

DIRECTRICES DE ACTUACIÓN PARA BROTES DE CÓLERA



PREPARACIÓN, PREVENCIÓN Y CONTROL

Elizabeth Lamond y Jese Kinyanjui
Junio 2012



OXFAM

Índice

ÍNDICE	2
PREFACIO	5
AGRADECIMIENTOS	5
ABREVIATURAS	6
1. INTRODUCCIÓN	7
1.1 Presentación general.....	7
1.2 Acerca del cólera y sus vías de transmisión	7
1.3 Factores de riesgo.....	8
2. BROTES (NUEVOS) EN PAÍSES NO ENDÉMICOS	11
2.1 Responder a brotes no endémicos	11
3. FASE PREVIA AL BROTE	14
3.1 Preparación ante el cólera y planes de acción (países endémicos).....	14
3.2 Componentes clave de un buen plan de preparación frente al cólera.....	14
4. TRANSICIÓN DESDE LA PREPARACIÓN HACIA UNA INTERVENCIÓN FOCALIZADA	21
4.1 Señales que indican el inicio de un brote de cólera	21
4.2 Evaluación inicial e investigación de un brote.....	22
4.3 Una interpretación rápida de los datos iniciales	23
5. INTERVENCIÓN	26
5.1 Identificar las zonas de alto riesgo.....	26
5.2 Reducir la propagación de la epidemia.....	27
5.3 Mejorar la cantidad y calidad del agua.....	28
5.4 Educación comunitaria sobre higiene centrada en el cólera	29
5.5 Saneamiento	33
5.6 Enterramiento de los cadáveres	34
5.7 Actividades en mercados y otros lugares comunales de reunión.....	34
Fiestas comunales y reuniones públicas	35
6. PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD	37
6.1 Amplia difusión del mensaje	37
Tabla 2: Identificar públicos meta y adaptar los mensajes	37
7. SEGUIMIENTO	39
7.1 Dar seguimiento a las actividades de los programas	39
7.2 Marco de seguimiento	39
8. COORDINACIÓN	41
8.1 Comités de coordinación nacionales y en el terreno.....	41
9. SALIDA DEL PROGRAMA	43
9.1 Vincular la respuesta al cólera con la programación de país	43
9.2 Desarrollar planes de preparación frente al cólera para futuros brotes	43
9.3 Mejorar la capacidad local para asumir la gestión de las actividades de salud pública.....	44
9.4 Incentivar a los ministerios sectoriales a que mejoren la gestión del agua y el saneamiento.....	44
10. RECURSOS	45
Recurso 10.1: Ejemplo de personal de un equipo de respuesta al cólera.....	45
Recurso 10.2: Ejemplos de descripción de puestos para personal de salud pública en materia de cólera.....	47
Recurso 10.3: Ejemplo de una estrategia de cólera modificada - Haití, diciembre de 2010	51
Estrategia IEC para la movilización comunitaria y promoción de la higiene.....	55
Medios de comunicación	55
Distribución de kits de prevención del cólera conformes con las directrices de DINEPA	55
Actividades comunitarias de proximidad.....	55

Formación de trabajadores de proximidad de las comunidades	56
Remuneración	56
Recurso 10.4: Coste y cantidades de kits de prevención del cólera para distribución masiva.....	58
Recurso 10.5: Mapa que muestra los países donde el cólera es endémico.....	59
Recurso 10.6: Lista de control en caso de brote de cólera para directores/as de programa.....	60
Recurso 10.7: Ejemplo de un plan de acción de preparación frente al cólera de Oxfam GB.....	62
Recurso 10.8: Ejemplo de materiales para la educación y la participación comunitaria	66
Recurso 10.9: Kit de apoyo sobre WASH de Oxfam GB para CTC y PRO	77
Recurso 10.10: Directrices sobre higiene, saneamiento y aislamiento en CTC	79
Programas de Oxfam	79
Actividades mínimas en materia de higiene, saneamiento y aislamiento	79
Qué hacer con los cadáveres:	82
Soluciones desinfectantes	82
Recurso 10.11: Directrices para establecer un PRO.....	84
Recurso 10.12: Directrices sobre cloración de cubos	87
Recurso 10.13: Cómo tratar el agua muy turbia	89
Recurso 10.14: Instrucciones para tratar la diarrea utilizando SRO	90
Recurso 10.15: Tratamiento de la diarrea con SSS casera	92
Recurso 10.16: Ejemplo de marco lógico para la prevención y control del cólera – Somalilandia.....	93
Recurso 10.17: Formularios de seguimiento de terreno específicos para el cólera ...	98
Nombre de la localidad: Fecha:.....	98
Recurso 10.18: Encuestas y tablas de valoración para la encuesta sanitaria sobre instalaciones de agua.....	107
Propósito de las encuestas sanitarias sobre instalaciones de agua:.....	107
Valoración del riesgo en los resultados de las encuestas sanitarias.....	107
Tabla de valoración para los resultados de encuestas sanitaria	107
Pasos a seguir cuando una muestra de agua no pasa un test de calidad:.....	107
Recurso 10.19: Ejemplo de síntesis y mapeo de datos	111
REFERENCIAS	114

Lista de gráficos

Gráfico 1: Ejemplo de curva del cólera incluyendo descripción del enfoque clave de los programas.....	10
Gráfico 2: Ejemplo de organigrama en Cabo Haitiano (Haití), 2010	45
Gráfico 3: Un diseño sencillo para un centro de salud pequeño	83
Gráfico 4: Muestras semanales de niveles de cloro en los hogares en el Sector 1B ...	112
Gráfico 5: Casos de cólera por género en el campamento de refugiados del Comité Internacional de Rescate, Kiryandongo (Uganda)	113

Lista de recuadros

Recuadro 1: Cómo se transmite el cólera a través de la vía fecal-oral	8
Recuadro 2: Datos clave sobre el cólera	9
Recuadro 3: Contenido de los kits de prevención del cólera	16
Recuadro 4: Definiciones de casos de cólera que se usan actualmente en el terreno...22	
Recuadro 5: Patrones de las epidemias	25

Recuadro 6: Importancia de mantener la distribución de kits de prevención del cólera – Haití 2010.....	28
Recuadro 7: Mensajes de higiene sobre cloración	29
Recuadro 8: Ejemplo de educación comunitaria sobre higiene en la región de Oromía, Etiopía	30
Recuadro 9: Cuatro mensajes clave de higiene para las comunidades	32
Recuadro 10: Dos mensajes adicionales sobre higiene	33
Recuadro 11: Prevenir la transmisión en los funerales	36
Recuadro 12: Uso de las escuelas para transmitir mensajes sobre el cólera en la región de Oromía, Etiopía	38
Recuadro 13: Términos de referencia – Coordinador del Equipo de Respuesta al Cólera en PHE/PHP	47
Recuadro 14: Términos de referencia – Líder de Equipo de PHE sobre cólera	48
Recuadro 15: Términos de referencia – Líder de Equipo de PHP para el Cólera	49
Recuadro 16: Puntos de rehidratación oral (PRO)	78

Lista de formularios

Formulario 1: Mini encuesta de referencia sobre el cólera sobre conocimiento, actitud y prácticas.....	98
Formulario 2: Seguimiento mensual de PHP en los hogares.....	102
Formulario 3: Después de la distribución de kits de prevención del cólera y para cloración del agua: seguimiento a los hogares	103
Formulario 4: Uso de letrinas en los hogares	105
Formulario 5: Formulario de seguimiento del cloro libre residual.....	106
Formulario 6: Formulario de encuesta sanitaria para pozos abiertos.....	107
Formulario 7: Formulario de encuesta sanitaria para pozos con tanque de almacenamiento, red de tuberías y tomas de agua	110

Prefacio

En un principio, Oxfam GB desarrolló estas directrices para uso interno. Queremos compartir ahora esta publicación con el público externo a modo de prueba, e invitamos a los usuarios a que envíen sus comentarios de cara a futuras versiones. Por favor, envíe sus comentarios, sugerencias o correcciones a policyandpractice@oxfam.org.uk.

Agradecimientos

Esta guía sobre el cólera no habría sido posible sin el apoyo del Departamento Humanitario (HD por sus siglas en inglés). Los autores están profundamente agradecidos a Marion O'Reilly, Andy Bastable y Foyeke Tolani por su apoyo a lo largo de este proyecto. También desean reconocer las valiosas contribuciones de los asesores sobre salud pública en HD, el Prof. Sandy Cairncross de la London School of Hygiene and Tropical Medicine, y Sarah House. Gracias también a Suzanne Ferron y Abigail Laing por la edición del texto, así como a Anna Coryndon, Tom Fuller y Claire Harvey por gestionar su producción y publicación.

Todos los ejemplos utilizados en esta guía se han tomado de los programas de respuesta al cólera en Etiopía, Sudán, Somalia, Haití, Zimbabue y la República Democrática del Congo. Los autores están agradecidos a todos los equipos de estos programas que trabajaron para documentar sus experiencias y compartirlas en esta guía.

Abreviaturas

DLA	Diarrea líquida aguda
CC	Comités comunitarios
TCM	Tasa de casos mortales
CTC	Centro de tratamiento del cólera
UTC	Unidad de tratamiento del cólera
DPD	Dietil-p-fenilenediamina
RRD	Reducción del riesgo de desastres
FRC	Cloro libre residual
HH	Hogares
HTH	Hipoclorito de alta resistencia
PDI	Personas desplazadas internas
IEC	Información, educación y comunicación
IPHD	Base de datos integral de salud pública (de Oxfam GB)
NTU	Unidades nefelométricas de turbidez
PRO	Puntos de rehidratación oral
SRO	Solución para rehidratación oral
PHE	Ingeniero de salud pública
PHP	Promotores de salud pública
SSS	Solución glucosalina
GRS	Gestión de residuos sólidos
WASH	Agua, saneamiento e higiene

1. Introducción

1.1 Presentación general

Esta guía práctica de terreno reúne las lecciones extraídas de las intervenciones anteriores de Oxfam en la prevención y control del cólera, así como otras recomendaciones relacionadas.

Su objetivo es ofrecer una guía rápida para orientar paso a paso las intervenciones en caso de brote de cólera, garantizando que los programas de salud pública sean rápidos, se basen en las comunidades, estén bien adaptados y sean sensibles a las cuestiones de género y a la diversidad. Las orientaciones que aquí se presentan no son exhaustivas –se han diseñado para utilizarse junto con las guías sobre salud pública que ya existen en Oxfam y en el equipo de WASH (agua, saneamiento e higiene, por sus siglas en inglés)–.

Esta guía permitirá tanto a los equipos de salud pública como a los directores y directoras de programas llevar a cabo la preparación necesaria para evitar que ocurran brotes de cólera así como para responder eficazmente en caso de que se produzcan. Se ha diseñado específicamente para adaptarse a la curva de un brote de cólera, describiendo las actividades esenciales en cada fase antes, durante y después del brote. También se puede adaptar para responder a otros brotes de enfermedades relacionadas con el agua y el saneamiento, tales como la fiebre tifoidea, la hepatitis E o la disentería, así como otros brotes diarreicos relacionados con WASH.

La guía se divide en dos partes principales. La primera parte explica cómo diseñar por etapas programas de salud pública específicos para la preparación y respuesta ante el cólera. La segunda parte contiene los anexos, que muestran herramientas de evaluación rápida y de seguimiento, así como ejemplos de planes que se han utilizado en anteriores intervenciones de Oxfam GB. Se señalan los aspectos importantes de los diferentes tipos de brotes –tales como brotes en poblaciones urbanas, en poblaciones rurales dispersas, en campamentos y en caso de inundación–.

1.2 Acerca del cólera y sus vías de transmisión

El cólera es una enfermedad diarreica causada por una infección bacteriana del intestino. La bacteria es la *vibrio cholerae*, que puede ser de tipo O1 u O139. Puede infectar tanto a niños como a adultos.

Sólo en torno al 20 por ciento de las personas infectadas desarrolla una diarrea líquida aguda (DLA), y entre el 10 y el 20 por ciento desarrolla una diarrea líquida grave con vómitos. Si las personas no se tratan de forma rápida y adecuada, la pérdida de grandes cantidades de fluido y sales a través de la diarrea y el vómito puede conducir a una deshidratación grave y a la muerte en el transcurso de horas. Si no se trata, la tasa de casos mortales (TCM) puede llegar al 30-50 por ciento.

Los síntomas del cólera son normalmente una aparición repentina de deposiciones líquidas abundantes e indoloras, a veces parecidas al agua de arroz, y la deshidratación, que se da en las siguientes 12-24 horas. Las primeras 24 horas tras la manifestación del cólera son las más peligrosas, y el paciente puede morir si no se rehidrata.

El cólera se suele transmitir a través del agua, las manos o los pies contaminados fecalmente, y es un riesgo permanente en muchos países. Se pueden producir nuevos brotes esporádicamente cuando el abastecimiento de agua, el saneamiento, la seguridad alimentaria y la higiene no son los adecuados. Los mayores riesgos se dan en comunidades superpobladas, poblaciones desplazadas y asentamientos de refugiados, que se caracterizan por un deficiente saneamiento, la falta de agua potable segura y un mayor contacto entre las personas. Dado que el período de incubación es muy corto (de dos horas a cinco días), el número de casos puede aumentar muy rápidamente (ver [Recuadro 1](#) y [Recuadro 2](#)).

El tratamiento es sencillo (básicamente rehidratación), y debería mantener la tasa de casos mortales por debajo del 1 por ciento. En los casos graves, un antibiótico eficaz puede reducir el volumen y la duración de la diarrea así como el período de excreción de la bacteria. Existen vacunas disponibles para proteger contra el tipo de cólera O1. Sin embargo, se debería poner mayor énfasis en la promoción de salud pública, la prevención por medio del uso de agua y alimentos seguros y el saneamiento ambiental.

El cólera no sólo afecta a la salud, sino también a la economía y los medios de vida, a través de los costes de los cuidados curativos y preventivos y de otros costes indirectos tales como la pérdida de producción y los posibles embargos al comercio y el turismo.¹

Recuadro 1: Cómo se transmite el cólera a través de la vía fecal-oral

Agua y/o alimentos contaminados: aunque en el pasado se ha acusado al marisco y el pescado, es menos frecuente que con alimentos crudos o poco cocinados.

Transmisión de persona a persona: es el medio de infección más común, principalmente a través del contacto directo con manos contaminadas.

Los cadáveres de pacientes de cólera son muy infecciosos a través de los fluidos corporales –el contacto físico durante las ceremonias funerarias es también uno de los medios principales–.

Centros de tratamiento de cólera: pueden constituir fuentes de contaminación si las medidas de higiene/saneamiento y aislamiento son inadecuadas.

1.3 Factores de riesgo

a) **Condiciones de vida inestables y un entorno social y económico pobre,** asociados con:

- insuficiente suministro de agua (en cantidad y calidad);
- saneamiento e higiene deficientes;
- alta densidad de población –los campamentos de refugiados/personas desplazadas internamente (PDI) y las poblaciones urbanas en barrios marginales son altamente vulnerables–;

¹ Las investigaciones acerca de las prohibiciones relacionadas con los enormes brotes de cólera en 1991 y 1998 han llevado a la conclusión de que es poco probable que se impongan prohibiciones siempre y cuando se apliquen las medidas de higiene acordadas. Sudáfrica, por ejemplo, sufrió también un gran brote, pero no se aplicó restricciones al turismo ni al comercio. (House 2008).

- vulnerabilidad – las mujeres embarazadas, los niños menores de cinco años y las personas con inmunodeficiencias (como los pacientes de VIH/SIDA) tienen un riesgo mayor.
- b) **Otras enfermedades y condiciones subyacentes:** La malnutrición y las enfermedades crónicas tales como la tuberculosis y el SIDA, entre otros, pueden aumentar la incidencia del cólera.
- c) **Género:** Las mujeres suelen tener mayor riesgo de padecer el cólera que los hombres porque tienden a ocuparse del cuidado de las personas enfermas que están en el hogar y puede que no sean conscientes de las precauciones necesarias para evitar la transmisión.
- d) **Factores ambientales y estacionales:** Las epidemias de cólera suelen comenzar al final de la estación seca o al comienzo de la estación lluviosa, cuando las fuentes de agua escasean y se vuelven salobres y/o muy contaminadas. La reducción en el recurso hídrico a menudo obliga a la población a concentrarse en torno a menos fuentes de agua, lo que incrementa el riesgo de contaminación y transmisión. Las fuertes lluvias también pueden disparar un brote de cólera, por ejemplo cuando el agua contaminada de los sistemas de tratamiento de aguas residuales, las letrinas y los tanques sépticos que se inundan contamina los pozos poco profundos y se filtra a las tuberías o a otras fuentes de agua no protegidas.

Recuadro 2: Datos clave sobre el cólera

Período de incubación

Dura entre unas pocas horas y cinco días -lo más común es de dos a tres días-.

Período de contagio

Las personas infectadas (con o sin síntomas) pueden portar y transmitir la bacteria durante las semanas 1 a 4; un pequeño número de individuos pueden ser portadores sanos durante varios meses.

Características

- El cólera es una enfermedad extremadamente contagiosa que puede transmitirse con gran facilidad. Las comunidades donde las personas se mueven mucho, reuniéndose, dispersándose, etc., pueden importar y exportar casos a nuevas áreas con gran rapidez.
- Todos los tipos de cólera se caracterizan por una diarrea líquida aguda y vómitos.
- La deshidratación se produce muy rápido y puede provocar la muerte si no se trata rápidamente.
- Un entorno pobre social y económicamente aumenta el riesgo de brote de cólera.
- Los desplazamientos de la población y los campamentos de refugiados constituyen situaciones de alto riesgo.

Fuente: Adaptado de Bauernfeind et al. (2004)

Gráfico 1: Ejemplo de curva del cólera incluyendo descripción del enfoque clave de los programas

Fase endémica 1/pre-brote

Presencia de un reservorio de cólera
Algunos casos constantes/esporádicos
Enfoque del programa: actividades de preparación y preventivas

Fase ascendente de la epidemia

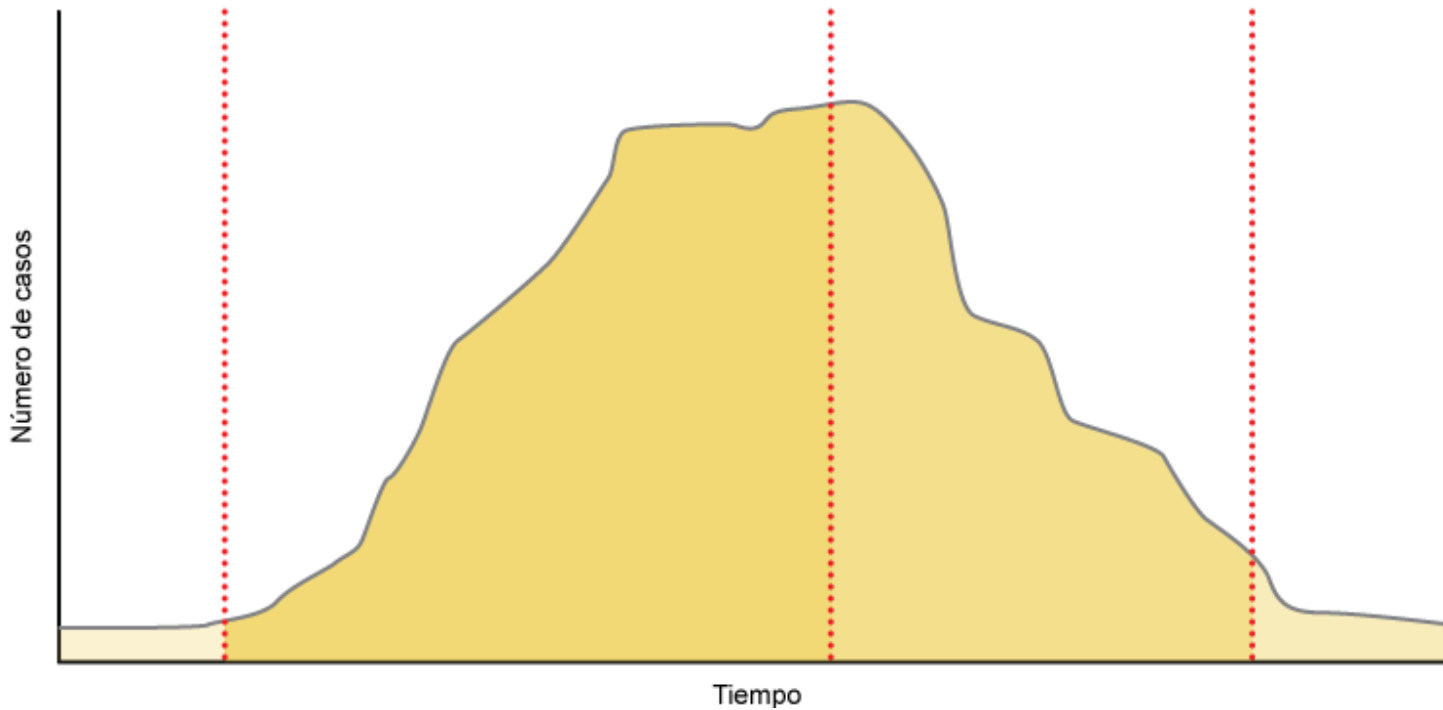
Casos en aumento
Objetivo inmediato: reducir la tasa de mortalidad
Enfoque del programa: restringir el brote a las áreas activas, actividades preventivas en zonas de riesgo no afectadas

Fase de descenso de la epidemia

Casos en descenso
Objetivo inmediato: reducir la tasa de ataque
Enfoque del programa: rehabilitación, recuperación y actividades de formación comunitaria

Fase endémica 2/post-brote

Niveles más altos que en la fase endémica 1 debido a la transmisión de persona a persona
Objetivo inmediato: revertir la situación a niveles anteriores al brote
Enfoque del programa: rehabilitación, recuperación y actividades de formación comunitaria



2. Brotes (nuevos) en países no endémicos

En los últimos años, se han producido brotes de cólera en países sin un historial previo de tales brotes, como en el caso de Haití en octubre de 2010. No se habían registrado casos de cólera en Haití desde 1910, y por lo tanto el país no se consideraba en alto riesgo de sufrir brotes. Los nuevos brotes en países no endémicos tienden a ser más explosivos y con mayores tasas de mortalidad al inicio debido a la falta de resiliencia de la comunidad y de conocimientos sobre cómo prevenirlos.

Cuando se produce un brote de cólera en un nuevo país, los ministerios del gobierno (de salud, agua y educación) no están preparados y cuentan con limitado conocimiento y comprensión sobre cómo abordar la situación. Muchas otras instituciones, tales como los órganos de la ONU y las ONG, tampoco están preparadas, lo que dificulta el control en las críticas etapas iniciales del brote. Esta sección describe las medidas esenciales que es necesario adoptar inmediatamente después de la aparición de un brote en un país no endémico.

2.1 Responder a brotes no endémicos

Una vez que Oxfam GB haya decidido responder a un nuevo brote de cólera, se deben poner en marcha las siguientes acciones lo antes posible:

a) **Desplegar personal con experiencia en cólera para iniciar rápidamente la respuesta**

Las lecciones extraídas de Haití revelan que pocos responsables de programas de emergencia o empleados de salud pública disponen de experiencia de primera mano para iniciar y gestionar una respuesta a un brote de cólera. Por lo tanto, cuando sea posible, se debe movilizar al menos a una persona con experiencia en salud pública y cólera durante los meses iniciales del brote. Esto reduce el tiempo que se tarda en establecer una estrategia clara y constituye un recurso valioso para Oxfam GB a la hora de dirigir la coordinación nacional y diseñar la estrategia nacional de prevención del cólera en las reuniones de coordinación de WASH (agua, saneamiento e higiene).

b) **Diseñar un organigrama inicial y un plan de contratación de recursos humanos** (incluyendo un equipo de respuesta al cólera, cuando sea necesario)

Los brotes de cólera requieren intervenciones rápidas. En muchos casos, esto sólo es posible si hay suficiente personal en el terreno disponible rápidamente para satisfacer las necesidades inmediatas. Como sucede en muchas emergencias súbitas, lleva tiempo contratar al personal masculino y femenino adecuadamente preparado. A menudo se asigna a generalistas a puestos que requieren una serie de habilidades específicas. Resulta esencial definir de manera adecuada el conjunto de habilidades correctas y el número real de personal necesarios y poner en marcha lo antes posible un plan de recursos humanos adecuado. Esto reducirá la frustración y la carga sobre los equipos de país que se espera afronten el nuevo brote.

También es importante contar con un buen número de promotores de salud (PHP, por sus siglas en inglés) en las primeras semanas de la respuesta. Cuando sea posible, se debería contratar personal masculino y femenino a partes iguales para garantizar que también se atiende de forma eficaz a los miembros femeninos de la comunidad. La mayoría de los programas de respuesta al cólera se centran principalmente en generar mayor conciencia y distribuir artículos básicos no alimentarios, lo que requiere mucho

personal. El número de PHP puede reducirse fácilmente, de ser necesario, a medida que evolucione el programa de respuesta al brote para estar más en línea con las políticas de personal de Oxfam GB.

Resulta esencial contar con un pequeño equipo dedicado exclusivamente a la distribución masiva de kits básicos de prevención del cólera. Esto permitirá al equipo central de PHP concentrarse en la selección y formación de educadores comunitarios masculinos y femeninos, establecer los vínculos, formar a los funcionarios del Ministerio de Salud y garantizar que comiencen rápidamente las campañas en los medios de comunicación.

El [Recurso 10.1](#) es un ejemplo de organigrama, adaptado de su uso original en Haití en 2010. En el [Recurso 10.2](#) se incluyen ejemplos de términos de referencia para personal de salud pública.

c) **Desarrollar una estrategia básica frente al cólera**

Una vez que se toma la decisión de intervenir, es fundamental desarrollar una estrategia clara y eficaz lo antes posible y enviarla a todo el personal involucrado en el control del brote. El propósito de dicha estrategia es clarificar lo que Oxfam GB hará y no hará para reducir y controlar el brote de cólera en sus zonas de intervención. Debe ser concisa y lo suficientemente flexible como para permitir cambios a medida que el brote se desarrolle.

El [Recurso 10.3](#) es una versión modificada de la estrategia para el cólera en Haití.

d) **Asegurar fondos inmediatos para proporcionar materiales esenciales y personal adicional**

Todos los programas de control del cólera son caros, por lo que resulta fundamental asegurar inmediatamente los fondos para proporcionar materiales esenciales como bolsas para el tratamiento doméstico del agua, soluciones de rehidratación oral (SRO) y materiales para puntos o esquinas de rehidratación oral (PRO); así como para imprimir materiales informativos, educativos y de comunicación (IEC) y para distribuir mensajes clave sobre higiene por radio u otros medios de comunicación masiva.

Durante el brote en Haití, una de las actividades más eficaces que contribuyó a controlar el cólera fue la distribución masiva de kits para su prevención. Se debería ser flexible acerca de durante cuántos meses debería realizarse este tipo de distribución. En Haití, el reparto mensual se llevó a cabo entre tres y cinco meses, según el análisis de las estadísticas del cólera en cada provincia. Se aconseja que, como **mínimo**, se presupuesten tres distribuciones mensuales para cada brote, especialmente en países no endémicos.

El kit de prevención del cólera en Haití (concebido para una familia de cinco personas) consistió en el reparto mensual de jabón de manos, bolsas de cloro suficientes para tratar hasta 40 litros de agua potable y dos bolsas de SRO. En el [Recurso 10.4](#) se muestra un ejemplo de las cantidades y el coste de los kits masivos de prevención del cólera.

Nótese que las bolsas de SRO sólo deberían proporcionarse durante el primer mes de distribución, ya que los PRO locales son más rentables para entregar materiales de rehidratación. La entrega de SRO inicialmente durante el primer mes tiene como

objetivo ganar tiempo mientras se adquieren materiales y el personal de PHP establece PRO.

- e) **Donde no se hayan dado brotes de cólera con anterioridad, planificar un programa de respuesta de seis meses**

Una respuesta de seis meses resulta especialmente importante si no hay en marcha o no ha habido previamente programas de salud pública de Oxfam GB en las zonas afectadas por el cólera. Para más información, consultar la [Sección 6](#) y el [Recurso 10.6](#).

3. Fase previa al brote

3.1 Preparación ante el cólera y planes de acción (países endémicos)

Las intervenciones recientes en brotes de cólera enseñan que la mayoría de las respuestas han adoptado un enfoque reactivo ante la prevención y control del cólera. Con frecuencia, cuando las intervenciones no se han coordinado o cuando no se ha adoptado un enfoque multi-sectorial, no se ha logrado evitar la ocurrencia o la recurrencia de brotes. El resultado ha sido una alta tasa de morbilidad y mortalidad.

Con el fin de asegurar un enfoque más proactivo en la respuesta al cólera, esta guía especifica que en los países donde la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el cólera es endémico, los programas de Oxfam GB **deben** contar con planes “activos” de preparación y puesta en marcha frente al cólera.

El cólera endémico existe cuando la bacteria del cólera está presente en el ambiente y la infección de la población humana se produce de manera constante y a largo plazo. La OMS normalmente establece que si ocurre un nuevo brote de cólera y está presente de forma constante durante un año, entonces el país se clasifica como “endémico” para el cólera. En el [Recurso 10.5](#) se muestra un mapa con los países donde el cólera se considera endémico.

Los planes de preparación frente al cólera deben orientar tanto al personal técnico como a la dirección acerca de sus funciones y responsabilidades. También deben establecer lo que se necesita llevar a cabo antes de que llegue la estación de brotes de cólera, con el fin de evitar la enfermedad y las muertes tanto como sea posible en caso de que se produzca un brote. En los países donde el cólera no es endémico, se debe poner en marcha un plan de preparación al finalizar la primera respuesta al brote.

Un buen plan de preparación frente al cólera debe definir los planes para llevar a cabo actividades preventivas más intensas al menos durante los dos meses previos a la estación propicia para el cólera. En el [Recurso 10.7](#) se presenta como ejemplo un plan que fue desarrollado en Darfur.

3.2 Componentes clave de un buen plan de preparación frente al cólera

a) Involucrar a las partes interesadas

- Involucrar a las partes interesadas clave, como los ministerios de Salud, los órganos de Naciones Unidas (UNICEF, OMS), las instituciones donantes y las de puesta en marcha; y, cuando sea posible, los líderes comunales masculinos y femeninos para trabajar en un plan común de prevención del cólera y en los planes de preparación y control. Esto se puede hacer a través de espacios que ya existan, como las reuniones de coordinación de WASH. Cuando no haya estructuras relevantes para la coordinación del cólera, Oxfam GB debería promover su creación y, de ser necesario, liderar este proceso en coordinación con los gobiernos y las agencias de la ONU.
- Utilizar el plan de preparación para cartografiar las zonas más afectadas y definir las acciones clave a poner en marcha. Esto puede basarse en las lecciones extraídas de anteriores brotes de cólera. Debe incluir un plan de aplicación que especifique quién hace qué y dónde, designar una organización líder y ponerse de acuerdo acerca de los mecanismos de rendición de informes y de seguimiento. El plan también debe identificar los

recursos necesarios y las necesidades de financiación, los cuales deberían debatirse con los donantes.

