



Capítulo 5: Normas mínimas en materia de servicios de salud

Cómo usar este capítulo

Este capítulo se encuentra dividido en tres secciones principales: 1) sistemas e infraestructura de salud; 2) lucha contra enfermedades transmisibles; y 3) lucha contra enfermedades no transmisibles. La organización del capítulo favorece la adopción de un enfoque basado en sistemas en el diseño, la implementación, el seguimiento y la evaluación de los servicios de salud durante un caso de desastre, lo cual parece ser la manera más fiable de asegurarse de que las necesidades prioritarias en materia de salud son identificadas y atendidas de un modo eficaz y efectivo. A lo largo de todo el capítulo, se pone de relieve la importancia de principios como el de prestar apoyo a los sistemas de salud nacionales y locales, la coordinación y la estandarización.

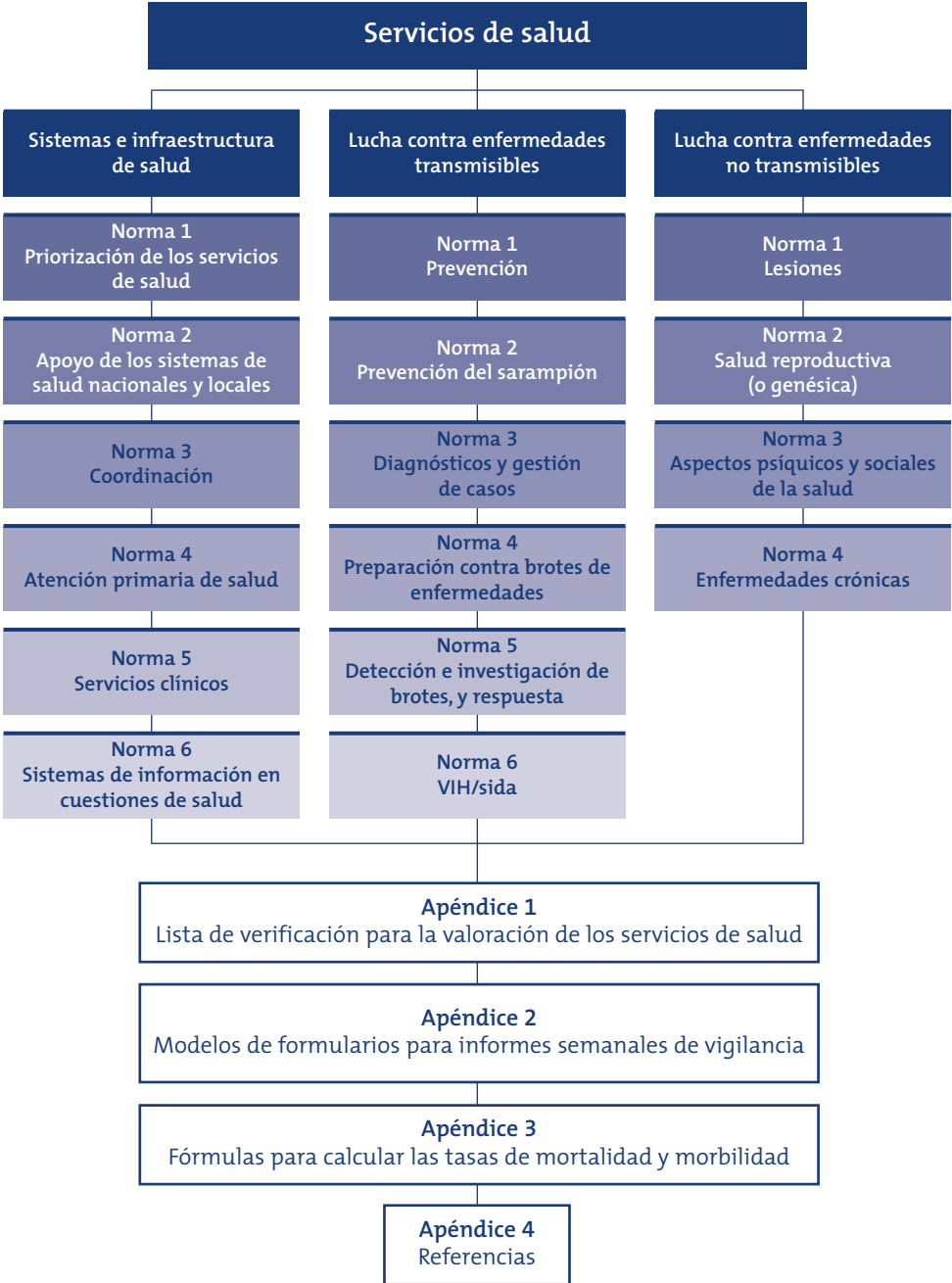
Cada una de las secciones contiene lo siguiente:

- *las normas mínimas*, que son de índole cualitativa y especifican los niveles mínimos que hay que alcanzar en la provisión de servicios de salud;
- *indicadores clave*, que son las “señales” que permiten comprobar si se ha cumplido con la norma y que constituyen un medio de medir y comunicar el impacto o resultado de los programas, así como de los procedimientos o métodos utilizados. Los indicadores pueden ser de carácter cualitativo o cuantitativo;
- *notas de orientación*, que abarcan los puntos que hay que considerar a la hora de aplicar la norma y los indicadores a situaciones diferentes, una guía sobre cómo abordar las dificultades prácticas, y consejos sobre temas prioritarios. En estas notas se tratan también cuestiones de importancia crítica relacionadas con la norma o los indicadores, y se describen dilemas, puntos polémicos o lagunas en los actuales conocimientos.

En los apéndices que figuran al final del capítulo se incluye: una lista de verificación para valoraciones, modelos de formularios de recogida de datos, fórmulas para calcular las tasas de mortalidad y morbilidad, y una lista de referencias selectas en la que se indican las fuentes de información sobre temas generales y sobre cuestiones específicas relacionadas con el contenido de este capítulo.

Índice

Introducción	301
1. Sistemas e infraestructura de salud	307
2. Lucha contra enfermedades transmisibles.....	325
3. Lucha contra enfermedades no transmisibles	339
Apéndice 1: Lista de verificación para la valoración de los servicios de salud	351
Apéndice 2: Modelos de formularios para informes semanales de vigilancia	354
Apéndice 3: Fórmulas para calcular las tasas de mortalidad y morbilidad	357
Apéndice 4: Referencias	360



Introducción

Enlaces con instrumentos jurídicos internacionales

Las Normas mínimas en materia de servicios de salud son una expresión práctica de los principios y derechos enunciados en la Carta Humanitaria. La Carta Humanitaria centra la atención en las exigencias fundamentales a la hora de sustentar la vida y la dignidad de las personas afectadas por calamidades o conflictos, según se consigna en el corpus del derecho internacional relativo a los derechos humanos, el derecho internacional humanitario y el derecho de los refugiados.

Todos tenemos derecho a disponer de servicios de salud, tal como está reconocido en una serie de instrumentos jurídicos internacionales. En ello se incluye no sólo el derecho a tener acceso equitativo a los servicios de salud sino también a los determinantes que subyacen a la salud, todos los cuales suponen el disfrute de otros derechos humanos, tales como el acceso a agua salubre y saneamiento adecuado; una cantidad adecuada de alimentos inocuos, nutrición y vivienda; condiciones medioambientales saludables; acceso a educación y a información sobre temas de salud; no discriminación; y dignidad humana y afirmación de la autoestima individual.

El derecho a la salud se puede garantizar únicamente si la población goza de protección, si los profesionales responsables del sistema de salud están bien preparados y han adquirido el compromiso de observar los principios éticos universales y alcanzar normas profesionales, si el sistema en que trabajan ha sido diseñado para cumplir con normas mínimas en la atención a necesidades y si el Estado está dispuesto a establecer y asegurar estas condiciones de seguridad y estabilidad. Desde esta perspectiva de derechos humanos son de importancia esencial los temas de dignidad y equidad y las obligaciones de los Estados y los agentes no estatales de dar cumplimiento al derecho del individuo a servicios de salud. En tiempos de conflictos armados los hospitales civiles y las instalaciones médicas no pueden en ningún tipo de circunstancias ser objeto de ataques, y el personal médico y sanitario tiene derecho a ser respetado y protegido.

