, etc.) con los maestros, padres de familia y escolares.

La experiencia obtenida en las acciones de atención en 1997, en Acapulco, Gro., después del impacto del huracán "Paulina" y en las ciudades de la Costa de Chiapas, en 1998, han demostrado que es necesario que las instituciones de Salud, en lo general, y la SSA, en lo particular, estén en contacto directo con las autoridades políticas, en especial con las del nivel municipal. El apoyo que brinden dichas autoridades tendrá especial valor sobre todo al realizar acciones de saneamiento en mercados, áreas públicas, etcétera.

Finalmente, no debe minimizarse la coordinación con organizaciones no gubernamentales (religiosas, civiles, deportivas, etc.). Su participación puede facilitar la acción de las instituciones de salud, ya que pueden funcionar como monitores del estado de salud de la comunidad.



IV. Sistema previsto de evaluación y seguimiento



IV. Sistema previsto de evaluación y seguimiento

Metas

Instalación de cuatro COVS, así como reinstalación de 28

- Se programará la reinstalación de los COVS en las 28 entidades federativas que ya cuentan con él, y se programará la instalación de las cuatro entidades faltantes para que instalen y operen los COVS en las 32 entidades.

Cursos

- 64 cursos sobre actualización del programa y manejo de Epi-Desastres.

Personas a capacitar

- 552 personas por año. Capacitar a personas del nivel estatal y jurisdiccional.

Operativos programados

- Semana Santa.
- Peregrinación de Querétaro.
- Frontera Sur.
- Puntos de concentración poblacional.

Indicadores

De resultados

- Atender el 100% de los brotes ocurridos de enfermedad diarreica aguda.
- Enfermedad febril exantemática con énfasis en Dengue clásico y Hemorrágico.
- Paludismo con énfasis en brotes por *P. falciparum*.

De proceso

- Cumplir al menos con el 85% de las metas establecidas en los componentes del programa.
- Atender al 100% de los eventos ocurridos en el país y en los internacionales cuando se solicite la participación mexicana.
- Atender el 100% de eventos de interés epidemiológico.

De rendimiento

- Cubrir el 100% de las localidades afectadas por los eventos.
- Cubrir al menos el 95% de las viviendas afectadas por los eventos.

V. Bibliografía



V. Bibliografía

1. NOM-017-SSA-1994 "Para la Vigilancia Epidemiológica".
2. NOM-016-SSA-2-1994 'Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del Cólera.
3. NOM-012-SSA1-1993 Requisitos sanitarios que deben cumplir los sistemas de abastecimiento de agua para uso y consumo humano públicos y privados.
4. NOM-013-SSA1-1993 Requisitos sanitarios que deben cumplir la cisterna de un vehículo para el transporte y distribución de agua para uso y consumo humano.
5. NOM-127-SSA1-1994 Modificación de la norma oficial mexicana. NOM-127-SSA1-1994, Salud Ambiental. Agua para uso y consumo humano. Límites permisibles de calidad y tratamiento a los que deben someterse el agua para su uso y potabilización.
6. OPS: Administración sanitaria de emergencia con posterioridad a los desastres naturales. Publicación Científica 407, 1989.
7. OPS: Control de vectores con posterioridad a los desastres naturales. Grupo de Trabajo sobre lucha antivectorial a raíz de Desastres Naturales. Publicación Científica 419, 1982.
8. OPS: Health Management of Natural Disasters. Draft Publication 490.
9. OPS: Salud ambiental con posterioridad a los Desastres Naturales. Publicación Científica 430, 1983.
10. Programa de Acción para la Prevención y Control de las Enfermedades Transmitidas por Vector, SSA 2001.
11. Programa de Atención Psicológica en casos de desastre. SSA 2001 (versión preliminar).
12. Seaman, J; Leivesley, S; Hogg C. Epidemiología de desastres naturales. Harla de México, 1989.
13. Secretaría de Gobernación; Coordinación General de Protección Civil: Guía Cartográfica para el levantamiento de riesgos a nivel municipal. Dirección General de Protección Civil, 1998.
14. Secretaría de Gobernación; Coordinación General de Protección Civil. Guía Técnica para la elaboración e instrumentación del Programa Interno de Protección Civil. Dirección General de Protección Civil, 1998.
15. Secretaría de Gobernación; Coordinación General de Protección Civil. Manual de Organización y Operación del Sistema Nacional de Protección Civil. Dirección General de Protección Civil, 1998.
16. Western, K. A. Vigilancia epidemiológica con posterioridad a los desastres naturales. OPS. Publicación Científica 420, 1982.

Programa de Acción: **Urgencias Epidemiológicas y Desastres**

Primera edición: 1000 ejemplares

Se terminó de imprimir en diciembre de 2001



Programa Nacional de Salud 2001-2006

Estrategia

2 Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres



www.ssa.gob.mx