- En los entornos urbanos, es necesario involucrar a las autoridades locales y tener en cuenta las ordenanzas municipales existentes. Esto puede implicar debatir sobre cómo se aplicarán algunas de las ordenanzas durante el brote, como por ejemplo no excavar letrinas en áreas urbanas.

b) Comprender las fuentes de contaminación del cólera y los factores que la aceleran (tanto en países endémicos como nuevos)

- Utilizar los datos para garantizar que las decisiones se basen en pruebas específicas. Entre los principales retos al desarrollar la preparación se encuentran: obtener datos fiables de vigilancia, lograr un compromiso político y garantizar que la comunidad participe en los enfoques de prevención del cólera y respuesta a los brotes.
- Justificar los pasos planificados en la prevención o la respuesta recurriendo a las pruebas. Los coordinadores de salud pública y el personal necesitan conocer el foco inicial del cólera en un contexto determinado, las principales vías de transmisión cuando llega, y en qué medida las actividades anteriores de prevención y de respuesta han resultado exitosas. Esto permitirá al grupo de coordinación del cólera defender los enfoques de prevención y respuesta más adecuados.
- Con el fin de desarrollar esta comprensión, establecer mecanismos comunes para la recogida y análisis de datos desagregados por género y edad, que incluyan una cartografía de los casos de cólera (lugar y prácticas sanitarias) así como una cartografía ambiental sobre el cólera.

c) Identificar, solicitar y situar en el terreno las reservas de contingencia básicas

- Solicitar al menos el equivalente al 10 por ciento por encima de las necesidades totales habituales de artículos básicos (cloro, jabón, bidones de agua, SRO, pastillas purificadoras de agua, etc.) y situarlos en el lugar adecuado como parte del plan de preparación.
- Verificar las reservas de artículos esenciales y realizar los pedidos para cubrir los déficits (esto debería incluir lo que está disponible en los ministerios de Salud y en otras organizaciones, como por ejemplo UNICEF).
- Situar los artículos esenciales en o cerca de las zonas generalmente más afectadas para garantizar su rápida entrega. Entre esos artículos se encuentran los siguientes:
 - kits de prevención del cólera (ver el [Recuadro 3](#));
 - bolsas de SRO adicionales – al menos 400 bolsas por mes para cada PRO,
 - jabón adicional y Aquatabs para PRO
 - equipo de WASH:
 - materiales para letrinas de emergencia (en caso necesario);
 - materiales para letrinas en centros de tratamiento del cólera (CTC en inglés);
 - instalaciones para el lavado de manos;
 - cal clorada;
 - hipoclorito de alta resistencia (HTH en inglés) en grano;
 - grandes reservas de jeringuillas de 2ml (para puntos de cloración de agua);
 - bidones (para las reservas de solución al 1 por ciento para puntos de cloración de agua);

- tratamiento combinado de agua (PUR)/pastillas de cloro;
 - pruebas para el agua;
 - cajas de pastillas de dietil-p-fenilenediamina (DPD en inglés) No. 1;
 - Repuestos de DelAgua;
 - guantes plásticos desechables y delantales de plástico para las actividades en el punto de cloración de agua;
 - mascarillas, guantes de caucho de alto grosor/industriales y delantales de plástico desechables para preparar las reservas de solución al 1 por ciento en los puntos de cloración de agua.
 - bidones para la distribución a los hogares (uno por cada cuatro hogares);
 - material adicional para PRO: jarras de un litro, cucharas y bidones de 20 litros;
 - herramientas para el manejo de desechos sólidos (en caso necesario);
 - carteles y folletos de IEC sobre el cólera probados anteriormente.
- Considerar de antemano cómo se van a distribuir esos artículos. Lo ideal es que los materiales para las familias se entreguen a la persona que se ocupa de los cuidados (normalmente las mujeres). También se debe proporcionar información sobre el uso de artículos poco comunes. Asimismo, se deben incluir en el proceso de planificación las estrategias para el seguimiento posterior a la distribución y para recabar las opiniones tanto de los hombres como de las mujeres que han recibido materiales.

Recuadro 3: Contenido de los kits de prevención del cólera

- Folletos con instrucciones sobre la dosis correcta de Aquatabs que hay que añadir a 20 litros de agua (ver más adelante)
 - 250 g de jabón de manos por persona y mes (aplicando un estándar de 5 personas por familia = 1,25 kg de jabón de manos)
 - Dos bolsas de SRO
 - Productos para el tratamiento del agua suficientes para permitir un mínimo de 40 litros de agua potable por familia y día. Tener en cuenta las distintas concentraciones de las pastillas Aquatabs suministradas por Oxfam:
- 17 mg/l = 240 pastillas (24 tiras para un mes) = 4 pastillas/20 litros**
- 33 mg/l = 120 pastillas (12 tiras para un mes) = 2 pastillas/20 litros**
- 67 mg/l = 60 pastillas (6 tiras para un mes) = 1 pastilla/20 litros**

d) Sensibilización

- Se debería ofrecer formación sobre el cólera para el personal de Oxfam y otros socios, centrada en las medidas de prevención que el personal puede adoptar a nivel personal para protegerse a sí mismos durante un brote.
- Toda la formación debe estar adaptada al público al que va dirigida y no tener un mismo formato general para todos. Se debe tener en cuenta cómo llegar de forma eficaz a los diferentes grupos meta.
- Es necesario asegurarse de que todos los equipos de PHP y de ingeniería sobre salud pública (PHE en inglés) reciban tanto formación introductoria como de repaso sobre la prevención y control del cólera.
- Rediseñar/rehacer los materiales/enfoques de IEC cuando sea necesario, adaptándolos a las actividades comunitarias específicas orientadas a prevenir las enfermedades diarreicas. Los materiales y actividades deben incorporar los mensajes clave para sensibilizar acerca de cómo reducir las posibles vías de transmisión del cólera, preparar a los diversos grupos

meta para que hagan todo lo posible con lo que tengan a su disposición para prevenir y contener la propagación del cólera. Por ejemplo, las madres y los curanderos tradicionales pueden aprender cómo preparar SRO utilizando materiales locales (en caso de ser aceptado por el Ministerio de Salud) y los líderes comunales pueden aprender acerca del registro y comunicación de los casos del cólera, así como sobre acciones de prevención del cólera que puedan llevar a cabo los miembros de la comunidad. Los nuevos enfoques deben incluir estrategias para involucrar/llegar a todos los grupos de mayor riesgo, entre ellos las mujeres y los niños y niñas.

- Llevar a cabo una formación comunitaria más intensa para garantizar que las comunidades estén informadas y participen en la prevención de brotes de cólera. La formación debe ser rápida y emplear todos los medios/enfoques posibles para asegurar la máxima cobertura. Involucrar a las estructuras comunitarias existentes, tales como los líderes religiosos, los grupos de mujeres y las escuelas.

e) Garantizar un suministro de agua salubre

- Garantizar que toda el agua consumida en los hogares contenga 0,5 mg por litro de cloro libre residual. Se debe poner especial atención al agua transportada en camiones cisterna, bolsas y grandes tanques de almacenamiento, así como a las redes de almacenamiento, donde el cloro residual puede llegar a 0,8-1 mg/l.
- Identificar las fuentes de agua estratégicas en las áreas más afectadas por el cólera y llevar a cabo encuestas sanitarias para priorizarlas en el proceso de rehabilitación (si está en marcha) o incluirlas en él. Ver el [Recurso 10.18](#) sobre cómo realizar encuestas sanitarias.
- Promover prácticas de manejo del agua apta para el consumo, por ejemplo organizar campañas masivas para la limpieza de los tanques de almacenamiento y los bidones.
- Incrementar la cantidad de agua salubre suministrada a las zonas más afectadas por el cólera (en caso necesario), en coordinación con los suministradores locales de agua y los ministerios pertinentes. Para evitar falsas expectativas, es importante informar a las comunidades de que Oxfam GB no va a resolver los problemas relacionados con el agua a largo plazo. Dado que todas las intervenciones relacionadas con el agua durante un brote de cólera son medidas temporales que contribuyen a evitar la propagación del cólera, no sería adecuado introducir grandes sistemas de redes de distribución de agua donde no existían antes. También es importante no establecer sistemas de distribución de emergencia, tales como el transporte de agua en camiones o los tanques/bolsas de almacenamiento de agua, sin una estrategia de salida adecuada.
- Continuar con los análisis rutinarios de la calidad del agua en las fuentes, especialmente en los hogares.
- En las bombas manuales y/o pozos, que resulten difíciles de clorar directamente, se deben llevar a cabo campañas de cloración y limpieza de cubos cuando no sea conveniente distribuir a los hogares bolsas para el tratamiento del agua.
- Asegurarse de que haya controladores de la concentración de cloro disponibles para llevar a cabo tareas de seguimiento y apoyo en cada sección de los campamentos o comunidades en las áreas más afectadas. Cuando sea posible, identificar el mismo número de controladores masculinos y femeninos.

f) Garantizar una eliminación de excrementos segura

La construcción de letrinas, aunque sea importante para romper la vía de transmisión fecal-oral, no siempre es factible en medio de una epidemia; consume tiempo, requiere recursos y tiene un impacto menos inmediato en la contención del brote de cólera. Por ello, se debe tener un especial cuidado a la hora de garantizar que la construcción de letrinas sea una actividad adecuada durante los tres primeros meses de una respuesta al cólera. Si se dispone de financiación para continuar los programas desde el programa de control del brote hasta una fase posterior/de rehabilitación sería definitivamente más adecuado mejorar la cobertura de letrinas en esta etapa para atender otros brotes de cólera en el futuro.

En Haití, en 2010/2011 se construyeron letrinas familiares compartidas y semi-permanentes en determinadas aldeas en las que la población defecaba en el río que utilizaban como única fuente de agua potable. Se estimó que las altas tasas de cólera en estos lugares no se controlarían hasta que no se contase con un método más adecuado de eliminación de las heces.

Las siguientes recomendaciones solo son adecuadas para campamentos y asentamientos de personas desplazadas:

- Realizar una encuesta rápida sobre la cobertura de letrinas para estimar su número y ubicación e identificar las áreas con mayor déficit de cobertura.
- Acelerar los trabajos pendientes de reparación/reubicación de letrinas que no se hayan realizado adecuadamente en las zonas más afectadas.
- Incrementar el número de letrinas en uso, asegurándose de que se tienen en cuenta adecuadamente los requisitos de dignidad y seguridad de mujeres, hombres, niñas y niños. También es importante pensar en las personas mayores y con discapacidad. Las letrinas pueden ser instalaciones temporales de emergencia.
- Promover la aplicación por aspersión de cal clorada y/o cenizas cada noche en las letrinas para neutralizar los olores y reducir la presencia de moscas.
- Añadir una o dos cucharadas de cal clorada a las letrinas antiguas antes de clausurarlas.
- En los asentamientos urbanos, exigir a las autoridades que desatasquen o reparen los sistemas de alcantarillado dañados, especialmente en los asentamientos con más concentración de personas, como los barrios marginales.
- Se pueden construir servicios sanitarios comunales de emergencia para incrementar el número de letrinas. Cuando sea posible, sobre todo en asentamientos urbanos, los servicios sanitarios deben conectarse a los tanques sépticos existentes o a los sistemas de alcantarillado.
- Movilizar a la población del campamento para que efectúe tareas de mantenimiento de estas instalaciones, pudiendo ser necesario pagar a hombres y mujeres para que se encarguen de las letrinas durante el período del brote para así garantizar su limpieza.
- Garantizar que existan lugares para lavarse las manos junto a las letrinas comunales.

i) Mercados y otros lugares de reunión y actividades comunales

- Realizar campañas para promover la higiene del agua y los alimentos así como el lavado de manos por parte de los propietarios de puestos y trabajadores en el mercado, especialmente dirigidas hacia los puestos de comida.
- Contemplar la posibilidad de ofrecer formación a los vendedores de alimentos, las personas que trabajan en el mercado y el personal de los comedores (o de cocinas comunales) sobre cómo prevenir la propagación del cólera.
- Buscar el apoyo de los líderes religiosos, así como de otros líderes masculinos y femeninos de comités de la comunidad/campamento para asegurarse de que en las zonas comunales, especialmente en los lugares de venta de comida, se mantienen unas condiciones higiénicas.
- Utilizar medios de comunicación aceptados localmente para sensibilizar a la comunidad acerca de las implicaciones de la higiene en asuntos delicados, como la entrega de alimentos en los funerales (que podría ser necesario prohibir temporalmente).

j) Seguimiento de casos activos

Consultar la Sección 7 para más detalles sobre el seguimiento de programas.

- El personal de PHP debería recopilar información desglosada sobre los casos de diarrea en las comunidades y mantener un contacto regular con los servicios de salud para contrastar los datos de la comunidad con los datos de clínicas y hospitales al menos dos meses antes de la estación más propicia para que se dé un brote. Mostrar en un gráfico la incidencia semanal de casos de diarrea (tanto diarrea sanguinolenta como diarrea líquida aguda) puede ayudar a detectar las tendencias de aumento tan pronto como ocurran.
- Sintetizar los datos de forma simple y visual para destacar los cambios de tendencia. El ejemplo en el [Recurso 10.19](#) muestra cómo con técnicas sencillas se puede proporcionar información para la preparación y la transición a la fase de aplicación total de medidas para controlar la enfermedad.
- Utilizar los datos de seguimiento para mejorar la comprensión de las fuentes del cólera y de los factores que exacerban los brotes, así como para mostrar la eficacia de determinadas intervenciones. Un mejor aprendizaje ayudará a orientar mejor la respuesta a futuros brotes.
- Compartir todos los datos de seguimiento con los equipos de PHE para garantizar que estén preparados y sean conscientes cuando se dé un brote inminente.
- Cuando sea posible, desglosar los datos según sectores o zonas demarcadas dentro del campamento, aldea o según “zonas” dentro de un barrio marginal o asentamiento urbano. Los programas de salud pública reúnen muchos tipos de datos diferentes semanalmente, o incluso diariamente. Esta información no parece de gran utilidad en un principio, hasta que se relaciona con el contexto general” y se visualizan los resultados.
- Relacionar los datos con el contexto general y con otros datos para ayudar a identificar zonas problemáticas y mostrar dónde es necesario intensificar determinadas actividades. Por ejemplo, si un sector tiene unas tasas altas de bacterias en el agua potable almacenada en los hogares, entonces es importante identificar el punto del que esos hogares toman el agua. Los análisis de todos los puntos de abastecimiento de agua se pueden relacionar con los análisis

del agua en los hogares para ver si existe una correlación entre las fuentes que no funcionan o si se trata de un problema de higiene (el agua se contamina después de haberse recogido). Es fundamental relacionar diferentes conjuntos de datos cuando hay una serie de casos de diarrea en aumento, o aún más importante cuando se está ante una estación en la que se espera un brote de cólera. La forma más fácil de hacer esta relación es visualmente, simplemente añadiendo los diagramas a un “mapa”. Cuanto más sencillos sean el mapa y los gráficos, más fácil será para cualquier persona en el programa entender la información y actuar en consecuencia.

- Para garantizar una preparación adecuada frente al cólera, es necesario asegurarse de que las organizaciones se reúnan con mayor frecuencia cuando se aproxima la estación más propicia para los brotes. Sería conveniente que estas reuniones se celebrasen una vez por semana antes del momento “habitual” del brote, para compartir datos, poner en común los recursos e identificar las carencias.

4. Transición desde la preparación hacia una intervención focalizada

4.1 Señales que indican el inicio de un brote de cólera

Según la OMS, existe un brote de cólera clínicamente confirmado cuando la tasa de casos mortales es del 1 por ciento. Por ejemplo, si 1.000 personas en el campamento de Kalama, en el Sur de Darfur, son diagnosticadas con cólera, al menos 10 personas tienen que morir a causa de la enfermedad antes de que la situación se considere como un brote y se lance una respuesta de emergencia. Para las organizaciones que participan en los aspectos preventivos de control de un brote, esto supone un retraso demasiado grande, y para ese momento el brote se habrá extendido rápida y ampliamente. Tan pronto como se informe sobre casos de sospecha de cólera se deberían poner en marcha medidas de mitigación. Ver el [Recuadro 4](#) para las definiciones de casos de cólera y la Sección 4.2 para la definición de brote.

Oxfam GB **no debe** esperar a que la tasa de casos mortales alcance los niveles que define la OMS para intensificar sus actividades de salud pública, ya que esto implicaría que demasiadas personas podrían morir o morirían y el brote sería más difícil de controlar.

Con el fin de garantizar una respuesta rápida y focalizada, Oxfam GB utilizará cualquiera de los tres indicadores siguientes para llevar a cabo una valoración inicial y una investigación del brote con miras a lanzar una intervención completa:

- **Nivel de la tasa de incidencia² para los casos de diarrea en el zona definida:** la OMS establece que si la población vive en zonas donde el cólera es endémico tales como la República Democrática del Congo, donde el saneamiento es deficitario, una tasa de incidencia del 0,6 por ciento debería impulsar actividades de salud pública para avanzar desde la sensibilización hacia un “modelo de implementación ante el brote”.
- **El número de casos de diarrea presentados y tratados en clínicas:** si las cifras de morbilidad (es decir, el número de casos) son constantes (no fluctúan) pero aumenta el número de muertes atribuidas a la diarrea, esto puede indicar un posible brote de cólera. No obstante, hay que señalar que esta información en sí misma no indica DLA o brotes de cólera; todas las muertes por diarrea deberían investigarse.
- **Muerte o deshidratación grave por DLA:** si cualquier persona de cinco años o más muere a causa de una DLA o desarrolla deshidratación severa, esto podría considerarse como el primer indicador de cólera en la zona, y por tanto el posible inicio de un brote. Los equipos médicos deberían enviar muestras rectales al laboratorio más cercano para confirmar la especie de *Vibrio cholera* (la bacteria del cólera).

² La tasa de ataque se calcula dividiendo el número total de personas con diarrea entre la población total multiplicada por 100.

Recuadro 4: Definiciones de casos de cólera que se usan actualmente en el terreno		
Definición estándar de la OMS²	En una zona donde se supone que la enfermedad no está presente	Un paciente de cinco años o más desarrolla deshidratación severa o muere a causa de diarrea acuosa aguda.
	En una zona donde existe una epidemia de cólera	Un paciente de cinco años o más desarrolla diarrea acuosa aguda, con o sin vómitos
Definición de Médicos sin Fronteras³	En una zona donde existe una epidemia de cólera	Cualquier paciente presenta tres o más deposiciones líquidas y/o vómitos durante las últimas 24 horas

4.2 Evaluación inicial e investigación de un brote

Evaluación rápida de la salud pública

Tan pronto como exista la sospecha de un brote de cólera y un programa pase del modo de preparación al de intervención, se debería llevar a cabo una evaluación rápida de salud pública con el fin de verificar si se está produciendo realmente una epidemia, y si es así, responder a ella. Esta evaluación debe ser tan rápida y focalizada como sea posible. Para garantizar la estandarización de las herramientas de valoración y la integración con otros datos existentes/futuros, es aconsejable utilizar la nueva Base de Datos de Salud Pública (IPHD en inglés) de Oxfam GB para diseñar las herramientas de recolección de datos, introducir los datos y hacer los análisis necesarios. Se puede acceder a la IPHD desde la intranet de Oxfam GB.⁴

Deberían establecerse mecanismos de vigilancia en los campamentos de refugiados o en los barrios urbanos marginales durante todo el año, pero especialmente cuando se acerca la estación más propicia para las epidemias (al final de la estación seca y al inicio del período lluvioso) y cuando se produzcan desplazamientos de población.

Cómo definir un brote

Un brote es un incremento inusual de nuevos casos:

- Si no existen datos, cuando se duplica el número de casos durante tres semanas consecutivas.
- Si hay datos disponibles de años anteriores (del mismo período), es posible calcular el número promedio de casos esperados (por mes o por semana) en períodos sin epidemia. Si se duplica este promedio no epidémico, es una indicación de que existe riesgo de un brote.

² La política y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) relativas a brotes de cólera se puede consultar en <http://www.who.int/cholera/technical/prevention/control/en/index.html> (último acceso en febrero de 2012)

³ Más información sobre el trabajo de Médicos sin Fronteras sobre cólera se puede consultar en <http://www.msf.org.uk/cholera.focus> (último acceso en febrero de 2012).

⁴ En el momento de publicación (abril de 2012) este sistema no estaba aún disponible.

Preguntas importantes a responder durante una evaluación rápida

- ¿Se trata de cólera?
- ¿Ha sido confirmado? – ¿cómo?, ¿por quién?
- ¿Se trata de un brote?
- ¿Cuándo se dio el último brote?
- ¿Se trata de una zona endémica o no endémica?
- ¿Qué definición se utiliza o se propone?
- ¿Cuántos casos y cuántas muertes se han producido?
- ¿Cuál es la distribución geográfica de los casos?
- ¿Qué población está en riesgo?
- ¿Cuál es la tasa de incidencia semanal, la tasa de casos mortales y la tasa de ataque?
- ¿Cómo es la distribución por edad y por sexo?⁵
- ¿Qué aspecto tiene la curva de la epidemia?
- ¿Se está extendiendo el brote? ¿Qué probabilidad hay de que se propague rápidamente?
- ¿Qué patrón sigue la transmisión? ¿Es localizada o dispersa?
- ¿Hay prácticas culturales que estén ocurriendo ahora o vayan a darse pronto, por ejemplo, actividades comunitarias como las ceremonias de circuncisión?
- ¿Cuáles son las zonas de mayor riesgo? ¿Por qué?
- ¿Hay alguna respuesta ya en marcha? ¿Quiénes son los actores? ¿Existe algún tipo de mecanismo de coordinación?
- ¿Se trata de un entorno rural, urbano o cerrado (campamentos de refugiados/de IDP)?

4.3 Una interpretación rápida de los datos iniciales

Tras la valoración inicial, todos los datos recogidos deben introducirse en la IPHD y resumirse bajo los encabezados adecuados – grupos afectados, momento y lugar. Esto ayudará a comprender mejor los datos reunidos y decidir lo que debe hacerse primero.

El patrón de la epidemia, que se muestra localizando los casos en un mapa y siguiendo su evolución semanal, puede sugerir si lo más probable es que el brote esté causado por problemas con una fuente común - por ejemplo, un pozo sin protección, un mercado o un matadero - o esté relacionado con la transmisión de persona a persona. Cuando se agrupan muchos casos en una zona específica, se debe averiguar cuál es el origen más probable. Si los casos están muy alejados unos de otros (patrón disperso), la causa podría ser la transmisión de persona a persona: verificar las comunicaciones y las rutas comerciales.

Datos demográficos

Mientras se lleva a cabo una evaluación rápida de la salud pública, es importante obtener los datos demográficos más precisos posibles. Las cifras de población por grupos de edad, género y ubicación, resultan esenciales para poder estimar el número de personas en riesgo y los grupos meta iniciales, así como para calcular los costes y planificar una respuesta de salud pública.

Es suficiente con utilizar dos grupos de edad: <5 años (menores de 5 años) y ≥5 años (de 5 años o más). Si no se dispone de esta información, se puede considerar que en una población normal los menores de 5 años representan el 17 por ciento; en un campamento de refugiados/personas desplazadas internas se debe elevar al 20 por ciento.

⁵ No siempre hay datos desglosados por género disponibles, pero cuando sea posible se deben tratar de obtener.

Es importante obtener las cifras de población a escala lo más local posible: distrito, aldea, campamento de refugiados/sección, zona de la ciudad, barrio, etc. Las autoridades central/local pueden proporcionar los datos demográficos. Si no están disponibles, utilizar los censos de población más recientes. Si los únicos datos disponibles están desactualizados, ajustarlos según la tasa de crecimiento anual del país. En los campamentos de refugiados/personas desplazadas internas, las cifras de la población desglosadas son más fáciles de obtener, ya que las personas se registran o tienen que firmar para los programas de distribución de alimentos.

Grupos afectados

El número de casos y muertes en hombres y mujeres y por grupo de edad (<5 años, ≥5 años) es el único dato necesario a este nivel. Los registros de cada puesto de salud pueden proporcionar estas cifras básicas y para cada lugar, por lo que los datos se pueden organizar por fecha y lugar:

Por fecha

Trazar una curva de la epidemia (barras) para mostrar la evolución y extensión de la epidemia con el número de casos y de muertes cada semana. Ver el [Gráfico 1](#) para un ejemplo de curva del cólera.

La **tasa de casos mortales** (TCM) es un indicador de en qué medida la gestión de los casos ha sido la correcta: la TCM puede ser alta al inicio del brote debido a la limitada inmunidad de la comunidad, a una cepa especialmente virulenta (un brote explosivo), a la falta de conocimiento en la comunidad sobre cómo lidiar con el cólera o a un retraso en la respuesta. También puede ser alta al final de la epidemia, a causa del agotamiento del personal.

La **tasa de incidencia semanal** indica la extensión de la epidemia y la velocidad a la que se propaga o se reduce. La “transmisión desde una fuente puntual”, por ejemplo, desde una fuente de agua o de alimento contaminados, es frecuente al inicio de una epidemia; en tales casos se alcanza rápidamente el pico de incidencia. Después se produce la transmisión de persona a persona y el avance es más lento. La infección de persona a persona puede tener lugar de forma posterior o simultáneamente.

Por lugar

Averiguar la distribución geográfica de los casos por aldea/distrito/área, etc. puede ayudar a identificar las zonas de mayor riesgo. Es fácil hacer un seguimiento de la propagación de un brote utilizando sencillos mapas cronológicos. Un mapa que indique los asentamientos, los lugares de reunión (mercados, escuelas), las fuentes de agua, las instalaciones de salud y las principales vías de transporte es una forma fácil de ver qué lugares están en mayor riesgo. Resulta más conveniente dibujar los mapas a mano, ya que utilizar programas informáticos o sistemas de información geográfica puede consumir mucho tiempo, y no es recomendable en las etapas iniciales.

El mapa debería indicar:

- la cantidad de fuentes de agua y su calidad (¿se tratan? ¿están protegidas?);
- el número de letrinas por persona;
- los sistemas de tratamiento de aguas residuales y las instalaciones de drenaje.

Recuadro 5: Patrones de las epidemias

En ambientes de alta densidad de población, como en los campamentos de refugiados (entornos cerrados), las áreas urbanas o los barrios marginales, cuando se aplica una respuesta adecuada la epidemia se caracteriza por una *alta tasa de ataque*, una duración *breve* del brote, un pico *rápido* y una *baja* TCM. La tasa de ataque es más alta en un ambiente cerrado o en áreas urbanas y barrios marginales debido a la alta densidad de población, lo que facilita la transmisión de persona a persona. La TCM es baja porque el acceso a atención médica y a rehidratación es más rápido.

En entornos abiertos, como en las zonas rurales, los patrones de la epidemia son: una tasa de ataque *baja*, una duración del brote *más prolongada*, una aparición del pico *más tardía* y una TCM *más alta*.

Si la tasa de incidencia semanal de repente es alta en una zona concreta, es necesario investigar si ha habido algún evento donde se **reúna la gente**, como funerales, ceremonias religiosas, etc. Esto puede explicar un brote repentino en un lugar determinado, seguido por la transmisión de persona a persona y por una diseminación secundaria del cólera cuando las personas regresan a sus hogares. La contaminación puntual de fuentes tales como puntos de abastecimiento de agua podría también mostrar la concentración de casos en una zona determinada.

Tabla 1: Características principales de un brote de cólera según el entorno

	Entorno abierto: rural, a gran escala	Asentamiento urbano: barrios marginales	Entorno cerrado: campamento de refugiados
Densidad de población	Baja	Alta	Alta o muy alta
Población	Alto	Alto	Bajo
Movilidad de la población	Móvil, dispersa	Móvil	No muy móvil
Tasa de ataque (%)	0.1–2%	1–5 %	1–5% *
El pico se alcanza después de	1,5–3 meses	1–2 meses	2–4 semanas
Proporción de casos observados antes del pico	40%	40%	40%
Duración de la epidemia	3–6 meses	2–4 meses	1–3 meses
TCM**	< 5%	2–5 %	< 2%

* La tasa de ataque puede ser mayor. Por ejemplo, en los campamentos de refugiados de Goma en la República Democrática del Congo, en 1994, la tasa de ataque fue del 7,8%

** Cifras de TCM cuando hay tratamiento disponible.

Fuente: Bauernfeind et al. (2004)

5. Intervención

5.1 Identificar las zonas de alto riesgo

Tras hacer una evaluación rápida (ver la sección anterior) se debería poder identificar las zonas de mayor riesgo y priorizar las intervenciones. Las características de una zona de alto riesgo son:

- Patrones epidemiológicos:
 - número total de casos y de muertes;
 - tasa de ataque;
 - cambios en la curva de incidencia;
 - tasa de fatalidad de los casos
- Población:
 - tamaño;
 - densidad;
 - movilidad;
 - desplazamiento de zonas endémicas a no endémicas.
- Convergencia de zonas/estaciones:
 - región de intensa actividad comercial;
 - rutas comerciales;
 - estación de lluvias fuertes;
 - saneamiento deficitario;
 - acceso deficitario a agua apta para el consumo.
- Existencia previa del cólera:
 - si no existía, la población no es inmune y hay un riesgo mayor;
 - personas desplazadas desde zonas endémicas que son portadoras (aunque no tienen síntomas);
 - las personas desplazadas desde zonas no endémicas hacia zonas endémicas son más vulnerables.
- Impedimentos en el acceso a los centros de tratamiento:
 - distancia;
 - inundaciones;
 - restricciones de seguridad.
- Recursos disponibles:
 - por ejemplo, recursos humanos.
- Limitada capacidad de reacción de las autoridades e instalaciones de salud.
- Zonas con prácticas de alto riesgo:
 - baja cobertura de letrinas;
 - dependencia de camiones cisterna, etc.

Las zonas prioritarias pueden cambiar: se debe mantener el seguimiento y ser flexible. Es necesario seleccionar las zonas prioritarias a escala lo más local posible – aldea, zona sanitaria, etc. – pero estar preparados para hacer cambios y reubicar las actividades en función los informes de vigilancia, los nuevos factores ambientales o los desplazamientos de la población, entre otros.

5.2 Reducir la propagación de la epidemia

En general, las intervenciones de Oxfam GB en situaciones de cólera se centrarán en:

- **garantizar el acceso a agua potable clorada en cantidad suficiente;**
- **promover y facilitar las prácticas de higiene, especialmente lavarse las manos antes de llevar nada a la boca;**⁶
- **rehidratar y buscar atención sanitaria temprana en las instalaciones de salud;**
- **movilizar a los diversos grupos comunitarios y a las familias para que actúen con los recursos disponibles.**

Las epidemias de cólera se desarrollan cuando el acceso al agua apta para el consumo es limitado, el saneamiento es inadecuado y la higiene personal y familiar no está garantizada. Resulta esencial establecer prioridades, basar las decisiones en los hallazgos epidemiológicos, evaluar los factores de riesgo, el impacto esperado de cada intervención y los recursos disponibles.