Las Normas mínimas tratadas en este capítulo no son la expresión completa del derecho a la salud. Sin embargo, las normas de Esfera incorporan el contenido central del derecho a la salud y contribuyen a la progresiva realización de este derecho a escala global.

La importancia de los servicios de salud en casos de desastre

Los servicios de salud constituyen un determinante de gran importancia para la supervivencia en las fases iniciales de cualquier desastre. Los desastres casi siempre producen impactos significativos en la salud pública y en el bienestar de las poblaciones afectadas. Los impactos en la salud pública se puede decir que son directos (por ejemplo, lesiones físicas, traumas psicológicos) o indirectos (como aumento en la incidencia de enfermedades infecciosas, desnutrición, complicaciones de enfermedades crónicas). Estos efectos indirectos suelen estar relacionados con factores como la escasez y mala calidad del agua, los fallos en el saneamiento, la interrupción en el suministro de alimentos, los trastornos en los servicios de salud, el hacinamiento de personas y los desplazamientos de población.

Las metas primarias de la respuesta humanitaria ante los desastres son: 1) prevenir y reducir la mortalidad y la morbilidad excesivas, y 2) favorecer el retorno a la normalidad. Hay distintos tipos de desastres que se relacionan con diferentes escalas y patrones de mortalidad y morbilidad (véase la tabla que aparece en la página 306), y por tanto las necesidades médicas y de salud pública de la comunidad afectada variarán de acuerdo con la índole y extensión del desastre.

La priorización de los servicios de salud presupone una clara comprensión del estado de salud de la comunidad afectada, de sus necesidades, riesgos de salud, recursos y capacidades con anterioridad al desastre. En las primeras etapas del desastre es posible que la información sea incompleta, y tendrán que tomarse importantes decisiones sobre cuestiones de salud pública sin contar con todos los datos pertinentes y/o sin haberlos analizado. Por consiguiente, se deberá llevar a cabo cuanto antes una valoración multisectorial en la que tomen parte representantes de la comunidad, con el fin de

determinar el impacto del desastre en la salud pública, las necesidades prioritarias en este campo, la disponibilidad de recursos locales y la necesidad de asistencia externa (véase la norma relativa a valoración inicial, página 34, y el apéndice 1).

En general, las intervenciones prioritarias de salud pública son diseñadas para aportar el mayor beneficio en términos de salud al mayor número posible de personas. En la medida de lo posible, las intervenciones se deben fundamentar en el principio de prácticas basadas en pruebas, dando preferencia a aquellas actuaciones cuyo beneficio en cuanto a salud pública esté demostrado. Por lo general, en dichas intervenciones se incluye facilitar cantidades adecuadas de agua salubre, saneamiento, servicios nutricionales, seguridad y ayuda alimentarias, refugios y atención clínica básica. En los servicios preventivos y clínicos se deberá aspirar primariamente a luchar contra enfermedades que podrían convertirse en epidemias.

Una de las prioridades más importantes será la que se debe otorgar a una campaña de vacunación en masa contra el sarampión, en el caso de las poblaciones expuestas al riesgo de que surja un brote de esta enfermedad, especialmente entre refugiados y personas afectadas por emergencias complejas. En la mayoría de los contextos de desastres los servicios de envío de enfermos a centros médicos especializados y los cuidados basados en hospitales, aunque son importantes, tendrán un menor impacto en la salud pública que las intervenciones de atención primaria de salud.

Es esencial contar con la participación de las comunidades afectadas por el desastre en el diseño, la implementación, el seguimiento y la evaluación de los servicios de salud. Durante este proceso se deberán realizar esfuerzos por identificar las capacidades existentes dentro del sector de la sanidad y construir sobre esta base. El desarrollo de capacidades locales en colaboración con las poblaciones afectadas es probablemente el medio más eficaz de ayudar a las comunidades a recuperarse de los desastres y de prepararlas para futuras ocurrencias del mismo tipo. Es probable que los refugiados y las personas desplazadas dentro de su propio país ejerzan presiones adicionales en los servicios de salud de las poblaciones de acogida. Se deberá por tanto tratar de integrar en el mayor grado posible los esfuerzos

humanitarios con los servicios de salud de las poblaciones de acogida y a la vez prestarles apoyo.

En la mayoría de las situaciones de desastre son la mujer y el niños los principales usuarios de los servicios de atención médica, y es importante conocer las opiniones de las mujeres como medio de asegurarse de que dichos servicios son equitativos, apropiados y accesibles para la población afectada en su conjunto. Las mujeres pueden contribuir a un mejor entendimiento de los factores culturales y las costumbres que afectan a la salud, y también de las necesidades específicas de las personas vulnerables que viven dentro de la población afectada. Ellas deberán, por lo tanto, participar activamente en la planificación e implementación de los servicios sanitarios desde el principio.

Enlaces con otros capítulos

Muchas de las normas que son tratadas en los capítulos relativos a otros sectores son pertinentes para este capítulo. El progreso en alcanzar ciertos niveles de calidad en un sector suele influir, e incluso determinar, el progreso en otros ámbitos. Para que la respuesta sea efectiva hace falta una estrecha coordinación y colaboración con otros sectores. También es necesario coordinar con la autoridad local competente y con otros organismos participantes en la respuesta para lograr que las necesidades sean atendidas, que no se dupliquen los esfuerzos y que se optimice la calidad de los servicios de salud. Hacemos referencia a normas específicas o notas de orientación de otros capítulos técnicos cuando ello hace al caso.

Enlaces con normas comunes a todos los sectores

El proceso mediante el cual se desarrolla e implementa la intervención es de importancia crítica para que ésta resulte efectiva. Este capítulo debe ser utilizado conjuntamente con las normas que son comunes a todos los sectores, las cuales cubren la participación, la valoración inicial, la respuesta, la selección de beneficiarios, el seguimiento, la evaluación y las competencias y responsabilidades de los trabajadores, así como la supervisión, la gestión y el apoyo del personal (véase el capítulo 1, página 25). En particular, en toda respuesta se deberá

maximizar la participación de personas afectadas por el desastre – incluidos los grupos vulnerables mencionados más abajo – para conseguir que dicha respuesta sea apropiada y de calidad.

Vulnerabilidades y capacidades de las poblaciones afectadas por los desastres

Los grupos más frecuentemente expuestos a riesgos en las situaciones de emergencia son las mujeres, las personas de edad, los discapacitados y los que padecen de VIH o sida (personas que viven con el VIH/sida – PVVS). En ciertos contextos algunas personas pueden ser vulnerables a causa de su etnia, por su afiliación religiosa o política, o por ser personas desplazadas. No es ésta una lista exhaustiva, pero incluye a todos aquellos que son identificados con mayor frecuencia. Hay vulnerabilidades específicas que influyen en la capacidad de la gente para enfrentarse con el desastre y sobrevivir, y dentro de cada contexto deberá determinarse cuáles son las personas que corren más peligro.

En este manual se utiliza la expresión “grupos vulnerables” para hacer referencia a todos estos grupos. Cuando un grupo particular se encuentra en peligro, es probable que también otros se vean amenazados. Por lo tanto, se recomienda encarecidamente a los usuarios del libro que, siempre que se mencionen grupos vulnerables, piensen en todos los que incluimos aquí. Debe dedicarse un cuidado especial a proteger y socorrer a todos los grupos afectados, y hacerlo de un modo que no sea discriminatorio y esté basado en sus necesidades específicas. Sin embargo, se debe recordar también que las poblaciones afectadas por los casos de desastre poseen, y adquieren, habilidades y capacidades propias para afrontar la situación, las cuales han de ser reconocidas y apoyadas.

Impacto en materia de salud pública de una selección de desastres					
Efecto	Emergencias complejas	Terremotos	Vientos fuertes (sin inundaciones)	Inundaciones	Riadas/olas sísmicas
Muertes	Muchas	Muchas	Pocas	Pocas	Muchas
Lesiones graves	Varía	Muchas	Cantidad moderada	Pocas	Pocas
Aumento del riesgo de enfermedades transmisibles	Grande	Pequeño	Pequeño	Varía	Pequeño
Escasez de alimentos	Frecuente	Infrecuente	Infrecuente	Varía	Frecuente
Desplazamientos considerables de población	Frecuente (puede ocurrir en zonas urbanas severamente dañadas)	Infrecuente	Infrecuente	Frecuente	Varía

Fuente: adaptado de la Pan American Health Organization (Organización Panamericana de la Salud), *Emergency Health Management After Natural Disaster* (Gestión de temas de salud en situaciones de emergencia tras un desastre natural) Office of Emergency Preparedness and Disaster Relief Coordination (Oficina de preparación para casos de emergencia y coordinación de auxilio humanitario en casos de desastre): Publicación científica núm. 47. Washington, DC. Pan American Health Organization, 1981.