Las experiencias anteriores demuestran que proporcionar acceso a agua apta para el consumo y promover la higiene es la forma de lograr el impacto más rápido y más amplio. Construir letrinas o centrarse en los residuos sólidos y controlar los vectores como las moscas, como se señaló anteriormente, no siempre se puede hacer en medio de una epidemia: lleva tiempo, se necesitan recursos y tiene un impacto menos inmediato.

Resulta de la máxima importancia que cada programa se centre en el objetivo clave en cada fase crítica de la curva del brote. Ver el [Gráfico 1](#) para las cuatro fases críticas.

El personal de Oxfam GB que trabaja en las respuestas a los brotes de cólera debería utilizar las fases críticas como referencia para el diseño de los programas y la planificación e implementación del trabajo. En el futuro, los programas de Oxfam GB de respuesta al cólera de seguirán este esquema gráfico de la curva del brote.

Cuando las tasas de ataque hayan alcanzado un pico, las intervenciones preventivas probablemente no tendrán un gran impacto, aunque se deben tomar precauciones cuando se analiza el final del pico del cólera, especialmente en zonas concretas localizadas. Ver el [Recuadro 6](#) a continuación. La prevención focalizada en las zonas de riesgo mediante la promoción de la salud pública y la distribución de kits de prevención del cólera podría ser mucho más eficaz para reducir la propagación de la enfermedad. Las zonas de riesgo incluyen las zonas vecinas a las que están sufriendo el pico o las que comparten una misma fuente de agua, sobre todo si están aguas abajo.

⁶ Evaluar las prácticas locales de riesgo para definir los mensajes específicos. Por ejemplo, en Haití las personas estaban acostumbradas a comprar bolsas de plástico de agua potable que el consumidor a menudo tenía que perforar con las manos sucias para poder abrirlas. En otras situaciones, los niños se llevan las manos a la boca incluso cuando no están comiendo.

Recuadro 6: Importancia de mantener la distribución de kits de prevención del cólera – Haití 2010

En octubre/noviembre de 2010, se distribuyeron masivamente kits de prevención que contenían SRO, jabón y Aquatabs a 25.000 familias en Petite Riviere, Artibonite (Haití). El seguimiento continuo reveló una caída significativa y positiva en el número de nuevos casos observados en esas aldeas. Debido a problemas logísticos, se dejaron de distribuir. A las seis semanas de la distribución inicial hubo un gran pico en los casos de cólera, incluyendo cinco muertes en esas aldeas.

Fuente: documento interno de Oxfam GB (2010)

5.3 Mejorar la cantidad y calidad del agua

- Según la situación, es necesario distribuir a los hogares bolsas de agua tratada, instalar puntos de cloración de agua y/o clorar masivamente las instalaciones de almacenamiento de agua o los camiones cisterna.
- Garantizar una buena higiene en los puntos de abastecimiento de agua.
- Mantener campañas regulares sobre la limpieza de las garrafas de agua, los cubos, los contenedores –puede resultar prudente suministrar detergentes y mostrar a la gente cómo usarlos–.
- Educar a las personas sobre la importancia de beber agua clorada/tratada durante el brote de cólera, y las formas de garantizar una cadena de agua segura –desde la fuente hasta el consumo (combinarlo con un seguimiento del cloro libre residual en los hogares cuando sea posible)–.
- Llevar a cabo un seguimiento del cloro libre residual en los hogares y también diariamente en las fuentes de agua cuando se lleve a cabo una cloración masiva.
- Garantizar que las personas tengan agua suficiente.
- Cuando haya limitaciones en el suministro de agua potable, es necesario garantizar que al menos se haya clorado el agua para beber.

Cloración

El agua de todas las fuentes (incluso las que parecen seguras, como los pozos) debería clorarse para garantizar que haya al menos 0,5 mg/l de cloro libre residual en el punto de captación. El agua se puede contaminar en cualquier punto a lo largo del transporte, el almacenaje y la cadena de manejo. Aumentar los niveles de cloro libre residual es un factor extra de seguridad. El agua tendrá un fuerte sabor a cloro y se debe educar a la comunidad sobre ese sabor al que no están acostumbrados y por qué es importante.

Muchas fuentes de agua no tienen depósitos de almacenamiento, como por ejemplo los ríos, los pozos profundos, los pozos abiertos y los operados por bombas manuales, por lo que son difíciles de clorar directamente. A veces las comunidades se ven obligadas a utilizar agua poco segura, quizás como resultado de grandes desplazamientos de población repentinos o debido a fallos mecánicos en las fuentes seguras. En tales casos, durante los primeros meses del brote, se aconseja distribuir masivamente bolsas para el tratamiento doméstico del agua como Aquatabs o PUR. En asentamientos urbanos donde la población tiene escasos puntos de abastecimiento de agua, puede resultar más rentable y rápido recurrir a la cloración y al seguimiento comunitario para clorar los contenedores de donde se recoge el agua que un reparto masivo. En el [Recurso 10.3](#) hay una tabla que resume las opciones de tratamiento del agua.

Unido a ello, el personal de salud pública debe formar a personas de las comunidades en cloración y su control en cubos, mostrándoles cómo se hace y cómo registrar y hacer un seguimiento diario del uso del cloro.

Cuando la población tiene acceso a ríos, canales de riego u otras fuentes de agua muy turbia, Oxfam GB aconseja que se utilice PUR o un producto similar (una mezcla de floculante y cloro) ya que sólo el cloro no resulta eficaz en agua con un grado de turbidez superior a 50 NTU.

Resumen de actividades clave con el agua

- Garantizar que toda el agua para uso doméstico contenga 0,5 mg por litro de cloro residual en los hogares.
- Continuar con un análisis rutinario del agua en las fuentes de abastecimiento y en los hogares.
- Destinar al menos una persona encargada de controlar la cloración por cada bloque o grupo en un campamento o por cada 200 hogares en asentamientos comunitarios (garantizando el mismo número de hombres y mujeres cuando sea posible).
- Llevar a cabo al menos 50 verificaciones en los hogares cada semana hasta que el brote de cólera haya terminado. Los datos recolectados por los controladores de la cloración deben registrarse y analizarse cada semana. Los resultados de los análisis se utilizarán para orientar al equipo de PHP para focalizar la formación comunitaria de forma más intensiva en las zonas donde los niveles de cloro en los hogares estén descendiendo por debajo de los 0,2 mg por litro.
- Utilizar las reservas de solución de cloro para garantizar que se alcancen las concentraciones requeridas de cloro disponible y los niveles necesarios de cloro residual (FRC). Ver el [Recurso 10.12](#) para detalles sobre cómo preparar una solución de cloro de reserva.

Recuadro 7: Mensajes de higiene sobre cloración

Entre los mensajes clave que hay que transmitir a las comunidades están los siguientes:

- La cloración ayuda a matar o reducir las bacterias en el agua, lo que la hace más segura, ya que es un medio portador de organismos que causan enfermedades.
- La cloración puede dar al agua un sabor diferente.
- Una vez que el agua se haya clorado, se debe esperar media hora antes de consumirla para permitir que el cloro haga efecto.
- Asegurarse de que el agua se conserva de forma segura a lo largo de toda la cadena de suministro, desde la fuente de abastecimiento hasta su consumo.

5.4 Educación comunitaria sobre higiene centrada en el cólera

Durante un brote de rápida propagación, los esfuerzos por llevar a cabo educación comunitaria sobre salud pública suelen ser tardíos y descoordinados. La participación de la comunidad es pequeña, todos los esfuerzos para combatir el brote se dejan en manos de las organizaciones que participan y los gobiernos.

Recuadro 8: Ejemplo de educación comunitaria sobre higiene en la región de Oromía, Etiopía

En Oromía (Etiopía), a pesar de todos los esfuerzos de sensibilización que se realizaron en las primeras tres zonas infectadas, se siguieron produciendo muertes por cólera (sobre todo en las comunidades). El brote se estaba propagando a las aldeas vecinas.

Las conversaciones con miembros de las comunidades en las dos zonas revelaron que, aunque se había puesto mucho esfuerzo en la educación y promoción en higiene, la comunidad encontraba algunos de los mensajes demasiado “fuertes” como para adoptarlos y ponerlos en práctica de forma inmediata. Además, la gente pensaba que los mensajes que escuchaban sonaban diferentes a los mensajes sobre higiene que habían estado escuchando durante años. Lo único nuevo era el ritmo al que el cólera se estaba propagando y su letalidad. En otras palabras, el grado de implicación de la población no correspondía a la urgencia de los mensajes.

Posteriores debates con los representantes de salud de la zona y con organizaciones participantes indicaron que la educación comunitaria se había basado en educación rutinaria sobre higiene. Lo que se necesitaba con mayor urgencia era educación comunitaria diseñada específicamente para emergencias de cólera.

Como consecuencia, un equipo de especialistas en salud pública desarrolló y ensayó en el terreno nuevos mensajes de higiene específicos sobre el cólera. A la luz de los ensayos prácticos, se hicieron ajustes antes de que todos los actores involucrados en las actividades de control del cólera recibieran instrucciones para utilizar los nuevos materiales educativos.

Fuente: Documento interno de Oxfam GB (2006)

Replantear y desarrollar nuevos mensajes sobre higiene para la prevención y control del cólera

Con el fin de involucrar a la comunidad, se debería revisar la educación y promoción en higiene para transformarla en un plan comunitario de emergencia sobre educación y participación. Este enfoque también se puede utilizar cuando no exista un programa de salud pública operativo en la zona. Debería:

- **Centrarse en el cólera**
 - con objetivos factibles y específicos que tengan un impacto directo e inmediato;
 - dirigido tanto a la prevención por parte de la comunidad como a reducir la gravedad del brote;
 - que incluya la rehidratación oral doméstica con fórmulas locales sencillas como parte de los mensajes comunitarios, y formación a las familias sobre cómo clorar correctamente el agua que beben con lejía líquida disponible localmente.
- **Orientarse a la comunidad**
 - basado en acciones prácticas que las familias y los diversos grupos comunitarios masculinos y femeninos puedan permitirse realizar de forma inmediata y con materiales disponibles localmente;
 - probado previamente con las comunidades para garantizar que comprendan los mensajes; éstos deberían ser atractivos, positivos y estimulantes.
- **Ser rápido**
 - debe detallar cómo se puede llevar a la práctica el plan tan rápida y ampliamente como sea posible.

- **Ser de máximo alcance**
 - diseñado para llegar a todas las zonas afectadas y a aquéllas en riesgo.
- **Ser rentable**
 - que garantice un equilibrio entre la cobertura y la rentabilidad, calculando el coste por persona de cada forma de comunicación y escogiendo una combinación de canales de comunicación;
 - que garantice el máximo alcance y la máxima eficiencia mediante la selección de varias formas de comunicación.
- **Transmitir mensajes dirigidos a grupos concretos**
 - fáciles de entender, atractivos y provocativos; que utilicen el idioma y los ejemplos locales;
 - que incorporen las diferencias culturales de la zona y utilicen materiales disponibles localmente;
 - que proporcionen información específica sobre lo que pueden hacer los diferentes grupos.

Lo que todo el mundo debe saber sobre el cólera

Se han desarrollado varias herramientas de educación comunitaria y mensajes basados en los siguientes temas.

- **¿Qué es el cólera?**
 - tres o más episodios de diarrea líquida en un solo día;
 - vómitos;
 - calambres en las piernas.
- **¿Por qué el cólera es un asunto de gran importancia para todos?**
 - el cólera provoca deshidratación y la deshidratación lleva a la muerte;
 - el cólera se propaga fácilmente; se adquiere por la boca a partir de las manos sucias, el agua contaminada y la comida cruda.

Recuadro 9: Cuatro mensajes clave de higiene para las comunidades

1. Tratar el agua antes de beberla

- Clorar el agua utilizando Aquatabs o cloro líquido disponible localmente (Clorox, Jif, Jik, PUR, etc.);
- Almacenar el agua para beber en contenedores limpios y cubiertos, después de haberla tratado.

Importante: es preferible clorar el agua. Hervir el agua sólo debería promoverse como una opción de tratamiento del agua cuando sea factible y cuando lo aconseje el Ministerio de Salud. También se deben realizar esfuerzos para promover que se haga de forma adecuada, es decir, el agua debe hervir con fuerza, enfriarse y almacenarse en un recipiente limpio antes de consumirse.

2. Lavarse las manos – eliminar la suciedad de ambas manos

Si hay jabón y agua disponibles, utilizarlos y lavarse las dos manos. Si no hay jabón disponible, eliminar la suciedad usando agua y frotándose con:

- cenizas;
- arena;
- hojas u otros materiales para limpiarse que estén disponibles y sean aceptados culturalmente.

Destacar que lo importante es el proceso de **frotamiento** (con ayuda de un agente limpiador).

¿Cuándo?

- antes de comer o de llevarse cualquier cosa a la boca; (**mensaje principal**)
- después de ayudar a alguien que presenta síntomas o de limpiar sus excrementos o su vómito; (**secundario**)
- antes de preparar alimentos; (**secundario**)
- después de limpiar las heces de un bebé; (**secundario**)
- después de defecar o ir al servicio; (**secundario**)

3. Si una persona está enferma de cólera, debe recuperar la pérdida de líquidos ocasionada por la diarrea o el vómito

Darle (o beber) la misma cantidad de líquido que haya perdido en cada episodio de diarrea o vómito;

DAR
Leche materna
SRO
Leche de coco
Agua de arroz/vegetales con sal
Té suave
Solución glucosalina*

NO DAR
Bebidas gaseosas
Té edulcorado
Bebidas de frutas azucaradas
Café
Algunos tés medicinales locales o infusiones

- Ver ejemplos de instrucciones para el control de la diarrea utilizando SRO y solución salina-azucarada casera (SSS en inglés) en el [Recurso 10.14](#) y el [Recurso 10.15](#), respectivamente.

4. Toda persona enferma de cólera debe recibir tratamiento lo antes posible en un centro médico

Al dirigirse hacia el CTC/puesto de salud/clínica/hospital, dar (o beber) un vaso del fluido disponible (ver más arriba) por cada episodio de diarrea o vómito.

Recuadro 10: Dos mensajes adicionales sobre higiene

Una vez que las actividades de seguimiento indiquen que las comunidades han emprendido las acciones positivas respecto a los cuatro mensajes clave del [Recuadro 9](#), se deberían difundir los mensajes siguientes:

5. Eliminar los excrementos y el vómito de forma segura

De ser posible, utilizar una letrina para deshacerse de los excrementos y el vómito. Esto es aplicable para todos, incluyendo a los niños y niñas. Si no hay letrinas disponibles, envolverlos discretamente con los materiales adecuados que haya disponibles (por ejemplo, bolsas de plástico, hojas de banano, etc.), y enterrarlos en una zona aislada, lejos de las fuentes de agua y de las personas. Asegurarse de que queden bien cubiertos.

Prestar especial atención a que los excrementos se eliminen adecuadamente cuando alguna persona en el hogar esté enferma.

6. No consumir alimentos crudos

Importante: Esto sólo es aplicable si la fuente del brote se ha identificado en los alimentos, o si se transmite a través de los alimentos en el transcurso del brote.

Hervirlos, cocinarlos o desecharlos:

- evitar los alimentos poco cocinados o crudos;
- cocinar todas las verduras;
- limpiar y cubrir las sobras;
- usar utensilios y platos limpios.

En el [Recurso 10.8](#) puede encontrar ejemplos de materiales de educación comunitaria destinados a diferentes grupos.

Rumores

Durante un brote de cólera, especialmente cuando afecta por primera vez una zona, suelen producirse rumores acerca del origen de la enfermedad y sobre cómo protegerse de ella. La información pública debería combatir estos rumores y las falsas historias con mensajes específicos dirigidos tanto a quienes podrían estar difundiendo información falsa –como los anuncios de radios locales, los líderes religiosos y los curanderos tradicionales– como a los receptores de dicha información.

5.5 Saneamiento

Cuando sea conveniente:

- Iniciar el reparto de las reservas de emergencia de cal clorada para “sanear” los servicios sanitarios y controlar las moscas.
- El equipo de PHP debe seguir mapeando los casos de cólera identificados e informar al equipo de PHE para comenzar a construir letrinas de emergencia cuando se considere necesario.
- Intensificar la construcción de letrinas de emergencia adecuadas para hombres, mujeres y niños en las áreas identificadas por los equipos de PHP, garantizando que se dialogue con los usuarios para asegurar la dignidad y la seguridad.

- Cuando así se solicite, y en coordinación con el Ministerio de Salud y las organizaciones que proporcionan atención médica, suministrar letrinas temporales a los CTC para los pacientes, sus familiares y el personal.
- Intensificar las actividades de seguimiento de la limpieza, así como el uso de cal clorada en las letrinas.

5.6 Enterramiento de los cadáveres

En muchos casos, la ubicación de los cementerios o de los lugares de enterramiento puede provocar la contaminación de las aguas subterráneas. En los primeros días de un brote de cólera puede haber muchas muertes, saturando los lugares de enterramiento existentes. Esto puede obligar a las comunidades o las autoridades locales a seleccionar espacios inadecuados, por ser zonas bajas o propensas a las inundaciones, lo que puede agravar el brote de cólera.

Resulta fundamental que los programas de control del cólera de Oxfam GB garanticen que se tienen en cuenta las condiciones medioambientales antes de seleccionar los lugares de enterramiento de las comunidades. Las comunidades y las autoridades gubernamentales deben ser conscientes del riesgo de contaminación del agua subterránea, lo que prolongaría el brote. También se deben adoptar medidas preventivas sobre los entierros por parte del equipo de WASH, que garanticen que en cualquier estrategia nacional se incluyen las mínimas precauciones.

Como medida preventiva, es necesario incluir observaciones acerca de los lugares de enterramiento cuando se lleve a cabo cualquier evaluación rápida de necesidades, y emitir las recomendaciones adecuadas.

Los mensajes clave sobre cómo enterrar los cadáveres de víctimas del cólera son:

- las tumbas deben estar al menos a 30 metros de distancia de cualquier punto de agua;
- el fondo de la tumba debe estar al menos 1,5 metros sobre el nivel freático;
- no se debería situar ningún lugar de enterramiento en zonas propensas a inundaciones o anegadas;
- cuando sea posible, se debería echar cal clorada en el fondo de la tumba antes de enterrar el cuerpo. También debería echarse una capa de cal clorada sobre el cuerpo antes de cerrar la tumba.

5.7 Actividades en mercados y otros lugares comunales de reunión

- Fomentar la creación de instalaciones adecuadas para lavarse las manos en lugares donde se consumen alimentos, mediante campañas intensivas sobre higiene.
- Trabajar estrechamente con las autoridades públicas sanitarias para hacer cumplir las normas públicas sanitarias en los lugares donde se consumen alimentos sobre lugares de comida –en algunos lugares esto puede incluir ordenar la clausura de todos estos lugares hasta que haya pasado el brote–.
- Coordinar y apoyar a las municipalidades cuando sea posible en la recolección y eliminación de desechos en las áreas designadas.

Muchos brotes de cólera se transmiten inicialmente a través de agua potable contaminada. A medida que avanza el brote, surgen muchas más fuentes de transmisión, tales como el manejo de alimentos por parte de personas infectadas. Las siguientes actividades no se deberían priorizar al comienzo de un brote, a menos que el seguimiento de la transmisión indique que la fuente del brote proviene de los alimentos o los mercados.

- Intensificar las campañas de higiene con mensajes sobre la higiene en los alimentos, el manejo de residuos sólidos y el lavado de manos dirigidas a los propietarios de los puestos y sus empleados, centrándose sobre todo en los puestos de comida.
- Proporcionar herramientas y equipo para la limpieza de desperdicios.

Oxfam GB **no** llevará a cabo, promoverá ni apoyará lo siguiente como parte de una respuesta adecuada para el control del cólera:

- fumigar o desinfectar las casas, las letrinas o los artículos de las familias utilizando cloro;
- fumigar para reducir el número de moscas;
- suministrar productos con cloro cuando la población ya haya recibido agua potable clorada, bien de las cisternas de distribución o de los sistemas de tuberías de agua que hayan sido cloradas.

Oxfam GB no apoya el uso de productos químicos para el control de moscas. En lugar de ello, Oxfam GB trata de persuadir a las comunidades y autoridades locales para que manejen cuidadosamente la eliminación de desechos sólidos, limpiando las letrinas y garantizando que se utilicen adecuadamente y que todas tengan tapas para su cierre. Oxfam suministrará cal clorada para desinfectar las letrinas y reducir la propagación de moscas durante el brote. Después del brote, Oxfam promoverá el uso de ceniza en las letrinas. Ver un ejemplo de marco lógico para un programa integral de prevención y control del cólera en el [Recurso 10.16](#).

Fiestas comunales y reuniones públicas

Cuando las personas se reúnen en bodas, festivales religiosos, funerales y otras reuniones públicas, existe un riesgo importante de transmisión del cólera (ver [Recuadro 9](#)). Un factor clave de riesgo durante las fiestas, por ejemplo, es la falta de higiene en el lavado de manos cuando todas las personas utilizan la misma agua en un mismo recipiente (en lugar de verter agua limpia sobre las manos).

Recuadro 11: Prevenir la transmisión en los funerales

Los funerales pueden ser lugares de transmisión del cólera. En los funerales en Papúa Occidental, por ejemplo, todos tocan los cadáveres y después hacen una celebración. Las personas llegan de lejos para asistir al entierro, lo que puede hacer que lleguen personas desde zonas no infectadas a una zona infectada, pudiendo portar el cólera de regreso a sus lugares de origen. Esto puede propagar la enfermedad muy rápidamente a lo largo de una extensa área.

Las medidas preventivas en los funerales deberían centrarse en:

- preparar los cuerpos –garantizando la desinfección adecuada y la obstrucción de todos los orificios corporales–;
- involucrar a las personas clave en las ceremonias (tales como los líderes clave comunales y religiosos) para buscar la forma de reducir el riesgo de contagio en la ceremonia sin que se pierda su significado cultural;
- desaconsejar servir comida en los funerales para reducir el riesgo de propagación de la enfermedad.

En Papúa Occidental, se persuadió a los líderes religiosos para que incluyesen un lavado de manos adecuado después de tocar los cuerpos como parte de la ceremonia. Dado que esta innovación no altera el significado de la ceremonia, las autoridades religiosas la aprobaron y aplicaron rápidamente. Recibieron formación y kits de higiene (jabón, pastillas para tratar el agua y cubos para el lavado de manos) para garantizar que se produjese el lavado de manos.

6. Participación de la comunidad

6.1 Amplia difusión del mensaje

Es importante recurrir a todos los canales de comunicación disponibles para llegar a la mayor cantidad de personas lo más rápidamente posible, incluyendo las escuelas, las plataformas religiosas y las autoridades locales.

Tabla 2: Identificar públicos meta y adaptar los mensajes

Públicos meta	Quién	Dónde	Canales de comunicación	Objetivo
Principal	Mujeres (o personas responsables de recoger y almacenar agua), madres (o principales cuidadoras), jóvenes y niñas en edad escolar, y niños de grupos especialmente vulnerables o marginados.	Escuelas, hogares, mercados, puntos de abastecimiento de agua, campos, clubs de jóvenes.	Anuncios en radios locales y nacionales, foros académicos y debates interactivos. Reuniones de la comunidad, visitas a hogares, teatro callejero.	Difundir información sobre el peligro del cólera. Involucrar a la comunidad para que actúe.
Secundario	Maestros, líderes religiosos, líderes comunitarios (hombres y mujeres), promotores de salud, trabajadores de extensión agrícolas, líderes de asociaciones de padres, estudiantes de medicina, voluntarios, otros públicos cautivos	Foros organizados, iglesias, mezquitas, templos, estructuras comunitarias existentes, lugares de reunión, bares, eventos deportivos	Foros organizados y eventos de "formación de formadores", seminarios, anuncios en la radio nacional y regional, debates interactivos, TV, reuniones, medios impresos, folletos, eventos especiales	Apoyar la sensibilización y actuar como agentes de cambio en las zonas de competencia.
Terciario	Gobierno, organizaciones socias, donantes.	Reuniones interactivas y de coordinación	Folletos, radio, TV, reuniones, seminarios, ceremonias, medios impresos, talleres, internet, prensa especializada	Apoyar las estrategias de educación sobre higiene orientadas a resultados rápidos, sumar recursos Hacer un seguimiento del avance y ajustar la respuesta

6.1.1 El papel de las escuelas

Las escuelas a menudo son un objetivo, pues los niños y niñas que estudian en ellas pueden transmitir los mensajes sobre salud en sus localidades de forma rápida y eficaz. Asimismo, las escuelas pueden utilizarse como plataformas para recopilar datos y llevar a cabo actividades de vigilancia. Las universidades, los institutos de secundaria y los grupos de jóvenes también pueden estar interesados en participar en la respuesta.

Recuadro 12: Uso de las escuelas para transmitir mensajes sobre el cólera en la región de Oromía, Etiopía

En Oromía, una región de Etiopía, Oxfam y UNICEF fueron capaces de llegar a cientos de miles de personas con mensajes sobre prevención y control del cólera a través de las escuelas y los líderes religiosos en un plazo de tan sólo una semana. Ésta fue la manera más rápida de llegar a un número tan grande de personas, quienes en su mayoría no tenían radio ni televisión.

Los responsables de los grupos de trabajo sobre la salud y de la Cruz Roja (uno por escuela) y los líderes religiosos (dos por aldea) recibieron una formación de dos días y fueron equipados con materiales de IEC específicos sobre el cólera para ayudarles a transmitir su formación a los alumnos, estudiantes o congregaciones. Algunas escuelas cerraron durante una semana y enviaron a los niños y niñas de regreso a sus aldeas para llevar a cabo este trabajo de proximidad. Las escuelas también crearon un comité central de información donde los estudiantes podían registrar los casos de sus aldeas. El centro de salud se basó en estos datos para las actividades de seguimiento y la identificación de públicos meta.

Es conveniente no centrarse solamente en las escuelas, ya que en algunos países éstas cierran durante las primeras semanas de un brote de cólera (como se vio en Haití en 2010/2011). Cuando las comunidades tienen la costumbre de escuchar la radio y existe acceso, ésta es una forma ideal de difundir los mensajes, especialmente a las comunidades más remotas, como se vio en Haití en la respuesta al cólera de 2010/2011.

7. Seguimiento

7.1 Dar seguimiento a las actividades de los programas

Es necesario dar un seguimiento cuidadoso a varias actividades dentro de los programas de respuesta al cólera. En las fases tempranas de la respuesta a un brote de cólera es fundamental llevar a cabo actividades de seguimiento de los cambios reales en las prácticas de la población meta. Por ejemplo: ¿los diferentes grupos meta están haciendo lo necesario para romper el ciclo de transmisión del cólera? Evaluar la comprensión o incrementar la sensibilización en los diversos grupos se puede hacer más adelante en el ciclo del proyecto y puede contribuir a la respuesta y los planes de preparación futuros.

Se pueden encontrar ejemplos de formularios de seguimiento y una mini encuesta de referencia del cólera en el [Recurso 10.17](#).

7.2 Marco de seguimiento

La forma en la que se propaga el cólera cambia constantemente, por lo que la frecuencia de su seguimiento debe ser como mínimo cada dos semanas, y cuando sea adecuado, pasar a un ciclo mensual. Este esquema de seguimiento permitirá al equipo de PHP localizar las zonas donde el comportamiento de la población no esté deteniendo la propagación del cólera, e intensificar sus actividades en ellas. Esto permitirá al equipo valorar si las actividades de higiene son eficaces o no y, en línea con la gestión del ciclo del proyecto, pasar a actividades más eficaces.

La Tabla 3 describe un marco de seguimiento inspirado en la respuesta al cólera por parte de Oxfam GB en Haití en 2010. El análisis de datos es clave, por lo que la recolección de éstos no debería considerarse como un mero trámite. El análisis de todos los datos garantizará que todas las actividades sean pertinentes y tengan un impacto positivo en el control del cólera.

Tabla 3: Ejemplo de un marco de seguimiento del cólera

	Marco de seguimiento					
	Mini encuesta inicial de referencia del cólera	Tras la distribución de kits de prevención del cólera	Seguimiento de la cloración del agua en los hogares	Formulario de seguimiento del PHP en los hogares	Uso de letrinas por las familias	Seguimiento de observación de PRO
Frecuencia de recogida de datos	En las dos primeras semanas del programa	Después de cada distribución	Cada semana	Cada dos semanas	Cada dos semanas	Cada dos semanas
Nº de hogares a encuestar	10% del total de hogares	10% del total de hogares	50 muestras por lugar y por semana	10% del total de hogares	100% de las letrinas	100% de PRO
Fecha límite para la primera recogida de datos	En las tres primeras semanas desde el inicio del programa	En las dos semanas desde la distribución inicial	Cada semana	En las dos semanas desde seguimiento inicial	En las dos semanas desde la referencia inicial	En las dos semanas desde envío del PRO
Fecha límite para el primer análisis datos	En las cuatro semanas desde el inicio del programa	En la primera semana desde el comienzo de la recogida de datos de seguimiento	Cada semana	En la primera semana desde el comienzo de la recogida de datos de seguimiento	En la primera semana desde el comienzo de la recogida de datos de seguimiento	En la primera semana desde el comienzo de la recogida de datos de seguimiento
Fecha límite para la 2ª recogida de datos	NA	En las dos semanas desde la 2ª distribución	Cada semana	Dos semanas después de la fecha de inicio del seguimiento	Depende de los resultados del primer análisis – puede ser cada dos semanas o mensual	Cada dos semanas
Fecha límite para el 2º análisis de datos	NA	En la primera semana desde el comienzo de la recogida de datos de seguimiento	Cada semana	En la primera semana desde el comienzo de la recogida de datos de seguimiento	En la primera semana desde el comienzo de la recogida de datos de seguimiento	En la primera semana desde el comienzo de la recogida de datos de seguimiento
Fecha límite para la 3ª recogida de datos	NA	En las dos semanas desde la 3ª distribución	Cada semana	2 semanas tras la fecha del 2º seguimiento	Depende de los resultados del 2º análisis – puede ser cada 2 semanas o mensual	Cada dos semanas
Fecha límite para el 3º análisis de datos	NA	En la primera semana desde el comienzo de la recogida de datos de seguimiento	Cada semana	En la primera semana desde el comienzo de la recogida de datos de seguimiento	En la primera semana desde el comienzo de la recogida de datos de seguimiento	En la primera semana desde el comienzo de la recogida de datos de seguimiento

Fuente: Adaptado de la respuesta al cólera en Haití por parte de Oxfam GB, 2010

8. Coordinación

8.1 Comités de coordinación nacionales y en el terreno

Durante un brote de cólera, los programas de intervención deben estar incluidos en muchas actividades de manera simultánea. Con el fin de lograr rápidamente el impacto buscado se necesita una coordinación bien planificada en el terreno, especialmente si el brote se ha propagado ampliamente, a escala nacional.