Nota: Incluso cuando se trata de tipos específicos de desastres, las características de morbilidad y mortalidad varían significativamente de un contexto a otro. Por ejemplo, la observancia de normativas de construcción puede reducir en gran medida el número de muertes y lesiones graves vinculadas con terremotos. En algunas emergencias complejas las enfermedades transmisibles y la desnutrición son los causantes principales de mortalidad y morbilidad, mientras que en otros casos los traumas de índole violenta son la primera causa de mortalidad y las complicaciones de enfermedades crónicas son una razón principal de la morbilidad excesiva.

Normas mínimas

1 *Sistemas e infraestructura de salud*

Durante la respuesta a un caso de emergencia, en situaciones en que con frecuencia suben las tasas de mortalidad o podría pronto suceder así, las intervenciones prioritarias se deben concentrar principalmente en las necesidades urgentes de supervivencia, en las cuales se incluye la atención médica básica. Una vez que las necesidades de supervivencia han sido atendidas, se deberá desarrollar una cantidad mayor de servicios de salud. Durante todas las fases de la respuesta la adopción de un enfoque basado en sistemas de salud en el diseño, la implementación, el seguimiento y la evaluación de los servicios contribuirá a garantizar que serán atendidas las necesidades más importantes, que la cobertura será apropiada, que se optimizará el acceso y que se fomentará la calidad.

Las normas que siguen tienen aplicación en todos los contextos de desastres, pero son particularmente pertinentes en las situaciones en que los recursos escasean. Las normas han sido concebidas principalmente para que las comunidades afectadas por el desastre tengan acceso a servicios sanitarios de buena calidad durante la respuesta al desastre. Es de especial importancia fomentar la sostenibilidad de los servicios de salud tras el desastre si ha tenido lugar un trastorno considerable de la infraestructura y los servicios sanitarios. Sin embargo, para garantizar la sostenibilidad hace falta considerar factores muy diversos, entre ellos algunos de índole política, administrativa, institucional, financiera y técnica, los cuales quedan fuera del ámbito del presente escrito. Los organismos y el personal sanitario deben tener en cuenta que muchas veces las decisiones tomadas durante la respuesta a un desastre podrán llevar a resultados opuestos, sirviendo para estimular o para socavar la sostenibilidad a largo plazo de los servicios.

Norma 1 relativa a sistemas e infraestructura de salud: priorización de los servicios sanitarios

Todas las personas gozan de acceso a servicios de salud a los que se ha concedido prioridad para afrontar las causas principales de la mortalidad y la morbilidad excesivas.

Indicadores clave (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Las causas principales de la mortalidad y la morbilidad son determinadas, documentadas y seguidas.
- Los servicios sanitarios prioritarios abarcan las intervenciones más apropiadas y eficaces para reducir el exceso de morbilidad y mortalidad (véase la nota de orientación 1).
- Todos los miembros de la comunidad, incluidos los grupos vulnerables, tienen acceso a intervenciones prioritarias en materia de salud (véase la nota de orientación 2).
- En el diseño e implementación de las intervenciones prioritarias de salud participan las autoridades locales de sanidad y los miembros de la comunidad.
- Existe colaboración activa con otros sectores en el diseño e implementación de las intervenciones sanitarias prioritarias, incluyendo las relativas a agua y saneamiento, seguridad alimentaria, nutrición, refugios y protección.
- La tasa bruta de mortalidad general se mantiene en menos del doble de la línea de base documentada con respecto a esta población con anterioridad al desastre, o se reduce a esta proporción (véase la nota de orientación 3)
- La tasa de mortalidad infantil para niños menores de 5 años se mantiene en menos del doble de la línea de base documentada con respecto a esta población con anterioridad al desastre, o se reduce a esta proporción (véase la nota de orientación 3)

Notas de orientación

- 1. Las intervenciones prioritarias en materia de salud** varían según el contexto, incluyendo el tipo de desastre y su impacto. Si el diseño de estas intervenciones se basa en principios de salud pública será posible proporcionar el mayor beneficio sanitario al mayor número de personas. Entre las intervenciones prioritarias de salud están: el suministro adecuado de agua salubre, saneamiento, alimentación y refugios; la lucha contra enfermedades infecciosas (por ejemplo, vacunación contra el sarampión); la atención clínica básica; y la vigilancia de las enfermedades. Se otorga una prioridad aún más alta a la ampliación de los servicios clínicos, incluyendo la atención a casos de trauma, tras los desastres que causan numerosos casos de lesiones, como por ejemplo los terremotos.
- 2. Acceso a los servicios de salud:** El acceso se deberá basar en el principio de la equidad, tratando de conseguir un acceso igual que responda a las necesidades y sin que haya ningún tipo de discriminación que pudiera llevar a la exclusión de grupos específicos. En la práctica, la ubicación y la dotación de personal de los servicios de salud deben ser organizadas de forma que se logre un acceso y una cobertura óptimos. A la hora de diseñar los servicios de salud se deberá encarar la cuestión de las necesidades particulares de grupos vulnerables que puedan no haber tenido acceso fácil a las prestaciones. Si se cobra por el servicio, las prestaciones se habrán de disponer de tal forma que aquellos que no puedan pagar también tengan acceso, por ejemplo mediante dispensa de pagos, cupones, etc.
- 3. Tasa bruta de mortalidad y tasa de mortalidad de niños menores de 5 años:** La tasa bruta de mortalidad (TBM) diaria es el indicador sanitario más específico y útil para efectuar el seguimiento en una situación de desastre. Si la línea de base de la TBM se multiplica por dos, ello es indicativo de que existe una emergencia importante de salud pública que requiere una respuesta inmediata. El promedio de la línea de base de la tasa bruta de mortalidad en los países menos desarrollados es aproximadamente de 0.38 muertes por día por cada diez mil personas; en el África subsahariana es de 0.44; en los países industrializados es del orden de 0.25 por día por cada diez mil personas. Si no se conoce la línea de base los organismos sanitarios deberán tratar de mantener la tasa

bruta de mortalidad en menos de 1.0 por día por cada 10.000 personas. La línea de base de la tasa de mortalidad para niños menores de 5 años (TMM5) en los países menos desarrollados es aproximadamente de un 1.03 por día por cada diez mil niños, y en el África subsahariana de 1.14, mientras que en el caso de los países industrializados es del orden de 0.04 por día por cada diez mil niños de menos de 5 años. Si la línea de base es desconocida, los organismos de salud deberán intentar mantener la tasa bruta de mortalidad en menos de 2.0 por día por cada diez mil niños menores de 5 años (véanse los Apéndices 2-3 y la tabla que sigue).

Datos de referencia sobre la línea de base de la mortalidad por región				
Región	TBM (muertes/día /10.000)	TBM umbral de emergencia	TMM5 (muertes/día/ 10.000 -5 años)	TMM5 umbral de emergencia
África subsahariana	0.44	0.9	1.14	2.3
Oriente Medio y África del norte	0.16	0.3	0.36	0.7
Sur de Asia	0.25	0.5	0.59	1.2
Este de Asia y Pacífico	0.19	0.4	0.24	0.5
América Latina y Caribe	0.16	0.3	0.19	0.4
Europa Central y del Este / CEI y Estados Bálticos	0.30	0.6	0.20	0.4
Países industrializados	0.25	0.5	0.04	0.1
Países en desarrollo	0.25	0.5	0.53	1.1
Países menos desarrollados	0.38	0.8	1.03	2.1
Mundo	0.25	0.5	0.48	1.0

Fuente: *Estado Mundial de la Infancia* 2003, de UNICEF (datos de 2001).