Se deben establecer comités de coordinación robustos, y que involucren a varios ministerios y autoridades, tales como salud, agua/saneamiento, educación, etc., junto con las organizaciones internacionales y los representantes de la comunidad local.

Estos comités deberían coordinar y compartir toda la información relativa a los recursos, las necesidades y los aspectos estratégicos. Es importante que, en la medida de lo posible, los participantes clave en los comités sean los mismos durante la epidemia o al menos en las primeras semanas. Los comités de todos los niveles deberían garantizar la representación de hombres y mujeres. Asimismo, deben asegurarse de que se escuchen los puntos de vista de los diversos grupos, por ejemplo los grupos minoritarios y las personas con discapacidad física.

Entre las tareas de los comités deberían incluirse las siguientes:

- determinar las zonas prioritarias de intervención;
- desarrollar una estrategia de respuesta estándar, aunque flexible (protocolos y directrices);
- desarrollar estrategias para educar e involucrar a la comunidad;
- organizar recursos humanos mediante planes de formación y horarios de supervisión del personal y de los voluntarios;
- establecer sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación;
- coordinarse con todos los actores involucrados.

Es fundamental mantener una constante comunicación y coordinación con el Ministerio de Salud y las organizaciones que proporcionan servicios sanitarios, tales como Médicos sin Fronteras. La información de los CTC puede ayudar a los equipos de PHP a saber cuáles son las zonas geográficas y los grupos de edad en los que deben centrarse. En Papúa, dicha coordinación se utilizó para identificar zonas fuertemente afectadas que se habían pasado por alto y poner en marcha medidas inmediatas de control.

Oxfam GB trabajará estrechamente con los ministerios de Salud y las ONG médicas involucradas en establecer CTC. Oxfam GB puede, si fuera necesario:

- formar al personal de otras ONG para preparar todas las distintas soluciones de cloro para las zonas clave en los CTC;
- ayudar a establecer un aislamiento y saneamiento adecuados de los CTC, tales como baños de pies (clorados), zonas para el lavado de manos (cloradas), y eliminación de los desechos clínicos (enterramiento/incineración);
- construir sanitarios y baños en los CTC, tanto para los pacientes como para el personal;
- establecer fuentes de agua independientes para el CTC, suministrando el mínimo recomendado de 40 litros de agua por día para pacientes externos y 60 litros por día para pacientes ingresados;
- clorar el agua de suministro al CTC con 0,5 mg por litro en el punto de abastecimiento;
- hacer un seguimiento y verificar el cloro residual cada vez que se rellenen las cisternas de agua;

- establecer PRO comunitarios donde la población tenga que viajar largas distancias para llegar a un CTC o una unidad de tratamiento del cólera (UTC).

Ver el [Recurso 10.10](#) para directrices sobre higiene, saneamiento y aislamiento en los CTC y el [Recurso 10.11](#) para directrices sobre cómo establecer un PRO.

Al comienzo de un brote de cólera, las reuniones de coordinación deben realizarse diariamente. Estas reuniones deberían darse a todos los niveles de coordinación –desde el nacional hasta el área afectada más local–. Una vez que el brote de cólera se haya estabilizado, las reuniones pueden pasar primero a ser semanales y posteriormente cada dos semanas. La reducción de la frecuencia de reuniones no se puede predecir y dependerá de las necesidades y de lo que decidan las personas que participan en ellas.

9. Salida del programa

Como en todo programa de respuesta a una emergencia súbita, se debe identificar una estrategia de salida e incorporarla al diseño del programa desde el principio.

Puede resultar todo un reto identificar una buena estrategia de salida para un programa aislado de respuesta al cólera, especialmente cuando dicha respuesta esté inserta en un contexto endémico o un proyecto a largo plazo. Un programa de respuesta al cólera aborda diversos aspectos en los ámbitos comunitario y nacional, por lo que la estrategia de salida no puede basarse únicamente en indicadores epidemiológicos. Una estrategia de salida debe incorporar un enfoque más integral. Las estrategias de salida y las actividades deben seguir siendo flexibles, según sea el contexto.

Se deberían tener en cuenta los siguientes aspectos al inicio de un programa de respuesta al cólera.

9.1 Vincular la respuesta al cólera con la programación de país

Teniendo en cuenta las implicaciones a largo plazo y las relaciones con los programas en marcha en los países, es importante consolidar la respuesta al cólera para garantizar que las actividades del programa sean más sostenibles. En Zimbabue, por ejemplo, las tendencias de la evolución del cólera ofrecieron información importante para el trabajo a largo plazo en diez distritos seleccionados, centrándose en zonas fuertemente afectadas, enfocando el trabajo en el acceso a agua potable y la mejora de las prácticas de saneamiento e higiene.

La decisión de salida debe basarse o tratar de influir en las estrategias nacionales existentes, y debería incluir por lo general una fase de transición. No obstante, es posible que esto no siempre sea posible. Por ejemplo, en Petite Rivière, en Haití (2010/2011), no se pudo llevar a cabo un programa de transición de seis meses porque no era conforme con el plan estratégico de salud pública de tres años de duración. Es importante tener en cuenta la programación a largo plazo, como se vio en la República Democrática del Congo (2011), donde los comités de padres de alumnos del programa de educación a largo plazo recibieron formación y se desarrollaron planes de acción para prevenir nuevos brotes de cólera.

9.2 Desarrollar planes de preparación frente al cólera para futuros brotes

Cuando los programas de lucha contra el cólera se han incorporado en las estrategias/planes nacionales, una parte esencial de la estrategia de salida consiste en garantizar que los planes de reducción del riesgo de desastres (RRD) de las comunidades y los países incluyan el cólera. Se debería proporcionar formación adecuada para responder a nuevos brotes de cólera y desarrollar listados de respuesta de emergencia. Todos los planes de RRD del cólera deben incluir una guía de respuesta rápida paso a paso.

Por ejemplo, en la República Democrática del Congo (2011) el plan de salida del programa de lucha contra el cólera incluyó una formación de dos días para los profesores de escuela en 15 de las escuelas más vulnerables. Con el apoyo de las oficinas locales encargadas del agua y el saneamiento, los planes de acción en las zonas de intervención también fueron una actividad esencial para llevar a cabo una salida más sostenible, destacando cómo facilitar las actividades de prevención del cólera y qué hacer en caso de brote.

No obstante, a menos que se llegue a un acuerdo sobre el seguimiento y se ofrezca apoyo a las comunidades afectadas, aunque sea de forma remota, es posible que las comunidades no sean capaces de llevar a cabo por completo el plan de RRD debido a la falta de materiales y equipamientos básicos.

9.3 Mejorar la capacidad local para asumir la gestión de las actividades de salud pública

Evaluar la capacidad de los actores locales resulta esencial cuando se ponen en marcha actividades de un programa en el marco de una colaboración. En muchos programas de respuesta al cólera, la colaboración con el Ministerio de Salud sigue siendo un reto, principalmente debido a la lenta puesta en marcha, la falta de compromiso y/o la carencia de un número suficiente o adecuado de personal masculino y femenino o su insuficiente capacidad técnica.

Una recomendación que surgió de la respuesta al cólera en Haití (2010/2011) fue abstenerse de aliarse totalmente con el Ministerio de Salud cuando Oxfam GB no tenga un compromiso o presencia a largo plazo y no se prevea que la respuesta vaya a durar más de seis meses. En la República Democrática del Congo (2011), sin embargo, el personal de la oficina local de salud en Lukolela recibió formación sobre cómo gestionar los puntos de cloración de agua. En este caso, Oxfam GB donó cloro al personal de la oficina de salud y formó a voluntarios de la comunidad que siguieron clorando los puntos de agua una vez que Oxfam GB se retiró. Hay que destacar que la República Democrática del Congo era, y sigue siendo, un país en el que el cólera es endémico, mientras que Haití en el momento de la respuesta no había sufrido casos de cólera en casi cien años. El personal del Ministerio de Salud de Haití, por tanto, no tenía experiencia ni contaba con políticas nacionales al respecto, lo que en un principio dificultó considerablemente el trabajo conjunto.

La decisión de si es necesario fortalecer la capacidad de los ministerios sectoriales en situaciones de aparición repentina o en programas de corta duración debe sopesarse frente al compromiso de Oxfam GB a largo plazo, el compromiso y nivel del personal del ministerio para poner en marcha actividades de prevención del cólera y la necesidad urgente de controlar rápidamente y de manera directa el brote de cólera.

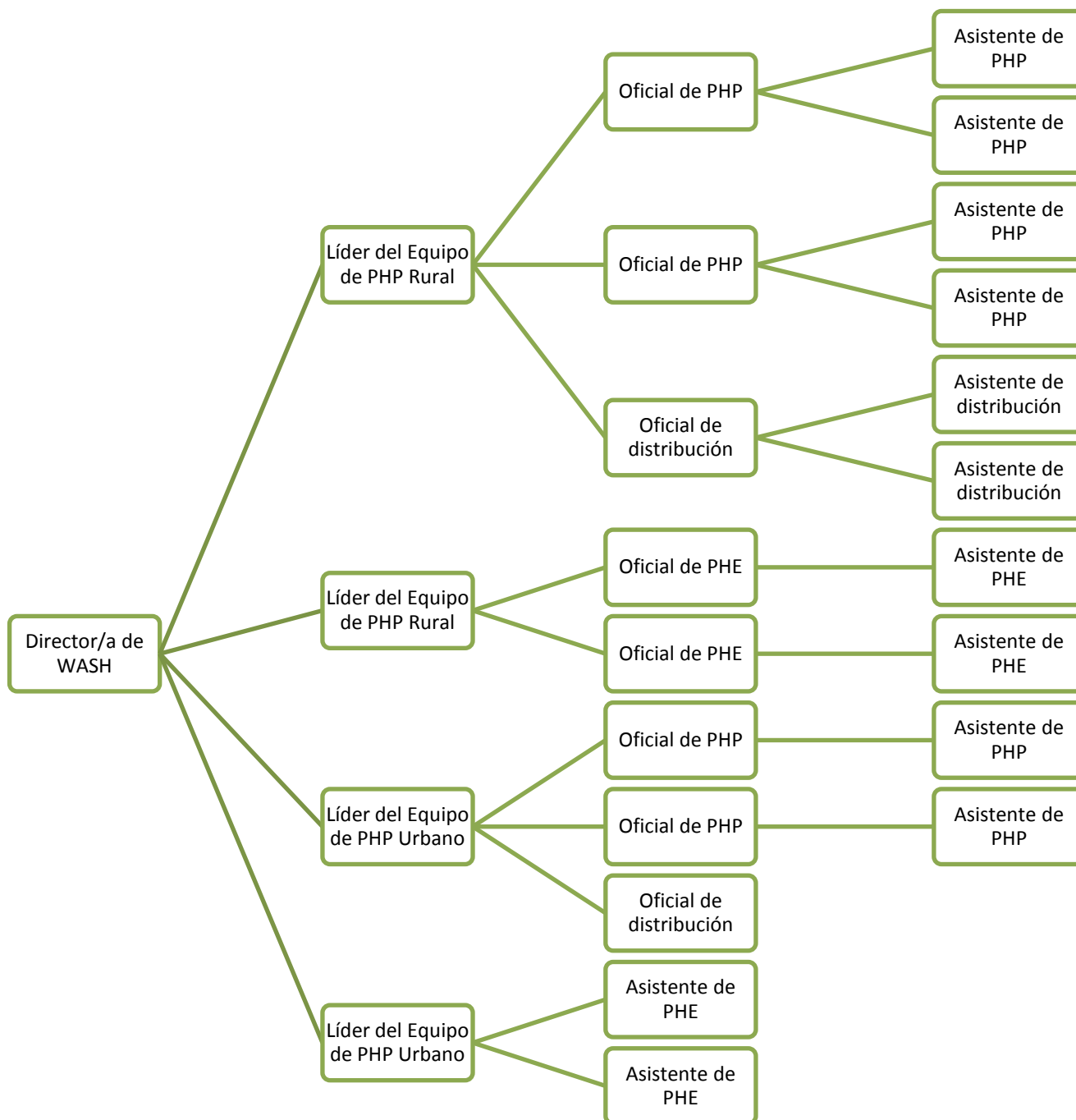
9.4 Incentivar a los ministerios sectoriales a que mejoren la gestión del agua y el saneamiento

Se recomienda continuar con la promoción de la higiene una vez que se hayan notificado los últimos casos activos de cólera para prevenir y gestionar futuros brotes. No obstante, si no se mejoran las instalaciones de agua y saneamiento el impacto a largo plazo probablemente será débil. Por lo tanto, cualquier trabajo de Oxfam GB en los países donde el cólera sea endémico debe incluir campañas de presión para que los gobiernos asuman su responsabilidad, mejoren el acceso al agua apta para el consumo, el saneamiento, la higiene y los servicios de salud, y garanticen una adecuada planificación y aplicación de los programas de WASH.

Debe señalarse que, aunque las campañas de presión pueden ser eficaces para alcanzar una cobertura universal de WASH, es poco probable que esto suceda a corto plazo; es necesario poner un mayor énfasis en que los programas nacionales se centren en la preparación de RRD, ya que será un elemento necesario a distintos niveles durante algún tiempo en los países donde el cólera sea endémico.

10. Recursos

Recurso 10.1: Ejemplo de personal de un equipo de respuesta al cólera
Gráfico 2: Ejemplo de organigrama en Cabo Haitiano (Haití), 2010



Fuente: Adaptado del taller de “Lecciones aprendidas” celebrado con el equipo de respuesta al cólera de Oxfam GB en Cabo Haitiano, en marzo de 2011

Explicación del organigrama

Cuando sea posible, se debería contratar al mismo número de hombres y mujeres para garantizar un programa más equilibrado y eficaz.

Como parte del compromiso de Oxfam GB con la equidad de género, hay una serie de estándares no negociables que se deberían alcanzar:

- Un requisito de la contratación es que los candidatos deben demostrar su voluntad de tratar a hombres y mujeres con equidad en todos los aspectos de la vida y, cuando sea necesario, abordar las inequidades entre mujeres y hombres dentro de su campo de trabajo.
- En las actividades generadoras de ingresos, las mujeres siempre deberían ser un objetivo explícito.
- El personal de Oxfam GB debe promover y apoyar las prácticas laborales que permitan tanto a mujeres como a hombres participar plenamente en el trabajo y la vida familiar.

En el organigrama del ejemplo, el número de familias beneficiarias de la respuesta total fue de 68.000 (aproximadamente 340.000 personas). El programa en Cabo Haitiano se dividió en zonas rurales y urbanas. El programa rural abarcaba 30.336 familias en tres grandes distritos. El programa urbano atendía a 37.686 familias, abarcando solamente las zonas correspondientes a barrios marginales de alto riesgo dentro de la ciudad de Cabo Haitiano.

La estrategia de lucha contra el cólera de Oxfam GB, conforme con el protocolo del Gobierno de Haití, garantizaba que no se llevase a cabo una distribución masiva de kits de prevención del cólera. En lugar de ello, Oxfam GB realizó tres repartos mensuales de bolsas para el tratamiento doméstico del agua a 14.000 familias en alto riesgo (aproximadamente 70.000 personas). No se crearon nuevas fuentes de abastecimiento de agua, y las actividades principales fueron la cloración de los tanques de agua existentes, de los puntos de abastecimiento de agua y la instalación de depósitos de agua temporales en los manantiales existentes para que el agua potable se pudiera clorar en la fuente.

Asimismo, las actividades del programa urbano de PHP trabajaron con dos ONG locales y con los funcionarios de proximidad del Ministerio de Salud para gestionar 50 PRO en las zonas más afectadas por el cólera. El personal de las organizaciones socias también llevó a cabo actividades de promoción de la higiene.

Recurso 10.2: Ejemplos de descripción de puestos para personal de salud pública en materia de cólera⁷

Recuadro 13: Términos de referencia – Coordinador del Equipo de Respuesta al Cólera en PHE/PHP

(nivel B/C)

Responsabilidades principales

Técnicas

- En colaboración con el coordinador de PHP (PHE), finalizar la estrategia para el cólera en Haití y los términos de referencia del Equipo de Respuesta al Cólera.
- Proporcionar asesoría técnica al personal técnico sobre actividades de PHE (PHP) directamente relacionadas con las actividades de respuesta al cólera, entre ellas los insumos para el diseño, las estrategias de aplicación, así como las actividades de seguimiento del programa. **Con frecuencia, los comentarios se basarán en los informes de avance semanales enviados por los directores de programa en cada área.**
- Apoyar a los líderes de equipos de PHE (PHP) en la resolución de problemas de diseño y aplicación relacionados únicamente con las actividades de sus programas sobre el cólera.
- Apoyar a los líderes de equipos de PHE (PHP) para aclarar y comprender los objetivos de PHE (PHP) sobre el cólera, los planes de trabajo, los requisitos informativos, los cronogramas de proyectos y las medidas de rendición de cuentas.
- Llevar a cabo revisiones de las actividades de los programas técnicos y ofrecer orientación sobre las formas de mejorar la calidad y maximizar las oportunidades de mejoras técnicas.

Interacción con los programas de PHE (PHP)

- En colaboración con el coordinador de PHE (PHP), garantizar la plena integración de las actividades de respuesta al cólera, así como que se comprendan las expectativas de la comunidad, y desarrollar estrategias comunes para tener en cuenta las expectativas dentro de los parámetros de la estrategia de Oxfam para el cólera.
- Garantizar que todas las intervenciones promuevan la participación de las comunidades y reconozcan y actúen respecto a los asuntos de género y diversidad.

Formación/aprendizaje

- Apoyar a los directores de programa, los líderes de equipo de PHE (PHP) y, cuando existan, los coordinadores nacionales de WASH en la evaluación de las necesidades de formación del personal local de PHE (PHP) relativas a la prevención del cólera.
- Documentar las lecciones extraídas sobre PHE (PHP) en cada lugar, y facilitar la transferencia de conocimiento de proyecto a proyecto.

Coordinación

- Coordinar estrechamente con el coordinador de Seguimiento, Evaluación, Rendición de Cuentas y Aprendizaje (MEAL en inglés) para diseñar un marco de seguimiento. En caso de que no haya un coordinador MEAL, la responsabilidad recaerá directamente sobre los coordinadores de PHP (PHE).
- Representar a Oxfam GB en todas las reuniones del equipo de WASH a nivel nacional y en los grupos técnicos de trabajo sobre la respuesta al cólera.
- Colaborar y mantener reuniones semanales con los líderes técnicos del programa nacional de Oxfam GB.

Responsabilidades de gestión

- Por confirmar.

⁷ Todos los ejemplos de términos de referencia son perfiles de trabajo internos de Oxfam GB.

Gestión del presupuesto y responsabilidades

- Por confirmar.

Otras actividades

Participar plenamente en redactar los aspectos técnicos de las notas conceptuales para los donantes, las propuestas y los informes a donantes.

Resultados

- Estrategia de respuesta al cólera.
- Cuando sea necesario, un marco de seguimiento del cólera.
- Términos de referencia finalizados para los líderes de equipo para PHE (PHP).
- Términos de referencia finalizados para los oficiales de PHE (PHP) y los asistentes de PHE (PHP).
- Un documento sobre los métodos de trabajo finalizado con los directores técnicos nacionales.
- Planes de trabajo cada dos semanas, con objetivos.
- Informes mensuales de actividades en las que se ha participado, desafíos encontrados, y y continuación necesaria del trabajo.
- Lista del personal de PHE (PHP) para todos los programas de lucha contra el cólera asegurando la presencia de personal de salud pública de nivel C y, cuando así se requiera, de nivel D.
- Documentación sobre todos los programas de formación.
- Documento con lecciones aprendidas y recomendaciones para futuros programas de respuesta al cólera en todo el mundo.

Recuadro 14: Términos de referencia – Líder de Equipo de PHE sobre cólera (nivel C)

Responsabilidades principales:

Técnicas

- Participar plenamente en evaluaciones técnicas y ayudar en su realización.
- Dirigir la selección, el diseño y la construcción de los sistemas de abastecimiento de agua, utilizando aguas subterráneas o superficiales, incluyendo la extracción, el almacenamiento, el tratamiento y la distribución para los nuevos sistemas o la rehabilitación de los sistemas existentes.
- Evaluar las necesidades de saneamiento y, cuando sea muy necesario en el programa del cólera y sea conforme con la estrategia para el cólera, diseñar y aplicar el tipo de sistema de saneamiento más adecuado en consulta con los beneficiarios masculinos y femeninos, lo que incluye la eliminación de excrementos, la eliminación de los residuos, el control de vectores y el drenaje.
- Evaluar continuamente las necesidades de emergencia, cuando sea necesario, teniendo en cuenta especialmente una perspectiva más amplia de salud pública.
- Garantizar que los trabajos cumplan con los mínimos estándares de ESFERA.
- Apoyar y participar en la movilización comunitaria.
- Garantizar que todo el trabajo técnico responda a las necesidades y preferencias de los diferentes grupos meta.

Formación/aprendizaje

- Garantizar que los miembros del equipo de PHE sean plenamente conscientes de la estrategia para el cólera y que todas las actividades de PHE sean conformes con las actividades de la estrategia.

- Evaluar periódicamente el desempeño de los oficiales y asistentes de PHE en su equipo e identificar las áreas donde se requiera apoyo y fortalecimiento de capacidades.
- Participar plenamente en los eventos de aprendizaje en su zona geográfica.

Coordinación

- Trabajar estrechamente con el líder del Equipo de PHP a lo largo de las etapas de planificación, diseño y aplicación de las actividades de PHE. La promoción de la higiene es un elemento fundamental de los programas de PHE, especialmente en la respuesta al cólera.
- Representar a Oxfam GB en todas las reuniones de equipos de WASH a todos los niveles geográficos y en los grupos de trabajo técnico relacionados con la respuesta al cólera.
- Colaborar y mantener reuniones semanales con el personal de apoyo del programa, tales como los responsables de logística y finanzas.

Responsabilidades de gestión

- Contratar a los equipos técnicos, de acuerdo con la estructura acordada del organigrama.
- Gestionar diariamente al personal técnico directamente bajo su responsabilidad.
- Garantizar que su equipo coordine y se integre con los miembros del equipo de PHP.
- Establecer los objetivos con el personal bajo su gestión directa.
- Garantizar que se tengan en cuenta los aspectos de género.
- Informar regularmente, verbalmente y por escrito, al director de Programa o al coordinador de PHE para el cólera, y representar a Oxfam ante otras ONG, organizaciones y autoridades gubernamentales cuando sea necesario.
- Encargar equipamiento al Departamento de Compras de Oxfam cuando sea necesario, organizando ocasionalmente la compra local y llevando la contabilidad.

Gestión y responsabilidades presupuestarias

Por confirmar.

Recuadro 15: Términos de referencia – Líder de Equipo de PHP para el Cólera (nivel C)

Responsabilidades principales:

Técnicas

- Si el programa dura más de tres meses, entonces se debe adaptar y garantizar que se lleve a cabo una mini encuesta de referencia sobre el cólera dentro de las primeras cuatro semanas de actividades.
- Identificar los diversos grupos meta en las zonas geográficas.
- En colaboración con el coordinador de PHP, revisar y adaptar los materiales de formación sobre el cólera en función del contexto local y los grupos meta a recibir formación.
- En colaboración con el coordinador de PHP, revisar y adaptar todos los materiales de IEC en función del contexto local. Esto debería diseñarse como un plan de comunicación.
- En colaboración con el coordinador MEAL, garantizar que todo el seguimiento se realice de conformidad con el formato de seguimiento acordado. Si no existe un coordinador MEAL, entonces referirse al coordinador de PHP.
- Valorar continuamente las necesidades de emergencia, cuando se necesite, especialmente teniendo en cuenta una perspectiva más amplia de salud pública.
- Facilitar, y cuando sea necesario participar, en la distribución de kits de prevención del cólera con el equipo de distribución.
- Garantizar que todo el trabajo cumpla los estándares mínimos de ESFERA.
- Apoyar a su PHP para movilizar a la comunidad y cuando sea necesario participar en la movilización.

- Garantizar que todo el trabajo técnico responda a las necesidades y preferencias de los diversos grupos meta.

Formación/aprendizaje

- Garantizar que los miembros del equipo de PHP sea plenamente conscientes de la estrategia para el cólera y que todas las actividades de PHP sean conformes con las actividades de la estrategia.
- Evaluar periódicamente el desempeño de los oficiales y asistentes de PHP en su equipo e identificar las áreas donde requieran apoyo y fortalecimiento de capacidades.
- Participar plenamente en los eventos de lecciones aprendidas en su zona geográfica.

Coordinación

- Coordinar estrechamente con el líder del Equipo de PHP a lo largo de las etapas de planificación, diseño y aplicación de las actividades de salud pública. La promoción de higiene es un elemento esencial de dichos programas de PHE, especialmente en la respuesta al cólera.
- Representar a Oxfam GB en todas las reuniones de los grupos de WASH a todos los niveles geográficos y en los grupos de trabajo técnicos sobre la respuesta al cólera.
- Colaborar y mantener reuniones semanales con el personal de apoyo al programa, tales como los responsables de logística y de finanzas.

Responsabilidades de gestión

- Contratar al equipo técnico según la estructura de organigrama acordada.
- Gestionar día a día al personal técnico directamente bajo su responsabilidad.
- Establecer objetivos con el personal bajo su gestión directa.
- Garantizar que su equipo se coordine e integre con los miembros del equipo de PHE.
- Garantizar que se tengan en cuenta los aspectos de género.
- Informar con regularidad, verbalmente y por escrito, al director/a de Programa o al coordinador/a de PHP sobre cólera y representar a Oxfam ante otras ONG, organizaciones y autoridades gubernamentales cuando sea necesario.
- Solicitar equipamiento al Departamento de Compras de Oxfam cuando sea necesario, organizando ocasionalmente la compra localmente y llevando la contabilidad.

Gestión y responsabilidades presupuestarias

- Por confirmar.

Recurso 10.3: Ejemplo de una estrategia de cólera modificada - Haití, diciembre de 2010⁸

Objetivo general

La respuesta al cólera de Oxfam GB contribuirá a proteger la salud de las poblaciones afectadas por el cólera en o cerca de los campamentos y las comunidades del área metropolitana de Puerto Príncipe en las que ya se está trabajando, así como en Artibonite y Cabo Haitiano. Si se dispone de más fondos, Oxfam GB aspirará a atender a más personas en Cabo Haitiano y Artibonite en lugar de desplazarse hacia nuevas zonas, al tiempo que hará incidencia para que otros actores humanitarios cubran las lagunas existentes. Sólo en circunstancias muy excepcionales Oxfam se plantearía desplazarse a una nueva zona.

Oxfam GB no es un proveedor de servicios de salud, y por tanto no se involucrará en proporcionar tratamiento a las personas afectadas. Aún así, debido a la naturaleza de la epidemia, Oxfam GB coordinará, cooperará e intercambiará información con las ONG sanitarias y/o el Ministerio de Salud en todos los lugares donde estamos trabajando, así como a nivel nacional (WASH y grupo de trabajo sobre la salud).

Oxfam GB en Haití tiene una sólida posición para incidir e influir sobre aquellos que en posesión del mandato y la experiencia para ofrecer servicios de salud. Por lo tanto, Oxfam GB recopilará información en el terreno y analizará cómo se está gestionando la epidemia, proporcionará asesoramiento y planteará los posibles problemas para sugerir las formas de mejorar la respuesta del sector de salud así como la cobertura de la respuesta en zonas que no estén recibiendo una atención adecuada.

Principios generales sobre los métodos de trabajo

- Toda el agua potable debe clorarse con un indicador mínimo ESFERA de 0,3-0,5 mg/l en el agua almacenada en los hogares⁹ mientras haya casos de cólera activos dentro de las zonas de intervención del programa. En las propuestas de programa se asume un plazo de entre tres y cinco meses según los datos epidemiológicos.
- Identificar las zonas de alto riesgo mediante el uso de indicadores indirectos (*proxy*) de calidad del agua.
- Centrarse en evitar la propagación en las zonas de alto riesgo, es decir, en áreas urbanas, donde la alta densidad de población se combina con una baja calidad del agua potable; en áreas rurales, donde el acceso al agua potable es escaso y hay difícil acceso a atención sanitaria, y en localidades donde aparentemente los casos estén aumentando.
- Colaborar tanto como sea posible con las estructuras existentes de WASH y de salud – autoridades locales como el Conseil d'Administration de la Section Communale, Direction Nationale de l'Eau Potable et la l'Assainissement (la autoridad gubernamental en Haití responsable de agua y saneamiento), la Societe Nationale d'Eau Potable (Sociedad Nacional de Agua Potable), el Ministère de la Santé Population (Ministerio de Salud Pública), Direction de la Protection Civile (Dirección de la Protección Civil) y las ONG socias–.
- De conformidad con la Direction Nationale de l'Eau Potable et l'Assainissement (Dirección Nacional sobre el Agua Potable y el Saneamiento) y el Ministère de la Santé Population,

⁸ Adaptado de la Oxfam GB Cholera Strategy, Haiti, 2010-2011 (estrategia de Oxfam GB para el cólera, Haití, 2010-2011), escrita por Elizabeth Lamond, Marion O'Reilly y Risaa Azzalani.

⁹ Debido a los diferentes niveles de contaminación a lo largo de las áreas del programa, se requerirá el criterio profesional para decidir cuáles son los niveles residuales requeridos en el punto de cloración, por ejemplo 1 mg/l FR en el depósito de los sistemas de abastecimiento alimentados por gravedad, de 0,7 a 0,8 mg/l en el punto de recarga de la cisterna, etc.

incidir sobre las políticas en la medida de lo posible –adaptándolas según el contexto específico–.

- Obtener datos epidemiológicos (cuando sea posible, desglosados) para llevar a cabo un seguimiento de las tendencias.
- Contribuir a los mecanismos de coordinación con el fin de ejercer influencia e incidencia política.
- Asignar los recursos necesarios según un análisis de riesgo y vulnerabilidad de los diferentes grupos meta.