Norma 2 relativa a sistemas e infraestructura de salud: apoyo de los sistemas sanitarios nacionales y locales

Los sistemas de salud han sido diseñados para apoyar a los sistemas, las estructuras y los proveedores ya existentes en el sector de la salud.

Indicadores clave (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Los representantes del Ministerio de Sanidad lideran la respuesta del sector sanitario siempre que ello resulta posible.

- Si el Ministerio de Sanidad no posee la capacidad necesaria, se busca un organismo con la correspondiente capacidad para liderar la respuesta del sector sanitario (véanse las notas de orientación 1-2).
- Los servicios locales de sanidad son apoyados y fortalecidos por los organismos encargados de la respuesta (véanse las notas de orientación 1-2).
- Los trabajadores locales de sanidad son apoyados e integrados en los servicios de salud, teniendo en cuenta el equilibrio étnico y entre hombres y mujeres (véase la nota de orientación 3).
- Los servicios de salud incorporan o adaptan las normas y directrices nacionales existentes del país afectado por el desastre o el país de acogida (véase la nota de orientación 4).
- No se establecen instalaciones y servicios de salud paralelos ni alternativos, incluyendo a este respecto hospitales de campaña extranjeros, a menos que las capacidades locales estén desbordadas o que la población no tenga acceso fácil a los servicios actuales. La autoridad sanitaria líder es consultada sobre este tema (véase la nota de orientación 5).

Notas de orientación

- 1. Autoridad sanitaria líder:** Si el Ministerio de Sanidad carece de la capacidad para asumir el papel de autoridad sanitaria líder, generalmente se encargará de ello un organismo de las Naciones Unidas, por ejemplo la OMS, el ACNUR, UNICEF. En ocasiones, si no poseen capacidad a nivel regional, local o del distrito ni el Ministerio de Sanidad ni los organismos de las Naciones Unidas, se podrá encargar a otro organismo participante que coordine las actividades, al menos temporalmente. La autoridad sanitaria líder deberá comprobar que los organismos de salud que organizan la respuesta apoyan y fortalecen las capacidades de los sistemas sanitarios locales. Además, la autoridad sanitaria líder se encargará de que las actividades de los organismos de salud procedan de forma coordinada y mutuamente complementaria.
- 2. Estrategia y política del sector de sanidad:** Una importante responsabilidad de la autoridad sanitaria líder será la de desarrollar la

estrategia global y las políticas generales para la respuesta de emergencia dentro del sector de sanidad. Lo ideal sería preparar un documento de política a seguir en que se especifiquen las prioridades y objetivos del sector sanitario y se presente un marco de referencia para alcanzar estas metas. Este documento debería ser elaborado tras consultar con los correspondientes organismos y con los representantes de la comunidad.

- 3. Trabajadores sanitarios locales:** Los profesionales de la salud y otros trabajadores sanitarios de las comunidades afectadas por el desastre, incluidas las parteras o auxiliares tradicionales de parto, deben quedar integrados en los servicios de salud siempre que ello sea apropiado. El equilibrio entre hombres y mujeres, aunque siempre es preferible, tal vez no sea factible en comunidades en las que los proveedores de atención sanitaria son predominantemente de un mismo sexo.
- 4. Normas y directrices nacionales:** En general, los organismos deben adherirse a las normas y directrices sanitarias del país en el que se lleva a cabo la respuesta al desastre, incluyendo aquí los protocolos de tratamientos y las listas de medicamentos esenciales (véase la norma 5 relativa a sistemas e infraestructura de salud). Estas normas y líneas directrices deben ser revisadas consultando con el Ministerio de Sanidad o la autoridad sanitaria líder en la primera fase de la respuesta al desastre, para determinar su idoneidad. Si han quedado anticuadas o no reflejan las prácticas basadas en pruebas documentadas, deberán ser actualizadas.
- 5. Hospitales de campaña extranjeros:** Es posible que alguna vez sea el hospital de campaña la única manera de facilitar atención sanitaria, si los hospitales existentes no funcionan bien. No obstante, suele ser más eficaz proporcionar recursos a hospitales existentes para que puedan volver a funcionar o sean capaces de dar cabida a nuevas demandas. Podría ser apropiado establecer un hospital de campaña que se encargue de la atención inmediata de lesiones traumáticas (primeras 48 horas), la atención secundaria de lesiones traumáticas y las emergencia de tipo rutinario (días 3-15), o bien como servicio provisional en sustitución de un hospital local dañado hasta que éste sea reconstruido (lo que podrá llevar varios años). Para poder determinar si es apropiado montar un hospital de campaña tiene que existir una necesidad clara, el hospital de campaña debe ser capaz de proveer servicios adecuados, no debe suponer una carga para los recursos locales, y debe presentar una buena relación entre la efectividad y el coste.