Tabla 4: Directrices para el tratamiento del agua

	Rural – Cabo Haitiano y Artibonite	Urbano – Cabo Haitiano	Campamentos – Puerto Príncipe	Localidades satélite en torno a los campamentos
Reparto masivo continuo de Aquatab	SÍ –ver más abajo	Dirigido a 10.000 hogares	NO, aunque se puede decidir caso por caso	NO
Reparto de Aquatabs para un mes	Zonas donde haya Clorox o las fuentes de agua estén protegidas (nuevas y mejoradas)	NO	NO Sólo en circunstancias extremas	Sólo en emergencias por una interrupción de la provisión normal (seguridad)
PUR – Reparto masivo continuo	Sólo cuando los niveles de turbidez estén por encima de 50 NTU	Sólo cuando los niveles de turbidez estén por encima de 50 NTU	NO	Sólo cuando los niveles de turbidez estén por encima de 50 NTU
Clorox o cloro líquido equivalente en los hogares	Para una parte de los hogares tras un reparto masivo inicial para un mes, con el fin de promover el uso de productos locales sostenibles	Para una parte de los hogares tras un reparto masivo inicial para un mes, con el fin de promover el uso de productos locales sostenibles	NO, aunque se puede decidir caso por caso	Para una parte de los hogares tras un reparto masivo inicial para un mes, con el fin de promover el uso de productos locales sostenibles
Clorox o cloro líquido equivalente en los puntos de abastecimiento de agua¹⁰	NO	Donde no exista un tratamiento alternativo del agua	NO	Donde no exista un tratamiento alternativo del agua
Tanques de agua clorada	Sólo en los campamentos existentes	Sólo en Petite Anse	SÍ	SÍ
Sistemas de abastecimiento de agua temporales, por ejemplo contenedores de agua flexibles, etc.	NO	Sólo en fuentes de agua con sistemas de canalización	NO, aunque se puede decidir caso por caso	NO

¹⁰ Es fundamental realizar tests a los recipientes en cada localidad cuando se promuevan los métodos de cloración de los cubos en los hogares y en los puntos de abastecimiento de agua, para garantizar que se añada la cantidad adecuada de cloro para un cloro residual de entre 0,3 y 0,5 mg/l.

Intervenciones prioritarias contra el cólera en campamentos

Mejoras a corto plazo:

- clorar toda el agua almacenada en cisternas;
- fortalecer la promoción de la higiene y adaptar la información para centrarse en la prevención del cólera;
- distribuir jabón cuando se hayan confirmado casos de cólera.

Intervenciones prioritarias contra el cólera fuera de los campamentos

- Distribuir masivamente kits de prevención del cólera certificados por DINEPA en localidades rurales y semi-urbanas, de acuerdo con la forma de trabajo general descrita anteriormente. No obstante, Oxfam GB no realizará distribuciones masivas de jabón ni de kits completos de prevención del cólera en los asentamientos urbanos. Los materiales para el tratamiento del agua en los hogares deben ser adecuados para el nivel de turbidez del agua potable, por ejemplo PUR cuando la turbidez sea alta.
- Con el fin de alentar el uso de los productos locales, lo que será más sostenible en última instancia, se promoverá la cloración del agua potable almacenada en los hogares o en cubos con Clorox líquido (o un equivalente) en las comunidades que rodean los campamentos, en zonas rurales concretas y en zonas específicas en la ciudad de Cabo Haitiano donde no sea posible realizar mejoras a largo plazo para proteger las fuentes de abastecimiento de agua.
- Priorizar las familias/lugares donde no existan fuentes seguras de agua,¹¹ con formación y materiales para llevar a cabo la cloración de los cubos en los hogares (en las zonas donde sea posible atender a un máximo de 10.000 hogares un mes después de la distribución masiva inicial de kits de prevención del cólera).
- En lugares donde no haya fuentes de agua alternativas, o donde haya más de 10.000 hogares sin acceso a fuentes seguras de agua, continuar con distribuciones mensuales masivas de Aquatabs o PUR – ver el punto anterior.
- Reparar rápidamente los sistemas de canalización de agua¹² y de cloración en los depósitos/cisternas.
- Si no es posible clorar los depósitos conectados al sistema de canalización de agua o los depósitos de separación, instalar sistemas temporales de almacenamiento de agua¹³ que se puedan clorar, cuando el espacio lo permita.
- Cuando no sea posible instalar sistemas temporales de almacenamiento de agua con fines de cloración, se debe formar a los miembros de la comunidad para que cloren los cubos en los puntos de abastecimiento de agua. Hay que tener cuidado con esta actividad ya que puede ser más práctico distribuir Aquatabs a las familias si hay más de 20 puntos de abastecimiento de agua.
- Tras la distribución, llevar a cabo un seguimiento del cloro residual en el agua potable almacenada en los hogares (tomando al menos 20 muestras por localidad).
- Llevar a cabo un seguimiento cada dos semanas del cloro residual en los recipientes para almacenar el agua potable en los hogares –diez muestras aleatorias de familias en cada localidad cada dos semanas, lo que podría hacerse por parte de los promotores comunitarios, los PHP, los agentes de salud, los encargados de la cloración de los cubos, etc.–.
- Este seguimiento puede llevarse a cabo junto a una mejora en la comprensión de los mensajes sobre prevención del cólera/comités comunitarios de agua, etc., quienes pueden recibir formación y materiales para llevar a cabo esta actividad.

Todos los resultados del análisis de calidad y de las actividades de seguimiento DEBEN compartirse con la comunidad a través del equipo de PHP.

¹¹ Pozos abiertos conectados o sin conectar, bombas manuales en zonas de aguas subterráneas poco profundas, ríos y canales de riego.

¹² Las reparaciones rápidas deben completarse antes del final del programa.

¹³ Ejemplos de depósitos temporales de almacenamiento de agua pueden ser bidones plegables de 10 m³, cisternas rígidas, etc., todos ellos equipados con tapas.

Estrategia IEC para la movilización comunitaria y promoción de la higiene

La información prioritaria que se transmite a través de las actividades de IEC debería centrarse en:

- el lavado de manos con jabón antes de llevarse nada a la boca;
- el uso correcto de los métodos de tratamiento del agua y la promoción del consumo de agua clorada para beber;
- la preparación de bolsas de SRO o de soluciones caseras para evitar la deshidratación;
- la identificación temprana de señales y síntomas, la rehidratación y la búsqueda de atención sanitaria.

Otros temas a tratar cuando sea necesario:

- la eliminación segura de excrementos, tales como el enterramiento de las heces;
- la limpieza de las bolsas de agua potable compradas en los comercios con agua clorada y el lavado de manos antes de abrirlas;
- la higiene en la preparación y almacenamiento de alimentos;
- las prácticas seguras de manipulación de vómito y excrementos por parte de personas con cólera en el hogar.

Aunque Oxfam no participará activamente en el enterramiento de cadáveres, ofreceremos asesoramiento sobre enterramiento de víctimas del cólera para evitar la contaminación de las aguas subterráneas. No obstante, en Puerto Príncipe se ofrecen servicios de recogida de cadáveres para su enterramiento.

Medios de comunicación

- Medios de comunicación masiva: utilizar la radio para difundir información clave de acuerdo con la estrategia para el cólera de Oxfam, incluyendo anuncios o sesiones de preguntas y respuestas.
- Se pueden identificar otros medios de comunicación según el contexto, por ejemplo promotores con megáfonos, camiones con altavoces, teatro y canciones.
- Folletos, carteles, pegatinas, prospectos, camisetas, pancartas, murales –deberían estandarizarse en cuanto al contenido para reflejar lo máximo posible las directrices de DINEPA/MSPP–. Solicitar asesoramiento al Equipo de Respuesta al Cólera para garantizar calidad y consistencia. Esto también es importante cuando los socios desarrollan sus propios materiales y quieren utilizar el logo de Oxfam.

Distribución de kits de prevención del cólera conformes con las directrices de DINEPA

- La información para la distribución de kits de prevención del cólera debe incluir instrucciones sobre el uso de tratamiento del agua y SRO.
- Durante la distribución, recurrir a los trabajadores comunitarios de proximidad para hacer demostraciones sobre el lavado de manos, el tratamiento del agua, el uso de bolsas de SRO y la preparación de soluciones caseras con sal y azúcar.

Actividades comunitarias de proximidad

- En los campamentos de Oxfam donde se realiza promoción de la higiene, es necesario adaptar las actividades de promoción para hacerlas más específicas al cólera. Por ejemplo, las campañas, los concursos, los foros de debate en la comunidad, los grupos de madres, padres y vendedores callejeros, etc. pueden adaptarse para otros entornos cuando sea necesario.

- Las visitas familiares requieren mucho personal y no se recomiendan como estrategia general para la promoción de la higiene, pero si se consideran útiles deben analizarse primero con el Equipo de Respuesta al Cólera.
- Actividades en escuelas, tales como la formación de profesores como “educadores” y el suministro de materiales de IEC.

Para que una actividad tenga resultado, es fundamental que haya una división clara de funciones y responsabilidades. Por ejemplo, para la reparación/rehabilitación de los sistemas de agua o para la cloración de las fuentes de abastecimiento de agua es importante que haya un protocolo de acuerdo entre Oxfam y la comunidad.

Formación de trabajadores de proximidad de las comunidades

Es posible involucrar a miembros femeninos y masculinos de la comunidad en las actividades de promoción de la higiene y movilización. Necesitarán una formación, adaptada a sus conocimientos y habilidades y al papel que deberán desempeñar en la comunicación de mensajes sobre el cólera a sus comunidades.

Con el fin de armonizar y estandarizar el contenido de las diferentes sesiones formativas, se ha desarrollado un módulo de formación que ofrece una orientación rápida sobre el cólera, adaptado a diversos públicos meta. Se debe utilizar lo máximo posible para garantizar consistencia y ahorrar tiempo.

Remuneración

- Los voluntarios y voluntarias no recibirán un pago en efectivo pero sí un paquete de recursos que puede contener materiales de IEC y de promoción tales como gorras y camisetitas. No se debe esperar que estas personas trabajen más de un número limitado de horas al día.
- A los agentes de salud se les darán incentivos económicos de conformidad con los contratos firmados con las autoridades locales del Ministerio de Salud Pública y de la Población (MSPP).
- Los movilizados comunitarios existentes seguirán recibiendo un pago en los campamentos. No obstante, **se deberá** debatir con el equipo de respuesta al cólera antes de analizar con la comunidad la contratación de nuevos movilizados comunitarios.

Oxfam GB no llevará a cabo, promoverá ni apoyará lo siguiente, como parte de una respuesta al control del cólera adecuada:

- fumigar o desinfectar las casas, las letrinas o los artículos familiares;
- fumigar para reducir la cantidad de moscas;
- suministrar productos para cloración cuando la población ya reciba agua potable clorada, ya sea por distribución en cisternas o sistemas de canalización de agua clorada.

Justificación para no apoyar las prácticas de desinfección:

“No existe ningún estudio publicado que demuestre que la desinfección de los hogares [o las letrinas] sea eficaz en la prevención del cólera –lo cual no resulta sorprendente, ya que no hay ninguna razón a priori para esperar que fuese así–. Las bacterias *vibrio cholerae* son muy sensibles a la desecación (lo que quiere decir que no sobreviven mucho tiempo en una superficie seca) y las personas se infectan por vía oral (lo que quiere decir que, a menos que se chupe el suelo y los muebles es muy improbable que se produzca una infección a través de ellos). Esto resulta evidente la ausencia de referencias en las publicaciones, que **no** lo mencionan como una medida preventiva, como en el caso de las Directrices para el Control del Cólera de la OMS (1993).

Por otro lado, existen numerosas pruebas acerca de la importancia de lavarse las manos, la higiene con los alimentos y la eliminación de excrementos en la prevención del cólera”.

Sandy Cairncross, profesora de Salud Ambiental, London School of Hygiene and Tropical Medicine; Rick Bauer, asesora sobre PHE, Departamento Humanitario, Oxfam GB. Noviembre de 2010

Estrategia de salida

El debate actual con el equipo de respuesta a emergencias gira en torno a la estrategia de salida de los campamentos de Puerto Príncipe, especialmente donde aún haya casos de cólera activos. La estrategia para el cólera se tendrá que actualizar para finales de diciembre, momento el que se establecerán debates con la dirección del Equipo de Respuesta al Terremoto.

Recurso 10.4: Coste y cantidades de kits de prevención del cólera para distribución masiva

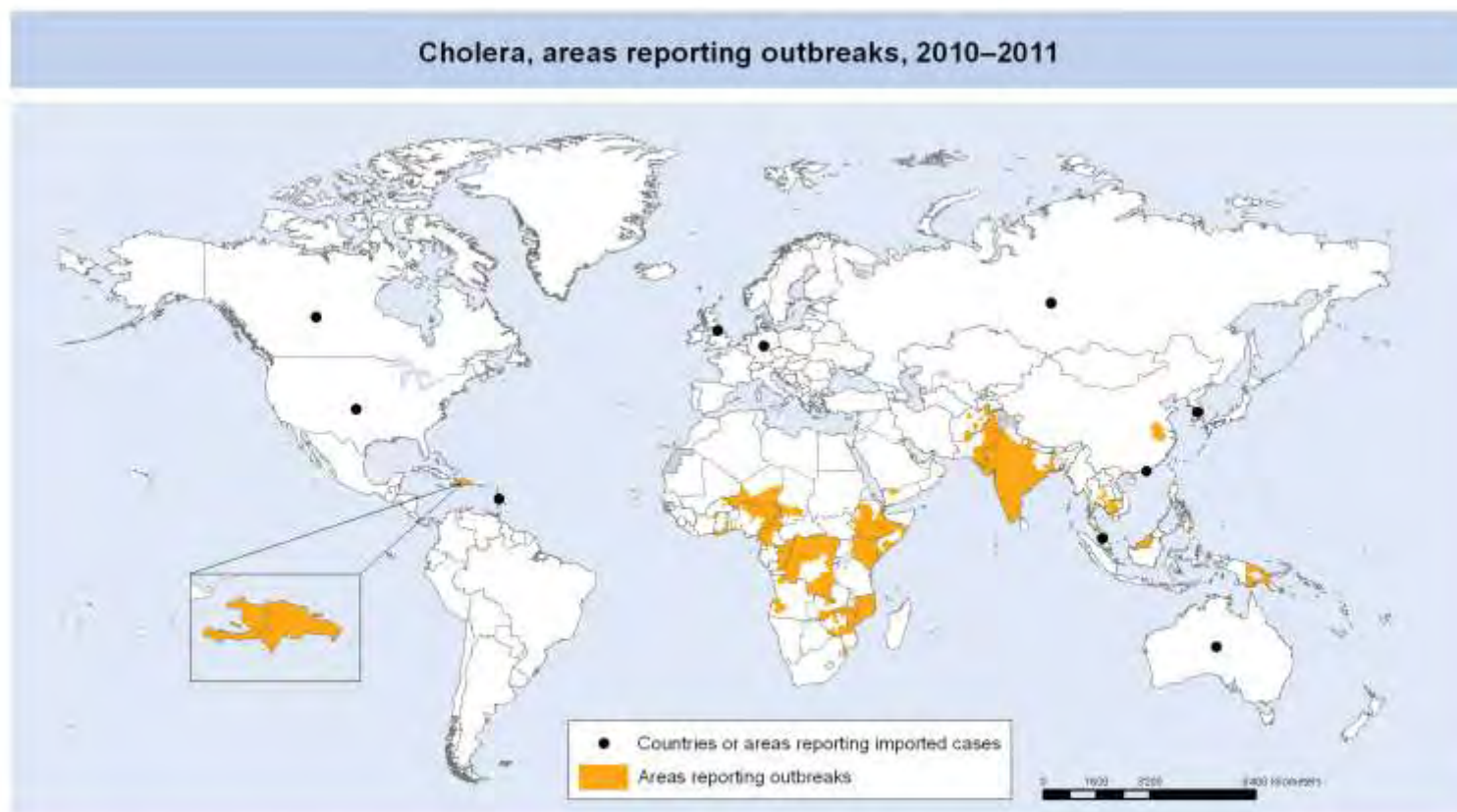
Tabla 5: Coste estimado de una distribución masiva de kits de prevención del cólera en Petite Rivier, Haití (2010)¹⁴

Basado en 30.000 familias, cinco personas por familia y tres distribuciones mensuales, donde 10.000 familias recibirán lejía líquida en lugar de Aquatabs tras la primera distribución mensual. Se ha incluido un coste adicional para la SRO que necesiten los PRO comunitarios.

Artículo	Unidad	Coste unitario (dólares)	Cantidad por familia	Coste mes 1 (dólares)	Coste mes 2 (dólares)	Coste mes 3 (dólares)	Coste total (dólares)
Aquatabs (33 mg/l)	Tira de 10 comprimidos	0,46	12 tiras (120 comprimidos en total)	165.600	110.400	110.400	386.400
Jabón	Barra de 250 g	0,50	5 barras	75.000	75.000	75.000	225.000
Bolsa de SRO	1 bolsa	0,35	2 bolsas	21.000	0	0	21.000
Lejía líquida	500 ml	1,1	1 botella	0	11.000	0	11.000
Jeringas desechables	Jeringa de 5 ml	0,3	1 jeringa	0	3.000	0	3.000
			Cantidad mensual para 30 PRO	Coste mes 1 (dólares)	Coste mes 2 (dólares)	Coste mes 3 (dólares)	Coste total (dólares)
Bolsas de SRO para PRO	1 bolsa	0,35	12.000 bolsas (400 por PRO por mes)	0	4.200	4.200	8.400
Coste Total				261.600	213.600	189.600	654.800

¹⁴ Basado en las cifras reales de kits de Oxfam GB para prevención del cólera durante la ampliación del programa en Haití de lucha contra el cólera, 2010-2011.,

Recurso 10.5: Mapa que muestra los países donde el cólera es endémico



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization
Map Production: Public Health Information
and Geographic Information Systems (GIS)
World Health Organization



Fuente: OMS (2012)

Recurso 10.6: Lista de control en caso de brote de cólera para directores/as de programa¹⁵

Preparación frente al cólera

1. Desarrollar un plan de preparación y aplicación frente al cólera al menos dos meses antes de la estación en que se suelen producir los brotes. Reunir a otras organizaciones y al Ministerio de Salud para desarrollar una estrategia más amplia acordada entre todos.
2. Actualizar la estrategia anterior para brotes de cólera y distribuirla entre su equipo. La estrategia principal se debe centrar en:
 - garantizar un buen suministro de agua potable clorada;
 - proporcionar letrinas y/o sistemas para la eliminación segura de los excrementos cuando sea necesario;
 - suministrar jabón para el lavado de manos;
 - formar al personal;
 - encargar los suministros necesarios adecuados, tales como jabón, contenedores de agua, equipo y productos químicos para purificación del agua, SRO y cloro, y hacerlos llegar con margen de tiempo a las zonas que se espera se vean más afectadas;
 - planificar con el Ministerio de Salud, otras ONG y las organizaciones comunitarias;
 - trabajar con las comunidades y fortalecer las estructuras y sistemas existentes en las zonas de respuesta;
 - establecer, junto con todos los actores, sistemas para la vigilancia, el seguimiento y la rendición de informes.
3. Llevar a cabo actividades de coordinación con regularidad

Recursos necesarios

- personal adicional, tanto femenino como masculino;
- equipo para el agua: bidones plegables/grandes cisternas de almacenamiento, tomas de agua, cloro;
- suministros: bolsas de Aquatabs/PUR, SRO, contenedores de agua (garrafas, cubos, palanganas), jarras de un litro, vasos para beber, pastillas para purificación de agua, megáfonos, material de oficina;
- transporte adicional;
- materiales para construir letrinas de emergencia cuando sea necesario (especialmente en los campamentos), leña, lonas de plástico, herramientas para excavar, forjados para letrinas, contenedores para el lavado de manos con grifos, contenedores para el lavado de pies, clavos, cuerda.

Respuesta temprana a un brote

1. Trabajar con otros actores para ponerse de acuerdo en cómo definir un caso de cólera, si no se ha hecho ya.
2. Identificar una organización líder para confirmar el brote –normalmente el Ministerio de Salud, la OMS o las organizaciones que tengan laboratorios con instalaciones para hacer pruebas–.
3. Contratar y formar personal adicional a nivel de programa y en la comunidad –una buena preparación puede ayudar–.
4. Planificar la estrategia de respuesta con los equipos de programa.

¹⁵ Guía interna de Oxfam GB

5. Comenzar con la aplicación, supervisión, seguimiento y evaluación de las actividades de control (para más detalles, consultar los apartados 1-9 de esta guía)
6. Organizar o apoyar la coordinación entre actores.
7. Definir con el resto de actores el modo epidemiológico de la enfermedad y, cuando sea posible, tratar de controlarla en una fase temprana.

Acciones clave

8. Proporcionar un suministro seguro de agua (cuando sea posible).
9. Incrementar la cloración en todas las etapas del agua, centrándose inicialmente en la distribución de bolsas de cloración doméstica (Aquatabs, PUR, etc) para ganar tiempo de cara a establecer una cloración masiva, cloración de los cubos en las fuentes de abastecimiento y, cuando sea necesario, la cloración en los hogares.
10. Garantizar que se limpien todos los contenedores de recogida de agua.
11. Identificar los diversos grupos y compilar un plan de comunicación.
12. Educar a la gente sobre la cadena segura del agua.
13. Cuando sea necesario, establecer SRO comunitarios con sistemas de seguimiento sencillos.
14. Llevar a cabo campañas sobre la higiene en los hogares y en las comunidades (en lugares públicos, mercados, etc.)
15. Desinfectar las letrinas comunitarias con cal clorada y/o cenizas.
16. Garantizar que haya instalaciones disponibles para lavarse las manos que funcionen correctamente en todas las letrinas y lugares donde se manipulan alimentos.
17. Suministrar jabón para el lavado de manos.
18. Cuando se solicite, suministrar contenedores de agua adicionales.
19. Involucrar a los representantes comunitarios, mujeres y hombres, las autoridades locales y los líderes a todos los niveles.

Recurso 10.7: Ejemplo de un plan de acción de preparación frente al cólera de Oxfam GB

Kebkabiya, Darfur, Junio de 2007

Actividad	Fecha		Notas
Coordinación/reunión con partes interesadas			
Reunión introductoria con HAC	19/06/2007		
Reunión introductoria con el Ministerio de Salud	19/06/2007		
Reunión introductoria con <i>Shieks</i> , líderes comunitarios, líderes de grupos locales	20/06/2007		Mañana
Reunión introductoria con grupos de mujeres	20/06/2007		Ha tenido lugar el 19/06/07
Reunión introductoria con MSF/analizar necesidades de CTC	21/06/2007		
Compartir el plan de DLA con ICRC	22/06/2007		
Reunión semanal de ONG – actualizar DLA	24/06/2007		
Compartir información con El Fasher mediante sitrep UNICEF (WATSAN)	21/06/2007		
	25/06/2007		Quincenal
OMS/Ministerio de Salud (reunión de coordinación sobre salud)	27/06/2007		Semanal
Necesidades logísticas			
Repuestos Delagua	Pedido		
Jabón en polvo (para limpiar las garrafas)	Pedido		
Cloro (gránulos de HTH)	Pedido		
Material para el punto de SRO	Pedido		
Cal clorada + guantes de plástico	Pedido		
PUR o preparador de agua o bolsas de cloro	Pedido		Recepción prevista el 18
Información a compartir con el equipo			
Informar al equipo de salud pública sobre la política de no fumar contra las moscas	18/06/2007		Ha tenido lugar el 18/6/07
Compartir el plan final de DLA con el equipo de salud pública	19/06/2007		
Formación del personal			
Compartir los procedimientos de cal/letrinas con el equipo de salud pública	18/06/2007		Ha tenido lugar el 18/06/07
Formación sobre mapeo de datos para el personal de salud pública	19/06/2007		Ha tenido lugar el 19/06/07
Revisar el paquete formativo para el personal y la comunidad	19/06/2007		Herramientas para formación y folletos
Sesión de dos horas sobre DLA y cólera a TODO el personal	24/06/2007		
Formación para el equipo de salud pública, KCS y MSF sobre métodos de formación para grupos comunitarios	24/06/2007		
Contratación de personal			
Contratar a cuatro trabajadores de PHP de KSCS PHP por 15 días de trabajo	21/06/2007		Para comenzar los trabajos el 24 Verificar la legislación laboral
PHP de KSCSPHP trabajando por jornales	15 días		
<i>Nota – ver también acciones sobre personal extra para la construcción de losas</i>			
Formación comunitaria			
Preparar el cronograma de formación	19/06/2007		
Comités comunitarios (CC) y grupos de mujeres	25/06/2007		25-27
Prácticas de higiene en las escuelas	Por confirmar		2ª escuela secundaria 45ª primaria (a partir del 1 de julio)

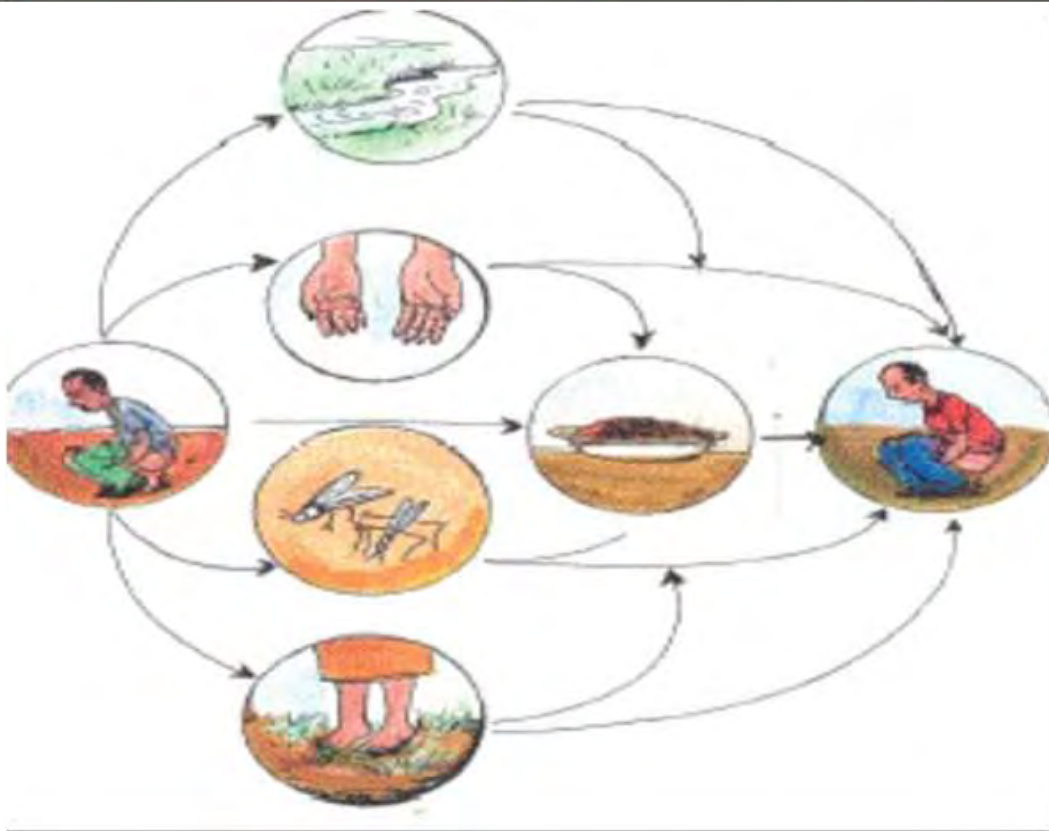
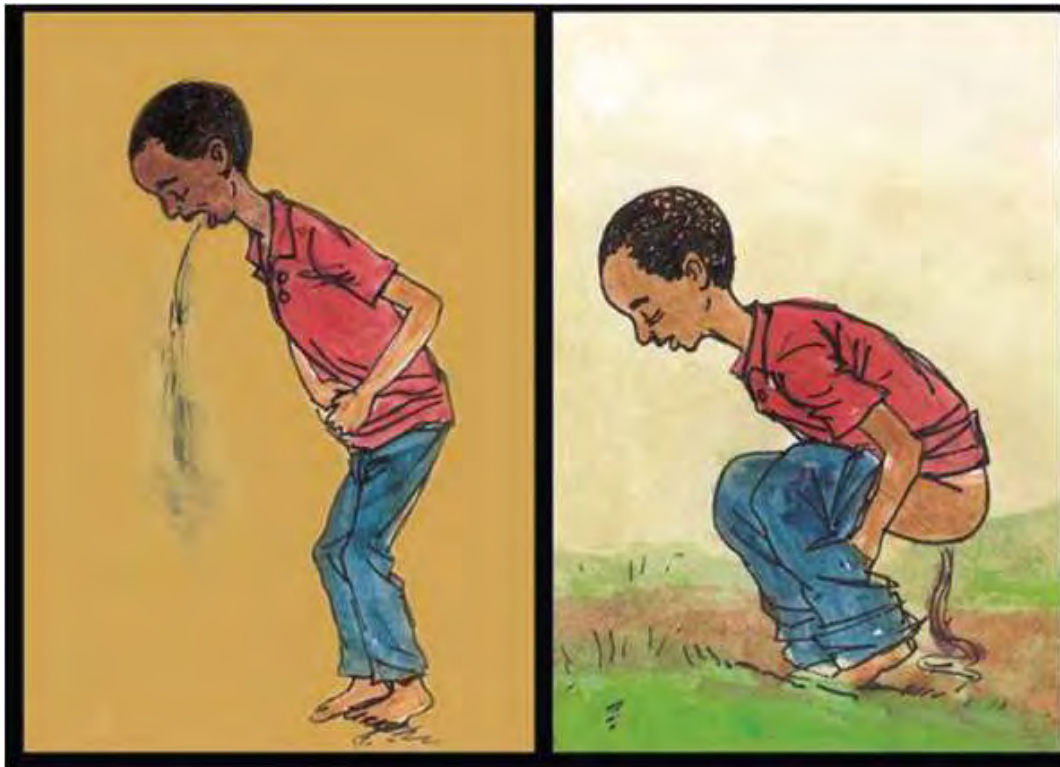
Actividades de PHP			
Cinco mensajes clave			
Identificar los mensajes clave sobre DLA	18/06/2007		Ha tenido lugar el 18/6/07
Revisar los materiales de IEC existentes	18/06/2007		Ha tenido lugar el 18/6/07
Producir materiales de IEC de prueba	19/06/2007		19-20
Probar los materiales de IEC	25/06/2007		25-27 durante la formación CC
Finalizar los materiales/diseño final por artista	28/06/2007		Unos 6 días para el diseño
Producción	04/07/2007		Deben estar listos el 7 de Julio
Distribución de materiales de IEC a CC	08/07/2007		
Comenzar a usar los materiales de IEC recién desarrollados sobre DLA	08/07/2007		
Compartir los nuevos IEC con MSF y otros	08/07/2007		
Distribución			
Distribución mensual de jabón	28/06/2007		Para julio
Distribución de bidones y embudos de plástico para limpieza anal en 13 barrios	Por confirmar		
Distribución de lonas plásticas en 16 barrios	Por confirmar		
Ropa sanitaria	Por confirmar		
Centrar actividades en mensajes clave de higiene sobre DLA			
Limpieza rutinaria de bidones	27/06/2007		Miércoles
Limpiezas semanales en marcha	27/06/2007		Incluir/centrarse en mercados y zonas de comidas
Seguimiento de la limpieza en los puntos de abastecimiento de agua	27/06/2007		Domingos y miércoles
Seguimiento semanal de letrinas	27/06/2007		Miércoles
Educación sobre salud en escuelas (Madrassa)	04/07/2007		Miércoles
Puntos de SRO			
Selección de puntos focales de SRO	25/06/2007		44 puntos focales SRO durante la formación sobre CC el 25-27 de junio
Formación de puntos focales sobre SRO	12/07/2007		
Recepción de materiales de SRO	08/07/2007		
Distribución de material de SRO para los puntos focales	12/07/2007		
Herramientas para la gestión de residuos sólidos (GRS)			
Formulario de solicitud para herramientas de GRS (1000* rastrillos)	13/06/2007		Para el 21
Distribución de herramientas	28/06/2007		Con distribución de jabón
Datos del sistema de información sanitaria (SIS)			
Recolección semanal de datos del Ministerio de Salud, hospitales y MSF	En marcha		
Creación de cartografía de las zonas urbanas de Kebkabiya	20/06/2007		
Introducción de datos de SIS en la base de datos y el mapa – PHE	20/06/2007		En marcha
Introducción de datos de HIS en la base de datos y el mapa – PHP	21/06/2007		En marcha
Actividades relativas a las letrinas			
Rehabilitación de letrinas			
Formulario de solicitud para aprovisionamiento de bambú (*2000)	17/07/2007		
Entrega de materiales a beneficiarios	14/06/2007		
Rehabilitación de 810 letrinas	En marcha		Total necesarias = 810 para finales de julio
Construcción de letrinas para mejorar la cobertura			
Registro de hogares para nuevas letrinas	13/06/2007		En marcha
Losas para letrinas			
Producción de losas	14/06/2007		
Incrementar los trabajadores temporales a 10 + 1 supervisor	18/06/2007		Contratados y listos para trabajar el 24

Trabajo temporal	En marcha		15 días máximo
Formulario de solicitud para el aprovisionamiento de 40 moldes de losas	17/06/2007		
Aumentar la construcción de losas	24/06/2007		
Formulario de solicitud de aprovisionamiento para materiales necesarios para las letrinas			
Alfombras de fibra * 5.600	17/06/2007		Local. Se necesita para el 3 de Julio
Postes de bambú * 8.000	17/06/2007		Se necesita para el 3 de Julio
Postes disponibles localmente * 800	17/06/2007		Local. Lo antes posible
Iniciar la distribución de materiales para la superestructura (c. 1100)	19/06/2007		
Tapas para letrinas			
Formulario de solicitud de aprovisionamiento de tapas de letrinas de diseño WES * 700	17/06/2007		
Formulario de solicitud de aprovisionamiento de tapas de letrinas de diseño Oxfam * 4.300	17/06/2007		
Recepción de las tapas (actividad continua)	24/06/2007		
Distribución de tapas de letrinas	25/06/2007		En la formación de CC, después en marcha
Echar cal en las letrinas			
Formulario de solicitud de aprovisionamiento de cal clorada	Hecho		Se necesita lo antes posible
Mezclar HTH (hipoclorito de alta concentración) con la cal existente	19/06/2007		Ha tenido lugar el 19/6/07
Distribuir y formar a CC sobre cómo echarla a las letrinas llenas	25/06/2007		Control de reservas por los líderes comunitarios y registro llevado a cabo por los propietarios de los servicios
Distribuir y formar a CC sobre cómo echarla a las letrinas todavía en uso	25/06/2007		
Cubrir las necesidades de letrinas de los CTC			
Actividades relativas al agua			
Fuentes de agua clorada de Oxfam			
Cobertura del suministro de agua			
Nuevo sistema de agua en Amira Shamal	15/07/2007		Logs priorizan compras/transporte
Nuevo sistema de agua en El Salaam	15/07/2007		Logs priorizan compras/transporte
Formulario de solicitud de aprovisionamiento de tuberías para Amira Shamal/El Salaam	21/07/2007		
Cloración			
Incrementar FRC (cloro libre residual) como mínimo a 0.5 mg/l	17/06/2007		
Seguimiento diario del FRC	19/06/2007		Diario a partir del 19
Fuentes de agua sin clorar			
Paradas para carretas de burros			
Formación a encargados de puntos de agua en 12 * paradas para carretas de burros/ calcular necesidades de cloro	20/06/2007		20-21
Distribución de cloro/comenzar la cloración de contenedores de carretas de burros	20/06/2007		A partir del 20
Sensibilización sobre cloración en 12 * paradas	01/07/2007		En marcha por CC a partir del 1 de julio
Propietarios particulares de pozos			
Concertar reuniones con propietarios de pozos	25/06/2007		14 propietarios de pozos
Reunión en la oficina de Oxfam GB con 14 propietarios de pozos abiertos	26/06/2007		
Formación sobre cloración/cálculo de necesidades de cloro en los pozos	27/06/2007		27-30 en cada pozo abierto
Reparto de cloro/inicio cloración de bidones	27/06/2007		27-30 y después continuo
Bombas manuales			

Cloración de bidones en las bombas manuales sólo en caso de brote de DLA	18/06/2007		Ha tenido lugar el 18/06/07
Seguimiento de la cloración			
<i>Carretas de burros</i>	24/06/2007		Continuo a partir del 24
<i>Pozos abiertos</i>	01/07/2007		Continuo a partir del 1
Análisis bacteriológico			
Verificar kits Delagua	18/06/2007		Ha tenido lugar el 18/06/07
Análisis bacteriológico de 16 muestras de hogares por semana	20/06/2007		Semanalmente a partir del 20, 32 muestras/semana si el 2º kit OK
Cubrir las necesidades de letrinas de los CTC	Por confirmar		
Acceso a zonas rurales			
Revisar condiciones de seguridad	06/07/2007		
Organizaciones comunitarias en zonas rurales- formación/información sobre casos de DLA	Por confirmar		

Recurso 10.8: Ejemplo de materiales para la educación y la participación comunitaria

Tarjetas informativas sobre el cólera





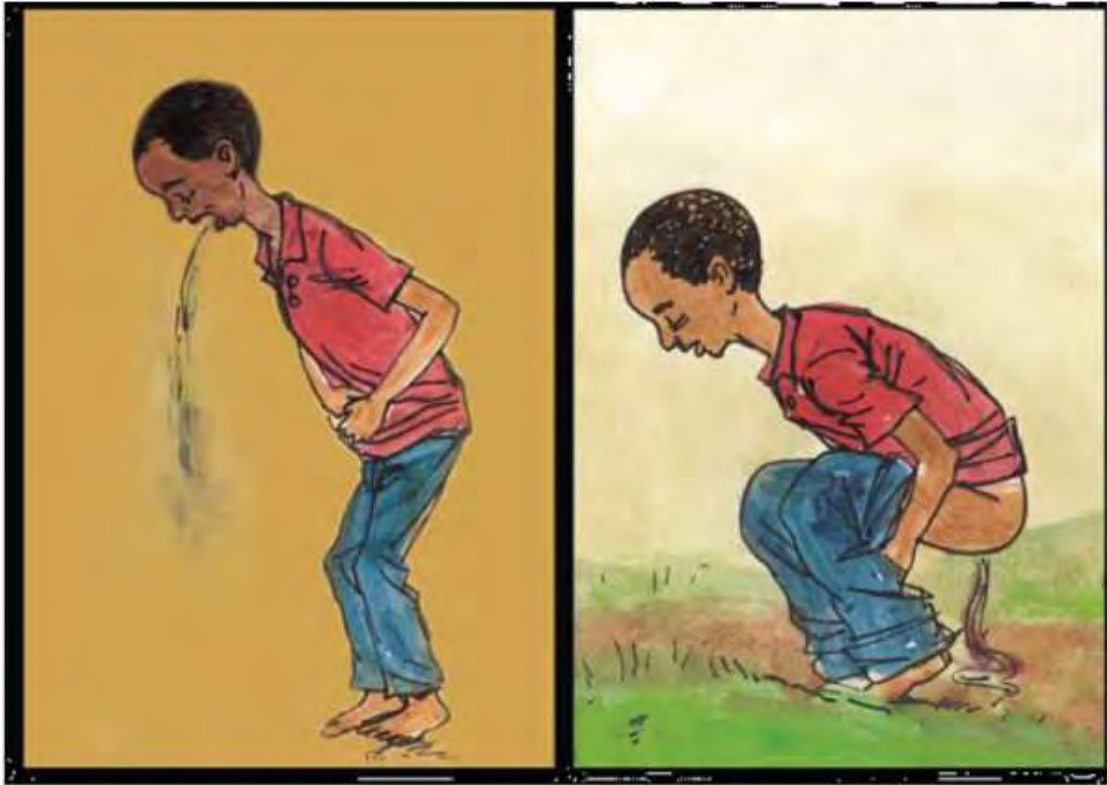










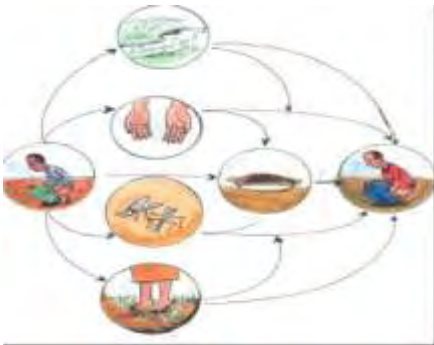


Folletos sobre el cólera en Etiopía

¿Qué es el cólera?

El cólera es una enfermedad que afecta actualmente a muchos lugares en Etiopía, y se caracteriza por los siguientes síntomas:

- tres episodios de diarrea líquida en un solo día;
- vómitos.



¿Cómo se transmite el cólera?

El cólera se propaga fácil y rápidamente a través de la boca desde las manos sucias, agua contaminada o alimentos sin cocinar.

¿Por qué el cólera es un problema?

El cólera provoca deshidratación y la deshidratación lleva a la muerte.

¿Qué debe hacer si usted o alguien de su familia presenta síntomas de cólera?

- Empiece inmediatamente a beber un preparado de rehidratación oral disponible.
- Continúe bebiendo el fluido de rehidratación hasta llegar al centro de tratamiento del cólera (CTC), puesto de salud o clínica más cercano.



- Informe del caso al líder kebele.

¿Qué puede hacer para prevenir o controlar el cólera?

1. Elimine los excrementos y el vómito en un lugar seguro para evitar que entren en contacto con otras personas.

- ◆ Si hay letrinas disponibles, utilizarlas para deshacerse de los excrementos y el vómito.
- ◆ Si no hay ninguna letrina disponible:
 - a) excave un hoyo y entiérrelos;

- b) envuélvalos en plástico u hojas de banana y entiérrelos lejos
- c) vaya a un área aislada, lejos de los puntos de abastecimiento de agua y de la gente, y cúbralos con tierra.

Esto es aplicable a todos, incluyendo a los niños y niñas. Ponga especial atención cuando alguien de su familia esté enfermo.



2. Lávese siempre o frótese ambas manos. Si tiene jabón y agua, úselos y frote las dos manos. Si no tiene jabón, frótese las manos con agua y con:

- cenizas;
- arena;
- hojas.

¿Cuándo?

- después de ir al servicio;
- antes de comer;
- antes de preparar la comida;
- después de limpiar las heces a un bebé.



3. Trate el agua antes de beberla

Clore el agua usando PUR/Waterguard/Wuha Agar. Almacene el agua en contenedores limpios y cubiertos después de tratarla.



4. Evite comer comida cruda o poco cocinada

¡Hiérvala, cocínela o deséchela!

- Evite la comida poco cocinada o cruda.
- Cocine todas las verduras.
- Limpie y cubra las sobras de comida.
- Use utensilios y platos limpios.

4. Si usted o algún conocido se enferma de cólera, deben tomar la misma cantidad de líquido que pierde

Puede ayudar a evitar el riesgo de muerte con estos sencillos pasos:

- Reemplace los fluidos perdidos con preparados y líquidos recomendados que estén a su disposición, como por ejemplo:
 - Sopas de vegetales + sal;
 - Sopa con alimentos cocinados + sal;
 - Bula kocho + sal;
 - SSS (solución con azúcar y sal);
 - Sales de rehidratación oral, si hay disponible.
- Beba un vaso de líquido por cada episodio de diarrea o vómito mientras se dirige al CTC/puesto de salud/clínica/hospital más cercano



Ejemplos de carteles sobre el cólera

Lo que todo el mundo debería saber sobre el cólera



Las principales señales y síntomas del cólera incluyen diarrea acuosa y vómitos



El cólera se puede transmitir a través del agua contaminada, las manos sucias y la comida



Para evitar la propagación del cólera, elimine los excrementos y el vómito de forma segura, lávese bien las manos y trate el agua en su hogar.



Evite comer alimentos sin cocinar y asegúrese de que todos los alimentos estén bien cocinados

Si usted o alguien en su familia nota los síntomas anteriores, tome sales de rehidratación oral u otro fluido disponible, como gachas locales a intervalos de un vaso por cada episodio de vómito o diarrea mientras se dirige al centro de salud más cercano.

Recurso 10.9: Kit de apoyo sobre WASH de Oxfam GB para CTC y PRO¹⁶

Tabla 6: Lista de materiales y equipo para higiene, saneamiento y aislamiento

Este ejemplo se basa en un CTC con 50 camas de capacidad

Descripción del artículo	Cantidad necesaria para 1 CTC	Coste unitario (dólares)	Coste para 1 CTC	Coste para 20 CTC (dólares)
Suministro de agua				
Un suministro mensual de cloro HTH 70% (1 kg al día)	30 kg	4	120	2.400
Cisternas plásticas, 2.000 litros	1	200	200	4.000
20 m de manguera enrollable – ¾”	1	50	50	1.000
Cubos plásticos (con tapa) – 10 l	10	1,5	15	300
Cubos plásticos (con tapa) – 30 l	5	4	20	400
Garrafas – 20 l	10	3	30	600
Saneamiento				
Cajas de seguridad (agujas)	4	2	8	160
Incinerador metálico (también se puede usar una fosa para incineración)	1	4	4	80
Bidones grandes con tapadera para basura	5	2	10	200
Letrinas para acucillarse	4	40	160	3.200
Lonas de plástico	1 rollo	60	60	1.200
Mano de obra (excavación del foso de la letrina y construcción)	4	15	60	1.200
Higiene y aislamiento				
Grandes contenedores de agua (30-40 litros) con tapa para el lavado de manos	5	7	35	700
Detergente en polvo –para limpiar, bolsas de 5 kg–	5	10	50	1.000
Cloro para desinfectar –limpiar, esterilizar, etc. (HTH 70%)–	60kg	4	240	4.800
Guantes de caucho de gran resistencia (no desechables)	10 pares	1,8	18	360
Escobas de plástico para limpiar	4	1,50	6	120
Delantales de plástico (no desechables)	10	5	50	1.000
Placas de plástico para lavar los pies (grandes y amplias)	4	10	40	800
Botas de goma de diversos tamaños	10 pares	10	100	2.000
Utensilios de limpieza – Un set que incluya: <ul style="list-style-type: none"> • 4 escobillas para el baño; • 20 paños; • 3 fregonas y cubos 	1 set	30	30	900
Grandes contenedores de plástico/baños para remojar la ropa	3	10	30	900
Salario de un mes para dos vigilantes – refuerzo del aislamiento	2	50	100	2.000
Salario de un mes para tres personas encargadas de la limpieza	3	50	150	3.000

¹⁶ Directrices internas de Oxfam GB

Coste total aproximado (dólares)			1.636	33.320
---	--	--	--------------	---------------

Tabla 7: Lista de materiales y equipamiento para kit de PRO comunitario

Notar que las cantidades requeridas variarán según el tamaño del PRO.

Descripción del artículo	Cantidad necesaria para 1 PRO	Coste unitario (dólares)	Coste para 1 PRO (dólares)	Coste para 50 PRO (dólares)
Cuaderno de tapas duras	1	0,5	0,5	25
Bolígrafo	5	1,0	5,0	250
Bolsa de SRO	400	0,35	140	7.000
Azúcar y sal para demostración	250g cada	5,0	10	500
Tazas de 200 ml	5	1,0	50	2.500
Tazas de 500 ml	5	1,5	7,5	375
Cucharas desechables	20	0,3	6,0	300
Jarra de plástico para medir (1 litro)	1	4,0	4,0	200
Barreño de plástico de tamaño medio	1	6,0	6,0	300
Garrafa con tapa	1	10,0	10,0	500
Garrafa sin tapa	3	8,0	24,0	1.200
Utensilio para el lavado de manos	4	10	40	2.000
Jabón para el lavado de manos de 250 g para demostración	4 barras	0,5	2,0	100
Tira de 10 Aquatabs – para demostración	12 tiras (10 comprimidos cada una)	0,46	5,52	276
500 ml de lejía clorada líquida para demostración	1	1,1	1,1	55
Jeringas plásticas desechables de 5 ml	3	0,3	0,9	45
Carteles y folletos para IEC sobre el cólera				
Coste total aproximado (dólares)			272,52	13.626,00
Posibles artículos adicionales				
Tabla de plástico pequeña	1	50,0		
Sombrilla grande	1	30,0		
Bolsas de PUR– para demostración	50	0,3		

Los artículos adicionales son para PRO cuando no haya espacio en las oficinas ni sombra en las comunidades rurales.

Recuadro 16: Puntos de rehidratación oral (PRO)

Cuando se establecen, deberían organizarse según un protocolo claro que defina:

- quién recibe la bolsa de SRO y cuántas;
- cuántas bolsas se suministran cada semana a los puntos de distribución SRO;
- cómo se lleva a cabo el seguimiento de las actividades.

Las bolsas de SRO no deberían entregarse a la persona enferma sino a quien la cuida, para que se las suministre en su hogar.

Si están disponibles, se deben entregar folletos que refuercen los consejos dados a las personas sobre el uso de PRO.

Recurso 10.10: Directrices sobre higiene, saneamiento y aislamiento en CTC¹⁷

Es **muy** importante que en las instalaciones de salud donde se atiende a pacientes de cólera se sigan **en todos los casos** procedimientos de higiene, saneamiento y aislamiento. De no hacerlo, otros pacientes podrían infectarse, así como las personas al cuidado o el personal, quienes a su vez llevarían la infección a sus propios hogares.

Programas de Oxfam

Cabe destacar que el enfoque predominante de Oxfam GB a la hora de controlar un brote de cólera trabajando en la comunidad consiste en promover la higiene y movilizar y motivar a la población. Aún así, especialmente cuando los CTC estén dentro de las comunidades, Oxfam GB debería estar disponible, cuando sea necesario, para ofrecer saneamiento y agua segura a los CTC. Se debería tener el mismo nivel de cuidado cuando se establecen PRO comunitarios.

Actividades mínimas en materia de higiene, saneamiento y aislamiento

Todas las instalaciones de salud, los CTC y las UTC deben respetar los siguientes principios:

1. Aislar los casos graves.
2. Confinar todos los excrementos (heces y vómitos)
3. Sólo una persona al cuidado por paciente.
4. Lavarse **siempre** las manos con agua clorada (garantizar la concentración correcta).
5. Desinfectarse los pies al salir del centro.
6. Proporcionar áreas de servicios sanitarios y baños para los pacientes e instalaciones aparte para el personal según las indicaciones de Esfera. Garantizar que dichas instalaciones estén limpias y ofrezcan privacidad.
7. Dar seguimiento a las familias y parientes del paciente para asegurarse de que no haya otros casos; que dispongan de medios para clorar el agua que beben; que tengan jabón disponible para lavarse las manos, y que tengan información sobre medidas de prevención del cólera.
8. Si las personas llegan en transporte público los coches/vehículos deberían desinfectarse si el paciente ha vomitado o contaminado el vehículo con heces o ropas contaminadas fecalmente.
9. Preparar tarjetas plastificadas de diferentes colores para las categorías de reglas básicas de higiene –ver listado en las Tablas 8 a 10–.

¹⁷ Directrices internas de Oxfam GB

Tabla 8: Reglas de higiene para familiares de los pacientes en CTC

A la llegada	<ul style="list-style-type: none"> • permitir solo un familiar (a menos que el resto esté también enfermo)
Durante su estancia	<ul style="list-style-type: none"> • tratar de ofrecer letrinas e instalaciones de lavado separadas para los parientes; • asegurarse de que cada vez que un familiar use el servicio se lave las manos con una solución al 0,05%; • los parientes deberían tener un contacto mínimo con los desechos del paciente.
Antes de marcharse	<ul style="list-style-type: none"> • cada vez que un familiar deje el campamento debe lavarse las manos con una solución al 0,05%; • pulverizar sus zapatos (sobre todo la suela) o pies con una solución al 0,2% o hacer que camine a través de un baño de pies; • si los parientes traen comida, todos los platos y utensilios deben lavarse en una solución al 0,05% antes de permitir usarlos en el campamento; • si se necesita lavar las ropas de los familiares, esterilizarlas en agua hirviendo o remojarlas en una solución al 0,2% durante diez minutos para después aclararlas con agua limpia (nota: el cloro podría blanquear la ropa).
En caso de muerte de un familiar	<ul style="list-style-type: none"> • informar a los familiares de que las ceremonias funerarias pueden conllevar prácticas de riesgo; • todas las personas que manejen el cadáver deben lavarse las manos y evitar tocar los alimentos; • educar a los familiares sobre prácticas de higiene antes de volver a casa.

Tabla 9: Reglas de higiene para el personal de enfermería en CTC

A la llegada	<ul style="list-style-type: none"> • el personal debe usar guantes cuando traten a los pacientes.
Durante su tiempo de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • el personal debe usar letrinas e instalaciones de lavado separadas de los pacientes y familiares, idealmente en zona neutral; • el personal debe usar guantes cuando traten a los pacientes; • después de tratar a un paciente, el miembro del personal debe lavarse las manos con una solución al 0,05% (y los guantes si son reutilizables); • el personal debe llevar bata y ropa especial que se deseche o se limpie en el propio centro.
Durante la estancia del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • recolectar sus desechos (líquidos corporales tales como vómito y heces) en cuñas o cubos; • no permitir a las personas que vomiten directamente en el suelo; • antes de vaciar una cuña o cubo, verter una solución al 2% en ellos y dejarla durante diez minutos; • vaciar los desechos en una fosa destinada para ellos.
Antes de que se marche el paciente	<ul style="list-style-type: none"> • esterilizar sus ropas en agua hirviendo o remojar en una solución al 0,2% durante diez minutos y entonces aclarar (atención: el cloro podría blanquear las ropas); • pulverizar sus zapatos (sobre todo la suela) o pies con una solución al 0,2% o hacer que caminen a través de un baño de pies.
En caso de muerte del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • desinfectar el cuerpo con una solución fuerte al 2%; • obstruir todos los orificios corporales con algodón empapado en la misma solución al 2%; • envolver el cuerpo en una bolsa de plástico.

Tabla 10: Reglas de higiene para personal de limpieza en CTC

Acciones	Observaciones
Limpiar las cuñas cada hora (dejándolas en remojo en cloro y vaciándolas en la fosa)	Usar una solución al 2% durante diez minutos, y luego vaciarla en una letrina con cubierta
Limpiar los servicios sanitarios y las duchas entre dos y cuatro veces al día	Usar una solución al 0,2%
Limpiar las camas y los suelos dos veces al día o cuando se ensucien	Limpiar o fumigar con una solución al 0,2%
Preparar cada día dos tipos de solución desinfectante (al 0,2% y al 0,05%). Esto puede hacerlo un auxiliar médico si está disponible.	Seguir las instrucciones para preparar soluciones.
Preparar la solución al 2% cada semana.	Seguir las instrucciones para preparar soluciones.
Rellenar los recipientes para el lavado de manos cuando se vacíen	Usar una solución al 0,05%
Rellenar los contenedores de agua potable	Usar agua tratada
Rellenar los baños de pies	Usar una solución al 0,2%
Recoger los desechos en cubos con tapa	Quemarlos en una fosa abierta
Depositar de forma segura los excrementos de los cubos y limpiarlos	Poner medio vaso de solución de cloro al 2% en los cubos vacíos
Garantizar la higiene personal	Utilizar aseos separados. Usar guantes, delantales o batas y botas en el centro. Lavarse las manos y los guantes con una solución al 0,05% después de trabajar

Qué hacer con los cadáveres:

- mantener el cuerpo alejado del resto de pacientes;
- desinfectar el cuerpo y obstruir los orificios con algodón empapado en una solución de cloro al 2% (nota: sólo resulta eficaz por un corto período);
- enterrarlo lo antes posible;
- envolver el cuerpo en una sábana de plástico para transportarlo con el fin de recoger cualquier fluido corporal;
- desaconsejar las ceremonias funerarias hasta el final del brote (o limitar su tamaño);
- promover la higiene en los funerales.

Preparar mezclas de cloro

Soluciones desinfectantes

Según la concentración de cloro disponible, elegir la tabla adecuada para preparar una mezcla desinfectante. Las concentraciones generalmente más disponibles:

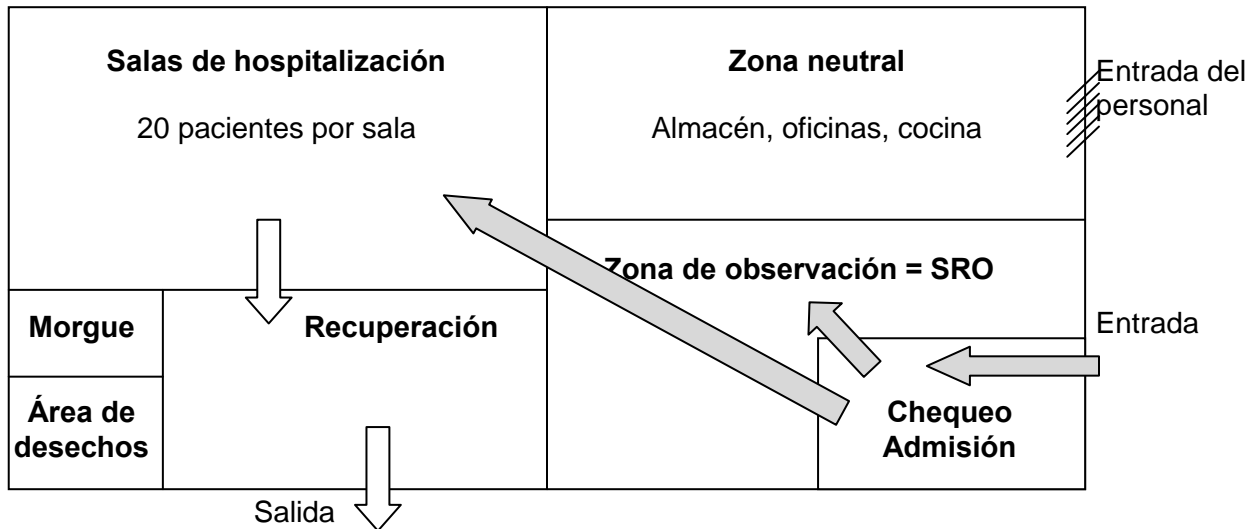
- botella líquida amarilla al 5%;
- contenedor azul de líquido al 10%;
- polvo HTH al 65-70%.

Las soluciones se deben preparar de nuevo cada día, ya que la luz y el calor debilitan la solución. Si no hay cloro disponible, se puede usar la lejía corriente (al 5%) que haya disponible localmente en el mercado. La solución no debe mezclarse nunca con detergente.

Tabla 11: Soluciones de mezcla de cloro

Uso	Residuos y heces, cadáveres	Objetos en el suelo; camas; baños de pies; ropa	Manos; piel	Agua potable
Concentración de la solución clorada	Solución al 2%	Solución al 0,2%	Solución al 0,05%	
Botella amarilla, solución 5%	10 l cloro y 10 l agua (1:1)	1 l cloro y 19 l agua (1:25)	0,2 l cloro y 19,8 l agua (1:100)	
Contenedor azul solución 10%	5 l cloro y 15 l agua (1:4)	0,5 l cloro y 19,5 l agua (1:50)	0,1 l cloro y 20 l agua (1:200)	
WaterGuard				1 vaso (solo para agua de baja turbidez)
Water-maker Aquatab				Según instrucciones
PUR (mezcla de cloro y sulfato de hierro)				Según instrucciones
HTH en polvo 65-70%	30 g para 1 litro 300 g para 10 litros	3 g para 1 litro 30 g para 10 litros	0,75 g para 1 litro 7,5 g para 10 litros	

Gráfico 3: Un diseño sencillo para un centro de salud pequeño



El diseño anterior es para un centro de CRC/tratamiento relativamente grande con 20 pacientes por sala, pero el principio de flujo de pacientes y aislamiento es el mismo para centros pequeños. Los pacientes en observación no se deben mezclar con los pacientes que estén gravemente afectados. Excepto para los pacientes, el personal y un cuidador por paciente, no se debe permitir la entrada a nadie más en el centro.

Las letrinas y los baños para pacientes infectados se deben limpiar regularmente con un desinfectante al 0,2% y deben estar en un espacio cerrado y alejado de los que utilizan otros pacientes (en el caso de un centro de salud), los cuidadores y el público.

Recurso 10.11: Directrices para establecer un PRO¹⁸

En la mayoría de los brotes de cólera, las zonas geográficas afectadas son grandes y suelen estar lejos de los centros más poblados, en comunidades rurales aisladas. Con el fin de garantizar que estas comunidades más aisladas tengan acceso a SRO que les pueden salvar la vida, será necesario establecer PRO en las comunidades afectadas.

Muchos ONG médicas y ministerios de salud tienden a concentrarse en establecer CTC o UTC junto a o cerca de las instalaciones médicas existentes. Esto suele obligar a los habitantes de las zonas rurales más aisladas y comunidades periurbanas a viajar grandes distancias para tener acceso a un CRS. En las fases iniciales del brote, puede conllevar riesgos importantes, incrementar las muertes, propagar el cólera a otras zonas no afectadas, etc., como se vio en el brote en Haití en 2010/2011 y en la República Democrática del Congo en 2011.

Por ello, el programa de cólera de Oxfam debe incluir el establecimiento de PRO en las comunidades de las zonas donde trabaja, en las primeras semanas desde el inicio de su programa de actividades. Los siguientes pasos describen cómo se puede establecer rápidamente un PRO eficaz.

1. Coordinación con el Ministerio de Salud y las ONG médicas

Al principio, se deben mantener reuniones con los ministerios sectoriales de salud y las ONG médicas en las zonas de intervención. Esto ayudará al programa de Oxfam a identificar dónde se necesita poner en marcha PRO. También abrirá el debate con el Ministerio de Salud acerca del protocolo recomendado para estas instalaciones, aspecto fundamental, especialmente si el PRO va a ser gestionado por el personal del Ministerio de Salud.

A medida que tanto el Ministerio de Salud como las ONG médicas recopilen datos en los principales CTC/UTC de donde proceden los pacientes, ello también permitirá al equipo de PHP identificar los lugares más afectados por el cólera y donde priorizar la puesta en marcha de PRO.

Mediante la coordinación, Oxfam además puede ejercer presión sobre el Ministerio de Salud o las ONG médicas para crear UTC cuando los datos de seguimiento de los PRO indiquen que el número de casos está aumentando de forma significativa.

2. Mapear e identificar a las comunidades aisladas que presenten casos activos de cólera

Como se indicó anteriormente, la forma más eficaz de establecer un PRO es identificar las zonas más afectadas lo antes posible. También es recomendable poner en marcha PRO en comunidades satélite en torno a las zonas más afectadas. Esto puede salvar vidas y ahorrar tiempo, dependiendo del modo principal de transmisión del cólera. Las comunidades satélite pueden compartir las mismas fuentes de abastecimiento de agua, o puede haber días de mercado comunitario, con el consiguiente movimiento, condiciones favorables para una rápida propagación del cólera.

El resultado más importante de mapear las comunidades aisladas es evitar la duplicación de la ayuda en términos de cobertura de CTC o UTC puestos en marcha por el Ministerio de Salud o las ONG médicas, y asegurar que se ofrece el máximo apoyo a las comunidades afectadas.

¹⁸ Directrices internas de Oxfam GB

3. Llegar a acuerdos en cuanto a quién gestionará y operará los PRO

Durante las primeras reuniones de coordinación con el Ministerio de Salud, es posible que cuenten con personal de extensión sanitaria para zonas rurales en algunas de las comunidades aisladas en las que Oxfam se centrará para los PRO. Si el Ministerio de Salud dispone de ese personal, se debe hacer todo lo posible para que Oxfam trabaje con ellos. Esto puede tener la ventaja añadida de garantizar que las comunidades meta dispongan de suficiente personal semi-médico de confianza para atenderlas. Lo más importante, esto contribuiría a la estrategia general de salida si el personal de extensión sanitaria para zonas rurales dispone de la formación y el equipamiento necesarios para llevar a cabo las actividades de seguimiento de alerta temprana de futuros brotes de cólera.

Si el Ministerio de Salud no dispone de personal de extensión rural sanitaria en las comunidades meta, entonces el PHP debería identificar voluntarios en cada comunidad meta.

Independientemente de quién opere el PRO, es fundamental que se diseñen unos términos de referencia y sean debatidos entre las personas responsables de la gestión de las instalaciones. Los términos de referencia deben incluir el horario de apertura, información adicional y la sensibilización que los operadores harán llegar a la comunidad: dónde pueden conseguir SRO, cuándo se cierra el PRO o si abre durante la noche, y cómo los operadores van a llevar un registro del número de personas atendidas en los PRO.

Durante las conversaciones con el Ministerio de Salud en torno al uso de personal de extensión sanitaria, se puede requerir pagar una pequeña retribución al personal por su participación. Si éste es el caso, entonces Oxfam debería contar con unos términos de referencia claros y más específicos para ellos. Sería de esperar que el personal de extensión rural sanitaria participe activamente en las visitas a los hogares para explicar las medidas preventivas, participar en la distribución de kits de prevención del cólera, etc. En el caso de voluntarios de la comunidad, Oxfam debería tratar de reducir sus actividades en los términos de referencia y ofrecer incentivos en forma de materiales y equipamiento en lugar de incentivos financieros.

Sea quien sea la persona designada para gestionar el PRO (ya sea las autoridades sanitarias locales o las ONG que participen en la respuesta), es fundamental que reciba formación y apoyo para desempeñar su función a lo largo de su misión.

4. Seguimiento y gestión cotidiana de los PRO

Como en cualquier otro programa de salud pública, resulta fundamental el seguimiento de todas las actividades. Una vez que se haya identificado quién operará el PRO, se llegue a un acuerdo sobre los términos de referencia y se complete la formación, es importante que el personal de PHP de Oxfam realice un seguimiento constante de la situación. Durante las primeras semanas del brote se recomienda visitar el PRO al menos una vez a la semana hasta que el personal de PHP esté seguro de que se está gestionando adecuadamente. A partir de entonces, sería suficiente con una visita de seguimiento cada dos semanas. Todas las visitas de seguimiento deben combinarse con la reposición de stocks y la recopilación de datos en las hojas de registro de datos.

Las personas encargadas de operar los PRO deben asegurarse de que, además de los cuatro mensajes clave sobre el cólera (ver [Recuadro 9](#)), se hagan llegar a la comunidad los mensajes siguientes:

- Una persona enferma **no debe** acudir al PRO; sólo debe visitar el PRO la persona que la cuida.
- La persona al cuidado debe rehidratar a la persona enferma y llevarla a un centro de salud lo antes posible mientras continúa rehidratándola.

- El personal del PRO debe tener una lista de las instalaciones sanitarias más cercanas y/o los contactos para que la persona al cuidado pueda transportarla. En Haití (2010/11), MSF costeaba el transporte desde las zonas rurales cuando llegaban al CTC/UTC. Oxfam GB garantizaba que se hiciese llegar el mensaje a través de los PRO. MSF fumigaba el vehículo de transporte después de transportar a la persona enferma.

Ver la [Tabla 7](#) para los materiales y contenidos de cada PRO. Cabe destacar que el número de bolsas de SRO para cada PRO dependerá totalmente de lo lejos que esté de un centro de salud y de cuántas personas se atiendan en el centro. Como una regla de cálculo aproximada, dos bolsas por cada persona enferma deberían ser suficientes, y en principio calcular 50 bolsas de SRO por semana para cada PRO hasta que se revisen las hojas de seguimiento.

Se deben incluir los siguientes aspectos en los términos de referencia para quienes operan los PRO:

- mantener registros diarios de cada persona que llegue al PRO con el nombre, localidad/dirección y edad de la persona enferma, así como cuántas bolsas de SRO ha recibido;
- informar a la comunidad acerca de que la SRO no se debe tomar como un método preventivo y que la SRO sólo se dará a las personas al cuidado de otras que presenten síntomas de diarrea;
- utilizar el PRO como un punto focal para sensibilizar acerca de los cuatro mensajes clave de prevención del cólera de Oxfam;
- celebrar sesiones demostrativas sobre cómo preparar SSS o alternativas locales;
- informar a la comunidad de dónde y cómo pueden tener acceso a atención cuando el PRO esté cerrado, sobre todo durante la noche.

El personal de PHP de Oxfam GB debe proporcionar apoyo y realizar visitas de seguimiento de forma continua para garantizar que quienes operan el PRO lo hagan de forma adecuada y para abordar cualquier problema imprevisto. Además de las visitas de apoyo, el líder del equipo de PHP debe:

- analizar las hojas de registro y localizar en un mapa los casos de cólera cada dos semanas;
- cuando sea necesario, ejercer presión sobre el Ministerio de Salud o las ONG médicas sobre la necesidad de un CTC/UTC en una zona determinada;
- tomar la decisión de o bien incrementar o bien trasladar un PRO cuando el número de casos comience a descender en una zona determinada;
- incentivar a que quienes operan un PRO que se traslada/cierra continúen sensibilizando a la población acerca de cómo preparar SSS o un equivalente local, y sobre otros mensajes de salud como el uso de Aquatab y la importancia de beber agua clorada.

Recurso 10.12: Directrices sobre cloración de cubos¹⁹

Tratamiento de emergencia del agua: cómo clorar agua en cubos

El factor más importante de la cloración es calcular qué concentración de cloro requiere el agua para obtener una concentración de FRC de 0,5 mg por litro en cada recipiente de agua. Antes de analizar los niveles de FRC, es necesario esperar al menos 30 minutos para que el cloro añadido haga efecto.

El principal método para saber cuánto cloro necesita el agua es:

1. Preparar una solución patrón de cloro al 1% – ver [Tabla 12](#).
2. Rellenar cuatro cubos no metálicos con 20 litros de agua a tratar cada uno.
3. Añadir un volumen creciente de solución de cloro al 1% a cada cubo, por ejemplo:
 - 1^{er} cubo: 1 ml de solución de reserva al 1%
 - 2^o cubo: 1,5ml de solución de reserva al 1%
 - 3^{er} cubo: 2 ml de solución de reserva al 1%
 - 4^o cubo: 2,5 ml de solución de reserva al 1%.
4. Remover cada cubo durante 30 segundos para asegurarse de que la solución de cloro se haya mezclado adecuadamente.
5. Esperar al menos 30 minutos (tiempo de contacto).
6. Medir los niveles de cloro libre residual en cada cubo.
7. Escoger un cubo con el que obtener aproximadamente 0,5 mg por litro de FRC.
8. Usar este resultado para calcular la cantidad de solución de reserva al 1% a añadir al volumen total de agua en los contenedores de agua individuales.
9. Volver a comprobar siempre los niveles de FRC al clorar los cubos, especialmente cuando cambia la fuente de agua. Esto asegurará que se está añadiendo la cantidad correcta de cloro y obteniendo el nivel adecuado de FRC –ni demasiado, ni demasiado poco–.

Calcular la cantidad de cloro necesaria

El siguiente ejemplo muestra la cloración de agua en un bidón o un contenedor de agua de cinco litros de capacidad.

Seguir los pasos 1 al 5 anteriormente descritos. Los niveles de FRC del agua en los cubos individuales tras 30 minutos de tiempo de contacto deberían ser los siguientes:

- 1^{er} cubo de 20 litros: 1ml de solución patrón al 1% = 0 mg por litro
- 2^o cubo de 20 litros: 1,5 ml de solución patrón al 1% = 0,3 mg por litro
- 3^{er} cubo de 20 litros: 2,0 ml de solución patrón al 1% = 0,5 mg por litro
- 4^o cubo de 20 litros: 2,5 ml de solución patrón al 1% = 0,8 mg por litro

Por tanto, el nivel deseado de FRC será el del cubo 3 (2,0 ml de solución patrón al 1% en 20 litros = 0,5 mg por litro).

Por ello, si se añaden 2,0 ml de solución patrón al 1% a 20 litros de agua y se obtienen 0,5 mg por litro de FRC, entonces se necesita un cuarto (1/4) de la cantidad de solución patrón para dosificar correctamente un contenedor de agua de cinco litros, por ejemplo 0,5 ml de SS al 1% en cinco litros.

¹⁹ Adaptado de UNICEF (2008) y OMS (2008).

Tabla 12: Cantidad de producto necesario para preparar 1 litro de solución de cloro al 1%

Fuente de cloro	Cloro (%)	Cantidad necesaria
Lejía en polvo	34	30-40 g
HTH	70	14 g (1 cuchara)
Hipoclorito de calcio	34	25 g
Lejía estabilizada	25	40 g
Hipoclorito de sodio – lejía líquida doméstica	5	250 ml
Hipoclorito de sodio – lejía líquida	10	110 ml

Nótese que éstos solo son unos pocos ejemplos –lo más importante a tener en cuenta cuando se prepara una reserva de solución al 1% es determinar el porcentaje de cloro activo disponible en su proveedor o fuente de cloro–. Una vez que se conoce este parámetro, la solución patrón al 1 % se obtiene simplemente a través de la dilución del cloro activo/disponible.

Almacenar la solución patrón en un lugar fresco y en un contenedor cerrado que no esté expuesto a la luz. La solución patrón pierde eficacia con el tiempo, por lo que debe utilizarse en las 24 horas siguientes después de ser preparada.

Precauciones de seguridad cuando se utiliza cloro

El cloro es un producto químico muy volátil y por tanto potencialmente peligroso si no se manipula adecuadamente. Es necesario asegurarse de que se cuenta con todo el equipo de protección personal básico y de que se utiliza antes de trabajar con cloro.

- gafas protectoras;
- un par de guantes gruesos de caucho;
- botas de caucho;
- un traje un mono o un delantal hasta los pies resistentes al agua.

El cloro debe almacenarse en un contenedor sellado en un almacén oscuro, fresco y bien ventilado lejos de los alimentos, la comida para animales y el agua. Sólo se debe trabajar con el cloro en un lugar bien ventilado.

Accidentes con cloro

En caso de ingestión de cloro:

- **No** se debe provocar el vómito.
- Beber leche, si hay disponible.
- Buscar atención médica **inmediata**. Llevar el contenedor de cloro al médico, para que pueda saber exactamente su concentración y el resto de ingredientes ingeridos.

En caso de contacto con los ojos:

- Lavar los ojos con agua limpia durante varios minutos y buscar atención médica.

En caso de derramamiento sobre la ropa:

- Quitarse la ropa inmediatamente, si es posible.
- Aclarar la zona afectada con agua.
- Buscar atención médica.

Recurso 10.13: Cómo tratar el agua muy turbia

Si el agua tiene una turbidez de más de 50 unidades nefelométricas de turbidez (NTU en inglés), se deben usar productos químicos de tratamiento del agua que combinen un floculante (sulfato de hierro o de calcio) con cloro, tales como PUR (una mezcla de cloro y sulfato de hierro). Es necesario seguir en todo momento las indicaciones del fabricante al utilizar estos productos.

Si no es posible obtener esos productos químicos de tratamiento, hacer pasar el agua turbia a través de varios filtros de tela hasta que la turbidez descienda a menos de 50 NTU. Filtrar el agua **antes** de añadir la solución de cloro patrón.

Recurso 10.14: Instrucciones para tratar la diarrea utilizando SRO²⁰

La siguiente información se puede adaptar para incluirla en un folleto que promueva el uso de SRO en el tratamiento de la diarrea. Antes de hacerlo, es fundamental solicitar asesoramiento del Ministerio de Salud y del grupo de trabajo sobre la salud.

- La diarrea se suele curar en unos pocos días. El verdadero peligro es la pérdida de agua corporal del niño o niña, que puede causar deshidratación.
- Un niño con diarrea pierde peso y puede sufrir malnutrición rápidamente. La comida puede ayudar a detener la diarrea y a que el niño o niña se recupere más rápidamente.
- Un niño con diarrea nunca debe recibir antibióticos u otros medicamentos a menos que los haya prescrito un profesional sanitario.
- El mejor tratamiento consiste en beber mucho líquido y SRO mezclada adecuadamente con agua potable.
- La diarrea es la complicación más frecuente del sarampión. Inmunizar a los niños y niñas contra el sarampión les ayudará a reducir su vulnerabilidad.

¿Qué es una SRO?

Una SRO es una combinación especial de sales secas que, mezclada adecuadamente con agua potable, puede ayudar a rehidratar el cuerpo cuando se han perdido muchos fluidos corporales debido a la diarrea.

¿Dónde se puede obtener SRO?

En la mayoría de los países, los paquetes de SRO están disponibles en centros de salud, farmacias, mercados y tiendas.

Cómo se prepara una SRO:

1. Lavarse las manos con jabón (o cenizas) y agua antes de preparar la mezcla.
2. Poner el contenido del paquete de SRO en un recipiente limpio. Añadir un litro de agua y remover. Una cantidad insuficiente de agua podría hacer que la diarrea empeore.
3. Añadir solo agua. No añadir SRO a leche, sopa, zumo de frutas ni bebidas gaseosas. No añadir azúcar.
4. Remover bien, y administrar al niño o niña con una cuchara limpia. No usar una botella.
5. Se puede utilizar esta mezcla hasta 24 horas después de haberla preparado. Después, deshacerse de cualquier mezcla que no se haya usado.

Cuánta SRO dar a beber:

- Hacer que el niño o niña beba tanto como pueda.
- Un niño o niña menor de dos años necesita beber al menos entre un cuarto y la mitad de un vaso grande de SRO después de cada deposición líquida.
- Un niño o niña de dos años o más necesita beber al menos entre medio y un vaso grande de SRO después de cada deposición líquida.
- Los niños mayores y los adultos deben beber tanto como quieran. Incluso si el niño vomita, es necesario continuar suministrándole pequeños sorbos de SRO.
- La diarrea normalmente cesa en tres o cuatro días.
- Si la diarrea no cesa después de una semana, consulte a un profesional sanitario.

²⁰ Adaptado del Proyecto MOST (2005); OMS/UNICEF (2004); Ver también: <http://www.who.int/cholera/technical/en/index.html>

Las recomendaciones recientes aconsejan dar a los niños 20 mg de suplemento de zinc durante 10-14 días (10 mg por día para los bebés de menos de seis meses). Se encuentra disponible en pastillas o en jarabe.

Reglas para el tratamiento doméstico de la diarrea

1. Dar al niño más líquido del habitual

Se le debe dar SRO u otro fluido casero aconsejado hasta que cese la diarrea. Esto puede tardar varios días. Ver las cantidades recomendadas más arriba.

2. Seguir alimentando al niño

Por ejemplo con:

- leche materna;
- gachas locales;
- sopa;
- frijoles/judías;
- mezclas de cereales, carne y pescado;
- los zumos/jugos de frutas frescos y los plátanos ayudan por su contenido en potasio.

Evitar alimentarlo con:

- alimentos ricos en fibra o voluminosos, como las frutas y verduras poco maduras, la piel de frutas y verduras y los cereales integrales (que son más difíciles de digerir);
- sopas muy diluidas (se recomiendan como líquidos, pero no son suficiente como alimento porque llenan al niño sin proporcionarle suficientes nutrientes);
- los alimentos con mucho azúcar, porque pueden empeorar la diarrea.

Hacer que el niño o niña coma tanto como pueda. Ofrecerle comida cada tres o cuatro horas (seis veces al día) o con más frecuencia a bebés. Es mejor dar muchas pequeñas comidas frecuentes porque son más fáciles de digerir y los niños lo prefieren.

3. Regresar a la clínica si es necesario

Acuda con el niño o la niña a un profesional de salud si muestra alguno de los siguientes síntomas:

- hace muchas deposiciones;
- tiene mucha sed;
- tiene los ojos hundidos (estos tres síntomas son señal de deshidratación);
- no parece encontrarse mejor después de tres días;
- tiene fiebre;
- no come ni bebe con normalidad.

Recurso 10.15: Tratamiento de la diarrea con SSS casera²¹

Siempre es preferible la SRO para tratar la diarrea. Si no hay disponible, el uso de SSS puede promoverse como alternativa. No obstante, primero se debe buscar asesoría del Ministerio de Salud y el grupo de trabajo sobre la salud, ya que la promoción de SSS depende del contexto.

“La solución glucosalina se ha promovido anteriormente como terapia casera, pero no ha demostrado ser satisfactoria en la mayoría de los países. Esto se debe a que las madres suelen olvidar la receta o son incapaces de conseguir azúcar y sal. Además, los errores al mezclar la SSS pueden provocar que las concentraciones de azúcar y sal sean peligrosamente elevadas. En la mayoría de los países no se debería promover la SSS. No obstante, si su uso ya está bien establecido en un país y existen pruebas de que se prepara de forma segura y correcta, la SSS se puede seguir promoviendo como terapia casera. Si éste es el caso, se necesita una formación continua a las madres y dar seguimiento a su desempeño para asegurarse de que sigan preparando la SSS de forma segura y la utilicen adecuadamente. [Aún así], a falta de paquetes de SRO, se pueden administrar soluciones caseras.”

Fuente: OMS/CDD (1993)

Cómo preparar una solución glucosalina, a falta de SRO

1. Lavarse las manos con jabón y agua antes de preparar la solución.
2. En un recipiente limpio, mezclar:
 - 1 litro de agua potable
 - ½ cucharadita de sal (3,5 gramos)
 - 4 cucharadas grandes de azúcar (40 gramos)
3. Revolver la sal y el azúcar hasta que se hayan disuelto en el agua.
4. Dar al niño o niña enfermo tanta cantidad de solución como pueda tomar, en pequeñas cantidades y de forma frecuente, usando un vaso o una cuchara.
5. Dar al niño o niña alternativamente otros líquidos, tales como leche materna, sopa o bebidas a base de yogurt.
6. Continuar dándole alimentos sólidos si el niño o niña tiene cuatro meses o más.
7. Si el niño o niña sigue necesitando SSS después de 24 horas, preparar una nueva solución.
8. Si vomita, esperar diez minutos y darle de nuevo SSS. Normalmente el vómito se detendrá.
9. Los plátanos u otros frutos machacados y sin azúcar pueden ayudar a aportar potasio.
10. Si la diarrea y/o el vómito persiste, llevar al niño o niña a un centro médico.

²¹ Adaptado de OMS/CDD (1993): Selección de fluidos y alimentos para una terapia casera que evite la deshidratación a causa de la diarrea.

Recurso 10.16: Ejemplo de marco lógico para la prevención y control del cólera – Somalilandia²²

	Lógica de la intervención	Indicadores medibles	Medios de verificación	Principales supuestos
Objetivo principal	Participar en la contención y reducción de la propagación del cólera, y las muertes relacionadas en las regiones de Choleraal, Toghdeer y Galbeed en Borama, Burao y Hargeisa respectivamente.	<ul style="list-style-type: none"> • Respuestas integradas en marcha para prevenir la mortalidad y morbilidad excesivas • Mejora en la recogida de datos y el intercambio y coordinación a todos los niveles 	<ul style="list-style-type: none"> • Datos epidemiológicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos las partes interesadas clave colaboran, se coordinan y tienen la voluntad de extraer lecciones y hacer incidencia para promover un cambio. • El gobierno y las comunidades mantendrán y apoyaran los estándares de higiene y saneamiento establecidos por el proyecto
Objetivo específico	Un total de 70.000 hombres, mujeres, niños y niñas en las regiones de Choleraal, Toghdeer y Galbeed han incrementado su acceso y uso óptimo de instalaciones de agua y saneamiento y han tomado medidas para protegerse a sí mismos frente a la amenaza del cólera	<ul style="list-style-type: none"> • Al menos el 75% de la población meta tiene acceso y utiliza un agua con niveles de cloro libre residual que no sean inferiores a los estándares mínimos de ESFERA²³ • Al menos el 75% de los hombres, mujeres, niños y niñas a los que van dirigidos los programas se lavan las manos con jabón antes de llevarse nada a la boca • Al menos el 80% de las personas con diarrea aguda buscan tratamiento (en las dos horas siguientes) en un PRO o instalación médica 	<ul style="list-style-type: none"> • Registros del proyecto • Datos epidemiológicos • Informes de referencia • Discusiones en grupos focales • Encuesta de análisis del agua e informes de seguimiento • Registros de seguimiento • Informes finales de proyecto • Informes de los socios y de otras ONG • Observación 	

²² Oxfam GB, programa de Somalilandia financiado por ECHO, 2007

²³ Norma del proyecto ESFERA que fija para el agua potable 0,5 mg/l de cloro libre residual en caso de brote.

Resultado	Resultado 1 Apoyo de emergencia a los CTC En los primeros tres meses del proyecto, se ponen en marcha medidas preventivas específicas de WASH en los CTC establecidos en las regiones de Choleraal, Toghdeer y Gabeed en colaboración con otros actores	<ul style="list-style-type: none"> • El 75% del personal en los CTC/centros de salud meta ha recibido formación y puede aplicar al menos cinco métodos prácticos para reducir la transmisión del cólera en los CTC • El 100% de los centros de salud/CTC meta que apoyan el tratamiento de casos tiene acceso y utilizan las cantidades de agua segura mínimas según ESFERA. • El 100% del agua suministrada en los CTC está clorada y los pacientes y sus cuidadores han sido sensibilizadas acerca del uso de agua tratada para beber. • El 100% de los centros de salud/CTC²⁴ están equipados con instalaciones sanitarias básicas (lavaderos de manos, letrinas, equipo de limpieza y productos químicos) y el personal mantiene buenos estándares de higiene. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informes de los socios e informes de seguimiento • Informes/información de la comunidad • Informes técnicos • Informes de visitas y observación • Informes de situación • Registros de vigilancia de la enfermedad en los centros de salud 	
------------------	---	---	---	--

²⁴ Oxfam GB calcula/planea centrarse en 46 centros de salud clave (estratégicos para la gestión de los casos) además de en hasta ocho CTC establecidos lejos de los centros de salud con suministro de agua e instalaciones sanitarias.

Resultado	Resultado 2 Mejor acceso de la comunidad a agua apta para el consumo Cerca de 70.000 hombres, mujeres, niños y niñas de las localidades meta tienen acceso a agua de mejor calidad a lo largo del periodo del proyecto	<ul style="list-style-type: none"> • El 80% de las familias meta utiliza agua clorada para beber • El 100% de los pozos rehabilitados sigue estando operativo durante el período del proyecto y se ha mejorado la capacidad técnica y de gestión para mantenerlos en funcionamiento • El 100% de toda el agua clorada muestra las cantidades de cloro correctas necesarias según las condiciones del agua • El 80% de los transportadores/vendedores de agua con los que se ha hablado permite que se clore el agua que suministran • El 100% de los puntos de abastecimiento de agua rehabilitados supera los estándares mínimos de ESFERA de calidad bacteriológica antes de su entrega (0cf/100 ml) 	<ul style="list-style-type: none"> • Informes de seguimiento y de puesta en marcha del proyecto • Informe de la encuesta de referencia • Pruebas de calidad del agua en las fuentes, vendedores, camiones de transporte de agua y hogares • Registros de selección y materiales de formación de los comités de agua • Debates en grupos focales con mujeres y niñas celebrados mensualmente con dos grupos de 12 personas • Debates en grupos focales celebrados mensualmente con las personas que cloran el agua • Informes de los socios y registros de seguimiento • Informes del personal técnico • Informes de visitas y observación 	
------------------	--	---	--	--

Resultado	<p>Resultado 3 Mejora en la concienciación sobre salud pública Un total de 70.000 hombres, mujeres, niños y niñas en las regiones meta llevan a cabo prácticas de higiene segura de una forma digna y culturalmente apropiada</p>	<ul style="list-style-type: none"> Al menos el 80% del PHP que ha recibido formación lleva a cabo por lo menos dos reuniones y diez visitas familiares por semana Las familias informan de la presencia y uso de jabón durante las visitas semanales aleatorias Al menos el 80% de las familias meta puede demostrar que ponen en práctica por lo menos tres prácticas de higiene que aplican en sus hogares 	<ul style="list-style-type: none"> Informes de seguimiento de la puesta en marcha del proyecto Informes de los socios y registros de seguimiento Informes/información de la comunidad Informes del personal técnico Informes de visitas y observación 	
Actividades	<ol style="list-style-type: none"> Elaborar una encuesta de referencia sobre el conocimiento, las actitudes y prácticas en las comunidades meta Clorar el agua en todos los puntos de abastecimiento y pozos superficiales en las zonas meta Seleccionar, formar y entrenar a comités de agua para los 20 pozos recientemente rehabilitados. Proporcionar herramientas a los comités de agua Rehabilitar y tapar 20 pozos en las regiones de Choleraal, Toghdeer y Galbeed Instalar bombas manuales en 20 pozos superficiales Formar a 44 personas responsables de la cloración para cubrir todas las zonas afectadas y suministrarles el equipo y los materiales para llevar a cabo un seguimiento de los niveles de cloro Diseñar y construir letrinas de emergencia, e instalaciones para el lavado de manos y de pies en los CTC 	<p>Medios Personal internacional Personal nacional Otros costes de personal y alojamiento</p> <p>Equipo y materiales Kits de prevención del cólera y suministros de repuesto</p> <ul style="list-style-type: none"> - palanganas para el lavado de pies - equipamiento para el lavado de manos para visitantes y personal de los centros de aislamiento - cisternas para almacenar agua en los centros de aislamiento - letrinas para los CTC - material de limpieza para los CTC - equipo para ORT (cubos, vasos y) - combustible - bombas manuales - cemento, arena y grava 	<p>Coste en dólares</p> <p><u>Personal:</u> Personal internacional - 17.088 Personal nacional - 11.400 Recursos del proyecto - 84.630 Costes administrativos/operativos de la organización - 20.570 Transporte y almacenaje - 74.144 Coste de la gestión de los puntos de abastecimiento de agua - 71.400 Campañas de concienciación – 45.000 Coste total del proyecto <u>324.232</u></p>	

	<ol style="list-style-type: none"> 9. Formar al personal de los CTC sobre protocolos y procedimientos acerca del cólera 10. Realizar sesiones formativas y sobre higiene en las escuelas 11. Seleccionar y distribuir kits de prevención del cólera 12. Diseñar, producir y difundir materiales de IEC para sensibilización 13. Seleccionar y contratar a mujeres para limpiar la cuenca del Hargeisa y la presa de Daami 14. Apoyar la reubicación del vertedero de Hargeisa 15. Formar y preparar a jóvenes para que hagan obras de teatro y juegos de roles sobre la enfermedad 16. Producir y transmitir programas de sensibilización comunitaria por medio de la TV y la radio 17. Diseñar y producir carteles y folletos y difundirlos ampliamente en las zonas de intervención del proyecto 18. Reubicar el CTC en la zona del proyecto de Burao 19. Llevar a cabo el seguimiento y evaluación del proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> - herramientas para los comités de agua <p>Materiales de formación</p> <p>Kits Delagua y consumibles</p> <ul style="list-style-type: none"> - comprobadores y consumibles del agua - tubos de medición de la turbidez - bolsas de cloro y PUR 		
--	---	--	--	--

Recurso 10.17: Formularios de seguimiento de terreno específicos para el cólera²⁵

Formulario 1: Mini encuesta de referencia sobre el cólera sobre conocimiento, actitud y prácticas

Nota: las encuestas se deberían basar en los indicadores del marco lógico aprobado.

Hogares (10% de hogares escogidos al azar en cada localidad)

Nombre de la localidad: Fecha:

Datos demográficos				
1	Nombre de la aldea			
2	Número total de personas en el hogar	Adultos varones	Niños <5	Niños 5-15 años
		Adultos mujeres	Niñas <5	Niñas 5-15 años
3	¿Cabeza de familia mujer u hombre?	mujer		hombre
4	¿Cuántas personas de la familia saben leer y escribir?	Mujeres		Hombres
5	Fecha de la entrevista			
6	Entrevistador/a			

Agua				
1	¿De dónde toman el agua potable?	Río	Pozo abierto	Sistema por gravedad
		Bomba manual	Charcas en la carretera	Otro
	¿Cuántos recipientes tienen para recoger el agua?			Total de litros
	¿Cuántos recipientes utilizan cada día para toda la familia?			Total de litros
2	¿Podría mostrarme cómo toma el agua de ese recipiente si va a beber?	Usa un utensilio limpio	Usa un utensilio sucio	
		Usa las manos	El recipiente tiene tapadera	
		¿Tienen un recipiente aparte para almacenar el agua para beber?		
3	¿Considera que el agua que beben es segura?			Sí No

²⁵ Todos los formularios de seguimiento y mini-encuestas de cólera se han adaptado de un documento interno de Oxfam GB: *Cholera Scale Programme, Haiti 2010-2011*, escrito por Elizabeth Lamond y Sophie Martin-Simpson.

	Explicar la respuesta				
4	¿Trata el agua que beben?	Sí		No	
	Si la respuesta es no, ¿por qué?				
	Si la respuesta es sí, ¿qué utiliza para tratar el agua que beben?	Aquatabs		Lejía líquida	
		Lejía en polvo		Otros	
Higiene					
6	¿Cuándo piensa que es importante lavarse las manos?	Después de ir al servicio		Antes de comer	
		Antes de preparar la comida		Después de limpiar las heces de un bebé	
		Después de alimentar y lavar a los animales		Otros	
7	¿Con qué se lava las manos?	Jabón	Cenizas	Sólo agua	Otros
Observaciones					
8	¿Se ven heces alrededor de su casa?	Sí		No	
9	Pida lavarse las manos - ¿le ofrecen jabón?	Sí		No	
Letrinas y saneamiento					
10	¿Dónde defecan las personas adultas de su familia?				
	Durante el día	Letrina	Arbustos	Río	Otros
	Durante la noche	Letrina	Arbustos	Río	Otros
11	¿Dónde defecan los niños y niñas (menores de cinco)?				
	Durante el día	Letrina	Arbustos	Río	Otros
	Durante la noche	Letrina	Arbustos	Río	Otros

12	¿Las mujeres y niñas tienen problemas de seguridad cuando defecan durante la noche?	Sí	No	Si la respuesta es sí, explicar los problemas	
13	¿Qué hacen con las heces de los bebés?	Ponerlas en la letrina	Enterrarlas	Los perros se las comen	Otros

Salud familiar				
14	¿Ha tenido alguien en su hogar diarrea (tres o más deposiciones líquidas en 24 horas) en las últimas dos semanas?		Sí No	
15	Si la respuesta es sí, ¿quién?		Hombres	Mujeres Niños/as < 5
16	¿Hay alguien enfermo en su hogar actualmente?		Sí	No
17	Si la respuesta es sí, indicar los enfermos/as	Hombres	Mujeres	Niños/as < 5
18	¿Ha oído hablar del cólera?		Sí	No
19	¿Conoce a alguien que tenga cólera en su aldea?		Sí	No
20	¿Qué cree que provoca el cólera?	Agua sucia	Alimentos sucios	Otros
		Manos sucias	Espíritus malignos	
21	¿Cómo se protege a usted y a su familia del cólera?	Tratando el agua con cloro	Cocinando la comida de forma adecuada	Otros
		Lavando las manos con jabón	Con recipientes de agua limpios	
22	¿Ha oído hablar de la SRO (sales de rehidratación oral)?	Sí	No	
23	¿Ha oído hablar de la solución glucosalina?	Sí	No	
24	¿Podría decirme cómo hacer una solución glucosalina? (Anotar cantidades, y si son correctas o no)			
	¿Conoce otros métodos caseros de rehidratación?		Sí	No
	Si la respuesta es sí, enunciarlos	1. 2. 3. 4.		
	¿Cuándo usaría estos métodos de rehidratación?	Cólera	Cualquier diarrea	Otros
25	¿Quién de su familia no los usaría?	Adulto varón	Adulto mujer	Niño/a < 5
		Niño/a > 5	Otros	
26	¿Por qué estos miembros del hogar no usan el método de rehidratación?	Respuesta		

Formulario 2: Seguimiento mensual de PHP en los hogares

Fecha: _____ Nombre del investigador/a: _____
 Localidad: _____ Número de personas en el hogar: _____

Para respuestas con , = Sí; X = No

1. Prácticas de higiene		
Pregunta	¿Son prácticas llevadas a cabo en el hogar actualmente?	¿Se llevaban a cabo estas prácticas en el hogar antes del brote de cólera?
(a) Presencia de jabón en el hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) ¿Se utiliza jabón para lavarse las manos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) ¿Los miembros del hogar beben agua tratada con Clorox/Aquatabs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) Si la respuesta es no, ¿por qué? Especificar la razón		
(e) ¿Tienen los miembros del hogar acceso a una letrina sanitaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ¿Saben los miembros del hogar cómo preparar una SRO? [por favor, comprobar verbalmente o mediante una demostración]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(g) ¿Saben los miembros del hogar cómo preparar una SSS? [por favor comprobar verbalmente o mediante una demostración]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Conocimiento sobre los síntomas del cólera		
Síntomas	¿Los miembros del hogar los conocen actualmente?	¿Los miembros del hogar los conocían antes del brote de cólera?
Diarrea aguda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deshidratación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Debilidad extrema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sudor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número total de síntomas que conocen [por favor, escribir un número]	(a)	(b)

3. Conocimiento sobre la prevención del cólera		
Acciones preventivas	¿Los miembros del hogar las conocen actualmente?	¿Los miembros del hogar las conocían antes del brote de cólera?

Beber agua tratada con cloro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavarse las manos antes de llevarse nada a la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buscar atención médica rápidamente si hay síntomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sabe cómo preparar SRO/SSS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número total de métodos preventivos que conoce	(a)	(b)

4. PRO	
(a) ¿Los miembros del hogar son conscientes de que existe un punto de SRO?	<input type="checkbox"/>
(b) ¿Los miembros del hogar saben para qué sirve un punto de SRO?	<input type="checkbox"/>
(c) ¿Han utilizado alguna vez los miembros del hogar un punto de SRO?	<input type="checkbox"/>
(d) ¿Utilizarían los miembros del hogar un punto de SRO?	<input type="checkbox"/>

Formulario 3: Después de la distribución de kits de prevención del cólera y para cloración del agua: seguimiento a los hogares

Fecha: _____ Nombre del investigador/a: _____
 Localidad: _____ Sección comunal: _____

Para respuestas con , √ = Sí; X = No

	HOGARES VISITADOS				
	1	2	3	4	5
KITS PARA COLERA					
1. Han recibido un kit de prevención del cólera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Han recibido el kit de: a. Oxfam b. Unité Communale de Santé (UCS) c. Otros (especificar) <i>[insertar a, b o c]</i>					
3. Fecha de recepción del kit					
4a. Cantidad de Aquatabs recibidas <i>[insertar número]</i>					
4b. Cantidad de barras de jabón recibidas <i>[indicar número]</i>					
4.c. Cantidad de bolsas de SRO recibidas <i>[insertar número]</i>					

AQUATABS					
5. Han recibido formación en el uso de Aquatabs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Usan Aquatabs para tratar agua potable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6a. Si la respuesta es sí, número de Aquatabs añadidos por cada cinco galones de agua <i>[insertar número]</i>					
6b. Si la respuesta es no, ¿por qué? (especificar)					
7. Nivel de cloro libre residual en mg/l <i>[insertar número]</i>					
CLOROX					
8. Cantidad de Clorox recibido <i>[insertar número de litros]</i>					
9. Han recibido el Clorox de: a. Oxfam b. Otros (especificar) <i>[insertar a o b]</i>					
10. Fecha de recepción de Clorox					
11. Han recibido formación en el uso de Clorox	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Usan Clorox para tratar el agua potable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.a. Sí – cantidad de Clorox añadida por cada cinco galones de agua <i>[indicar cantidad]</i>					
12. b. Si la respuestas es no, ¿por qué? (especificar)					
13. Nivel de cloro libre residual en mg/l <i>[indicar número]</i>					
14. Sólo beben agua tratada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formulario 4: Uso de letrinas en los hogares

Fecha:

Nombre del investigador/a:

Localidad:

Apellido:

Para respuestas con , = Sí; X = No

1. Acceso a letrinas – recopilar datos solo durante la primera visita de seguimiento	
1. Número de personas con acceso a letrina en el hogar <i>[por favor indicar el número de personas que usan la letrina]</i>	
2. La letrina la utilizan:	Hombres <input type="checkbox"/>
	Mujeres <input type="checkbox"/>
	Niños/as <input type="checkbox"/>
3. ¿Se comparte las letrinas con otras familias?	<input type="checkbox"/>
4. Si la respuesta es no, especificar por qué:	
5. ¿Se utilizan las letrinas?	<input type="checkbox"/>

2. Uso de las letrinas – seguimiento habitual	
(a) ¿La letrina se ha construido de forma adecuada?	<input type="checkbox"/>
(b) ¿Se utiliza la letrina?	<input type="checkbox"/>
(c) Limpieza	<input type="checkbox"/>
(d) Presencia de heces	<input type="checkbox"/>
(e) Mal olor	<input type="checkbox"/>
(f) Presencia de moscas	<input type="checkbox"/>

3. Lavado de manos – (a partir de la primera visita de seguimiento) seguimiento habitual	
(a) ¿Se usan las instalaciones para lavarse las manos? Si la respuesta es no, especificar por qué	<input type="checkbox"/>
(b) ¿Hay agua y jabón en las instalaciones para el lavado de manos? Si la respuesta es no, especificar por qué	<input type="checkbox"/>
(c) ¿Las personas adultas de su hogar se lavan las manos después de usar la letrina?	<input type="checkbox"/>
(d) ¿Los niños de su hogar se lavan las manos después de usar la letrina?	<input type="checkbox"/>
(e) ¿Con qué se lava las manos? <i>[por favor indicar lo que se utiliza]</i>	

N.B. Si después del análisis del primer seguimiento de referencia una localidad presenta un alto uso de letrinas entonces se podría reducir la frecuencia de seguimiento de esas localidades a una vez al mes. En aquellas localidades donde se constate un uso bajo/daños, se debería mantener el seguimiento cada dos semanas.

Formulario 5: Formulario de seguimiento del cloro libre residual

Fecha:

Localidad:

Fuente de agua potable:

	Apellido	Número de personas en la familia	Volumen de cloro (o número de Aquatabs) añadido al agua	Volumen de agua clorada	Resultados (mg/l)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Recurso 10.18: Encuestas y tablas de valoración para la encuesta sanitaria sobre instalaciones de agua²⁶

Propósito de las encuestas sanitarias sobre instalaciones de agua:

- identificar posibles riesgos en materia de calidad del agua;
- permitir la crítica constructiva que ayude a mejorar;
- interpretar los resultados de los análisis de calidad del agua (averiguar de dónde proviene la contaminación);
- identificar cuándo se produce un brote de cólera transmitido por el agua;
- ejercicio rutinario para llevar a cabo un seguimiento de las condiciones sanitarias.

Valoración del riesgo en los resultados de las encuestas sanitarias

En el formulario de la encuesta, cada respuesta se marca o puntúa de la siguiente manera: No existe riesgo = 0; Existe riesgo = 1

Si, por ejemplo, hay un sellado adecuado entre la bomba de agua y la cabeza del pozo, escribir "0". Si no hay un sellado adecuado, escribir "1". Sumar las notas y usar la tabla de valoración para ayudar a priorizar el trabajo. Todas las áreas de riesgo en todos los puntos de abastecimiento de agua supervisados deben abordarse.

Tabla de valoración para los resultados de encuestas sanitaria

Riesgo muy alto	9 puntos o más
Riesgo alto	6–8 puntos
Riesgo moderado	3–5 puntos
Riesgo bajo	0–2 puntos

Pasos a seguir cuando una muestra de agua no pasa un test de calidad:

- repetir el análisis del agua;
- al mismo tiempo, realizar una encuesta sanitaria;
- tomar medidas para reducir los riesgos identificados en la encuesta sanitaria;
- realizar más análisis de la calidad del agua para verificar que las reparaciones u otras acciones hayan mejorado la calidad del agua.

Formulario 6: Formulario de encuesta sanitaria para pozos abiertos

Nombre del investigador/a:
Código de la toma de agua:

Ubicación del pozo:
Fecha de la encuesta:

Preguntas generales relativas a pozos con o sin bombas de agua		
¿Alguien está a cargo del pozo? [preguntar a un usuario]	Sí	No

²⁶ Los formatos de encuesta sanitaria y las tablas de valoración se han adaptado de: Smith y Shaw (1996) y OMS (1996).

Si la respuesta es sí - quién [nombre de contacto, lugar o dónde encontrarlos]			
¿Está vallada el área alrededor del pozo?	Sí	No	
¿La valla tiene una puerta que se pueda cerrar?	Sí	No	
¿Hay alguna letrina en los 30 metros alrededor del pozo?	Sí	No	
¿Hay agua estancada en los dos metros alrededor del pozo?	Sí	No	
¿Hay heces en los diez metros alrededor del pozo?	Sí	No	
¿Hay basura en los diez metros alrededor del pozo?	Sí	No	
¿Hay gente bañándose o lavando cerca del pozo?	Sí	No	
¿Hay animales cerca del pozo?	Sí	No	
¿Hay una base de cemento alrededor del pozo?	Sí	No	
Si la respuesta es sí:	¿Hay grietas en el cemento?	Sí	No
	Si hay grietas, ¿son importantes/significativas?	Sí	No
	¿Hay algún canal de drenaje de cemento (o con otro diseño técnico)?	Sí	No
¿La base de cemento tiene menos de dos metros de diámetro alrededor del brocal del pozo?	Sí	No	
¿Hay un canal de drenaje alrededor del pozo?	Sí	No	
¿El canal de drenaje está obstruido?	Sí	No	
Si el canal de drenaje está obstruido explicar brevemente por qué			
Completar solo si el pozo dispone de una bomba manual			
¿Hay una bomba manual?	Sí	No	

Si la respuesta es sí, ¿la bomba funciona adecuadamente?	Sí	No
Si la respuesta es no, explicar brevemente los problemas		
¿La boca del pozo está sellada adecuadamente en torno a la bomba manual?	Sí	No
Si la respuesta es no, explicar brevemente los problemas		
¿Qué altura tiene la salida de la bomba manual respecto a la base de tierra/cemento?	[en centímetros]	
Pozos abiertos – sin bomba manual		
¿Cómo saca la gente el agua del pozo?	[observar y describir brevemente]	
¿El brocal del pozo se encuentra al menos a 80 cm de la base?	Sí	No
¿El cierre entre el brocal del pozo y la base está intacto?	Sí	No
¿Hay alguna tapadera o cubierta para cerrar el pozo cuando no se utilice?	Sí	No
Si existe, ¿se usa?	Sí	No
Si existe y no se usa, explicar brevemente por qué		
Para pozos con o sin bomba manual		
¿La gente usa embudos para vertir el agua en los bidones?	Sí	No
¿Más del 10% de los bidones en el punto de abastecimiento de agua se ven limpios en su interior?	Sí	No

Formulario 7: Formulario de encuesta sanitaria para pozos con tanque de almacenamiento, red de tuberías y tomas de agua

Nombre del investigador/a:

Ubicación del pozo:

Código del punto de abastecimiento de agua:

Fecha de la encuesta:

Preguntas generales		
¿Hay alguien a cargo del punto de abastecimiento de agua? [preguntar a un usuario]	Sí	No
Si la respuesta es sí, ¿quién? [nombre de contacto, lugar o dónde encontrarlo]		
¿Está la toma de agua en una zona inundable?	Sí	No
¿Está vallada la toma de agua?	Sí	No
¿La valla tiene puerta?	Sí	No
¿Hay agua estancada en los dos metros alrededor de la toma?	Sí	No
¿Hay heces en los diez metros alrededor de la toma?	Sí	No
¿Hay animales en o cerca de la toma de agua?	Sí	No
¿La toma de agua se asienta sobre una base de cemento?	Sí	No
¿Hay niños bebiendo o jugando en el punto de abastecimiento de agua?	Sí	No
¿Hay gente lavando ropa o bañándose cerca o en el punto de abastecimiento de agua?	Sí	No
¿Existe un canal de drenaje desde la base de cemento?	Sí	No
¿El canal de drenaje está obstruido?	Sí	No
Si el canal de drenaje está obstruido, explicar brevemente por qué		
¿La toma de agua gotea?	Sí	No
¿La gente utiliza embudos para echar el agua en los bidones?	Sí	No
¿A qué altura la toma de agua respecto de la base de tierra/cemento?	[en centímetros]	
¿Más del 10% de los bidones en el punto de abastecimiento de agua se ven limpios en su interior?	Sí	No

Recurso 10.19: Ejemplo de síntesis y mapeo de datos²⁷

Los programas de salud pública reúnen muchos tipos de datos diferentes semanalmente, o incluso diariamente. Esta información no parece de gran utilidad en un principio, hasta que se relaciona con el contexto general” y se visualizan los resultados. Para ayudar a que un proyecto sea más eficaz, los datos se deben desglosar cuando sea posible, y agrupar por sectores o zonas demarcadas dentro de la localidad (campamento/aldea, etc.). Relacionar los datos con el contexto general puede ayudar a identificar zonas problemáticas y mostrar al programa dónde tomar determinadas medidas.

Por ejemplo, si un sector concreto presenta unas tasas elevadas de presencia de bacterias en el agua potable almacenada en los hogares, entonces es importante saber de dónde se recoge el agua. Al mismo tiempo, los análisis rutinarios de todos los puntos de abastecimiento de agua se pueden relacionar con los análisis del agua en los hogares para ver si existe una correlación entre las fuentes que fallan o si el agua se contamina después de haberse recogido.

Identificar este tipo de relaciones resulta crítico cuando hay un grupo inesperado de casos de diarrea, o más importante aún, cuando se espera un brote de cólera o de DLA. La forma más rápida de relacionar varios conjuntos de datos es visualmente, simplemente añadiendo gráficos a un “mapa”. Cuanto más sencillos sean el mapa y los gráficos, más fácil será entenderlos para todos y actuar de acuerdo a la información.

Paso 1 Tabular los resultados semanales (diarios al inicio del todo) en una hoja de cálculo. Se muestra un ejemplo a continuación.

Tabla 13: Resultados semanales de niveles de cloro en el agua potable almacenada en los hogares en el Sector 1B

	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7	S 8	S 9	S 10	S 11	S 12	S 13
0 – 0,2 mg/l	2	4	5	3	6	1	4	0	0	0	0	0	0
0,3 0,4 mg/l	3	0	2	1	0	1	1	2	3	4	2	3	2
0,5 mg/l	0	0	1	1	0	2	0	1	7	5	5	5	6
0,6mg/l	0	0	2	3	0	0	3	1	0	2	2	2	3

Un gran número de filas de resultados de parámetros hará que los diagramas estén saturados y ciertas relaciones fundamentales pasen desapercibidas. Ver a continuación.

Paso 2 Elaborar un gráfico a partir de los datos

Paso 3 Repetir los pasos 1 y 2 para abarcar los datos siguientes:

- niveles de cloro en la fuente;
- niveles de bacterias en la fuente;
- datos semanales de DLA proporcionados por las ONG médicas.

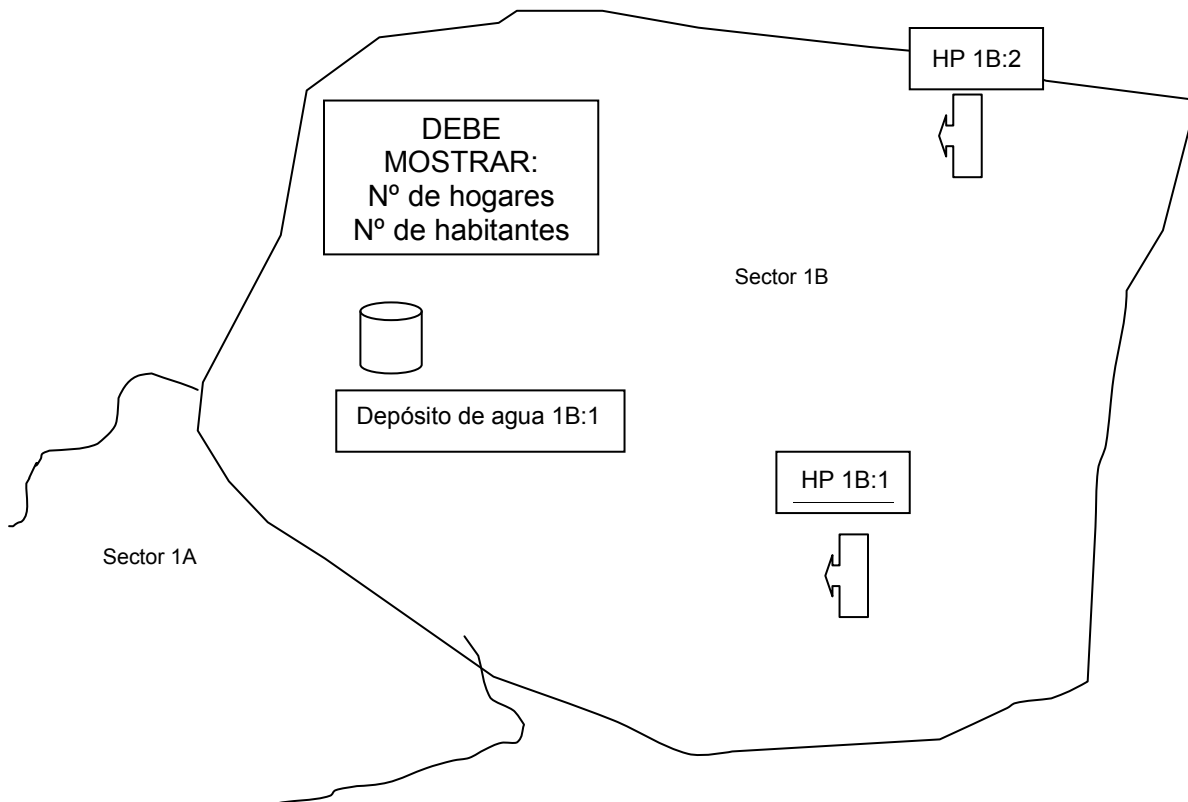
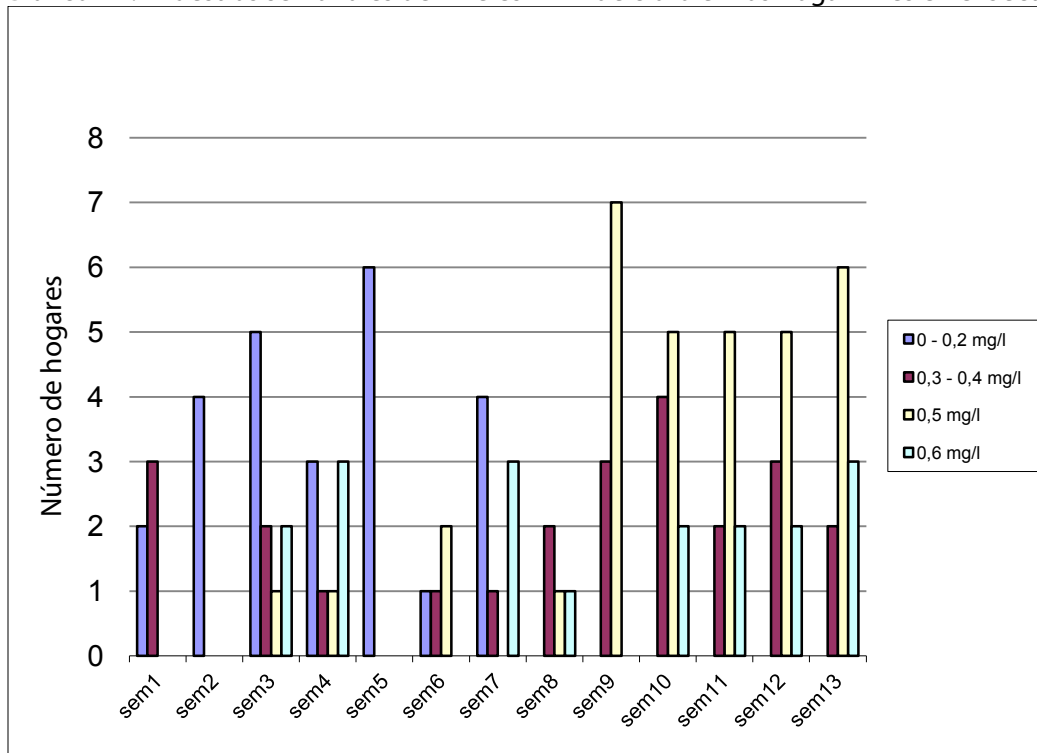
Paso 4 Trazar un mapa esquemático de cada sector en la localidad (campamento/aldea, etc.) y señalar en él la ubicación cada tipo de punto de abastecimiento de agua disponible. Cada punto de abastecimiento de agua debe formar parte de un sistema de numeración que sea fácilmente comprensible y sencillo.

²⁷ Materiales de capacitación adaptados de *Oxfam GB Darfur emergency programme 2007*, redactados por Elizabeth Lamond. Documento interno de Oxfam GB.

Paso 5 Insertar los gráficos resultantes junto al sector correspondiente señalándolos con flechas. Estos mapas se deben desplegar en las oficinas locales así como en las oficinas de la sede principal.

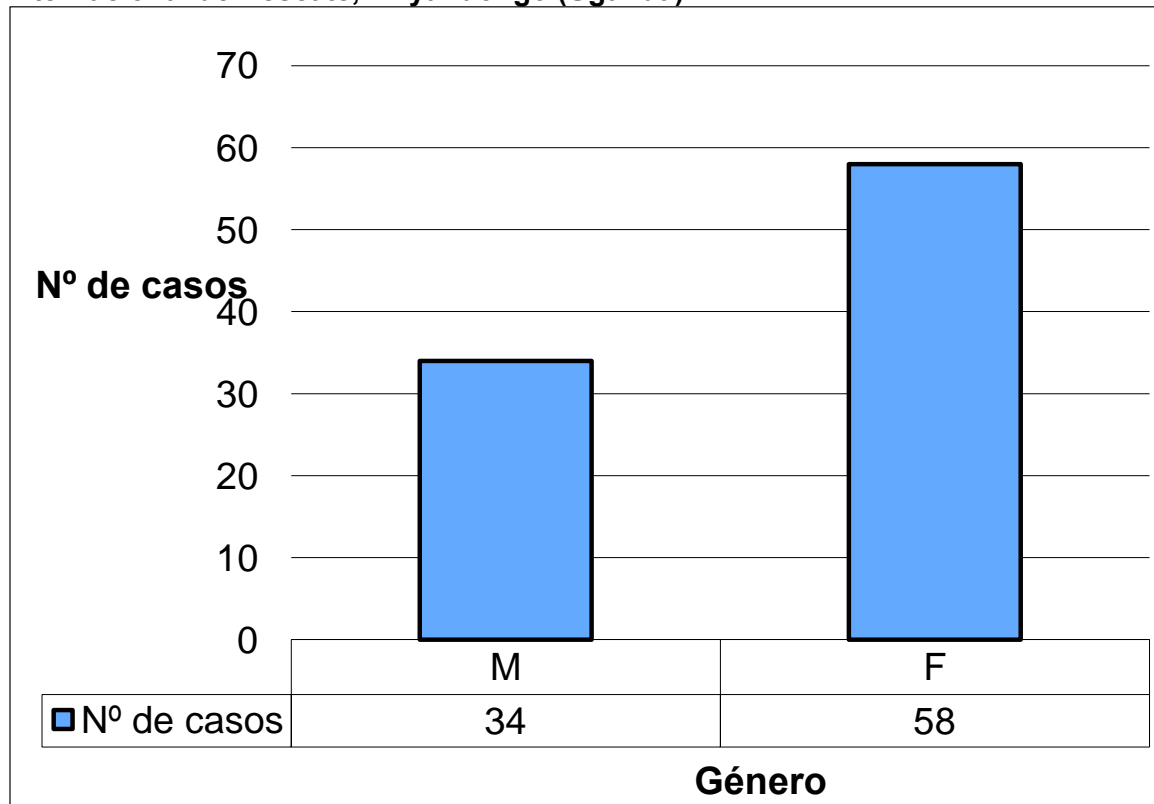
Paso 6 Se pueden actualizar los gráficos semanalmente de forma manual, pero también se deben actualizar las versiones electrónicas cada semana para que estén disponibles a la hora de elaborar informes por escrito.

Gráfico 4: Muestras semanales de niveles de cloro en los hogares en el Sector 1B



De forma similar, si los datos están desglosados por edad y género, los patrones de transmisión pueden resultar más obvios y es más fácil centrarse en quienes están más en riesgo: ver ejemplo en el [Gráfico 5](#).

Gráfico 5: Casos de cólera por género en el campamento de refugiados del Comité Internacional de Rescate, Kiryandongo (Uganda)



Referencias

Bauernfeind, Ariane, Alice Croisier, Jean-Francois Fesselet, Michel van Herp, Elisabeth Le Saoût, Jean Mc Cluskey, Welmoet Tuynman (2004) *Cholera Guidelines (segunda edición)*, París: Médicos sin Fronteras,
<http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/choleraguide.pdf>

House, S. (2008) Regional policy implications and responding to acute watery diarrhoea and cholera in the Horn, Central & Eastern Africa. Learning from experiences: improving for the future. Documento interno de Oxfam GB.

MOST Project (2005) *Draft Diarrhoea Treatment Guidelines for Clinic-Based Healthcare Workers*. http://www.izincg.org/publications/files/USAID_DiarrENGL.pdf/at_download/file (último acceso en febrero de 2012)

Smith, M.D. and R.J. Shaw (1996) 'Technical Brief No.50: Sanitary Surveying', *Waterlines: Journal of Appropriate Technologies for Water Supply and Sanitation* 15(2), 1996, pp 15-18.

UNICEF (2008) *UNICEF Handbook on Water Quality*, Nueva York: UNICEF,
http://www.unicef.org/wash/files/WQ_Handbook_final_signed_16_April_2008.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1996) *Sanitary Survey Fact Sheet 2.1: Sanitary inspections*,
http://www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/emergencies/fs2_1.pdf

OMS (2008) *WHO Guidelines for Drinking Water Quality (third edition)*. Ginebra: OMS

OMS (2012) World: Areas reporting cholera outbreaks, 2010–11. Última edición disponible vía <http://gamapserver.who.int/mapLibrary/> (último acceso en febrero de 2012)

OMS/CDD (1993) *The selection of fluids and food for home therapy to prevent dehydration from diarrhoea: Guidelines for Developing a National Policy*,
http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/WHO_CDD_93.44.pdf

OMS/UNICEF (2004) *Joint Statement on Clinical Management of Acute Diarrhoea*, Ginebra y Nueva York: OMS y UNICEF,
http://www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/CHD/docs/ENAcute_Diarrhoea_reprint.pdf

© Oxfam Internacional junio 2012

Esta publicación está sujeta a *copyright* pero el texto puede ser utilizado libremente para la incidencia política y campañas, así como en el ámbito de la educación y de la investigación, siempre y cuando se indique la fuente de forma completa. El titular del *copyright* solicita que cualquier uso de su obra le sea comunicado con el objeto de evaluar su impacto. La reproducción del texto en otras circunstancias, o su uso en otras publicaciones, así como en traducciones o adaptaciones, podrá hacerse después de haber obtenido permiso y puede requerir el pago de una tasa. Debe ponerse en contacto con policyandpractice@oxfam.org.uk.

La información en esta publicación es correcta en el momento de enviarse a imprenta.

Publicado por Oxfam GB para Oxfam Internacional con ISBN 978-1-78077-117-5 en junio 2012. Oxfam GB, Oxfam House, John Smith Drive, Cowley, Oxford, OX4 2JY, Reino Unido.

Oxfam

Oxfam es una confederación internacional de 17 organizaciones que trabajan juntas en 92 países, como parte de un movimiento global a favor del cambio, para construir un futuro libre de la injusticia que supone la pobreza. Para más información, escribir a cualquiera de las organizaciones o ir a www.oxfam.org.