Norma 3 relativa a sistemas e infraestructura de salud: coordinación

Las personas tienen acceso a servicios que están bien coordinados entre todos los organismos y sectores con el fin de conseguir la máxima efectividad.

Indicadores clave (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Se implantan mecanismos de coordinación al nivel central (nacional o regional) y al nivel del terreno dentro del sector de sanidad, y entre el sector sanitario y otros sectores.
- Las responsabilidades específicas de cada organismo de salud son clarificadas y documentadas en consultación con la autoridad sanitaria líder, a fin de lograr que la cobertura de la población sea óptima y que los servicios se complementen unos a otros (véase la nota de orientación 1).
- Al nivel local, así como en el terreno, tienen lugar reuniones periódicas de coordinación del sector de sanidad a las que asisten partners locales y externos (véase la nota de orientación 2).

Notas de orientación

- 1. Coordinación entre organismos de salud:** Independientemente de que la autoridad sanitaria líder sea el Ministerio de Sanidad u otro organismo, todas las organizaciones del sector sanitario deben establecer coordinación con los servicios sanitarios nacionales y locales. En los contextos de refugiados, los organismos deberán coordinar con el sistema de salud del país de acogida. Si intervienen en el terreno varios organismos sanitarios, con la asignación coordinada de responsabilidades se podrán cubrir las lagunas existentes en el sector sanitario y evitar las duplicaciones de esfuerzos.
- 2. Las reuniones de coordinación** facilitarán un foro para compartir información, determinar prioridades y efectuar su seguimiento,

desarrollar y adaptar estrategias comunes en cuanto a servicios sanitarios, asignar tareas específicas y acordar protocolos e intervenciones estandarizados. Inicialmente las reuniones deberán celebrarse por lo menos una vez por semana.

Norma 4 relativa a sistemas e infraestructura de salud: atención primaria de salud

Los servicios de salud están basados en los pertinentes principios de atención primaria de salud.

Indicadores clave (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Todas las personas tienen acceso a información sobre temas de salud que les permite proteger y fomentar su salud y bienestar propios (véase la nota de orientación 1).
- Los servicios de salud son facilitados al nivel apropiado del sistema de salud: hogar/comunidad, instalaciones sanitarias periféricas, instalaciones sanitarias centrales, hospital especializado (véase la nota de orientación 2).
- Ha sido establecido por la autoridad sanitaria líder un sistema estandarizado de envío a servicios médicos especializados, y es utilizado por los organismos de salud. Se organiza transporte adecuado para que los pacientes se trasladen al hospital especializado.
- Los servicios y las intervenciones de salud se fundamentan en métodos de solvencia científica y están basados en pruebas documentadas, siempre que ello es posible
- Los servicios y las intervenciones de salud hacen uso de tecnología apropiada, y son social y culturalmente aceptables.

Notas de orientación

- 1. Información y educación sobre temas de salud:** En consulta con las autoridades sanitarias locales y representantes de la comunidad, debe ponerse en marcha un programa activo de educación y promoción de la salud comunitaria en el que se tendrán en cuenta las conductas beneficiosas para la salud y las creencias de la población en el campo de la salud y se facilitará información sobre los principales problemas endémicos y riesgos de salud, la disponibilidad y ubicación de los servicios sanitarios y el tipo de conducta con que se protege y fomenta la buena salud. En los mensajes públicos y en los materiales sobre temas de salud se deberá utilizar un lenguaje y medios adecuados, y habrán de ser culturalmente sensitivos. En lo posible, el contenido de los mensajes prioritarios en materia de salud debe ser coherente entre los organismos sanitarios que intervienen en la implementación.
- 2. Ambulatorios:** Es posible que durante algunos desastres sea necesario hacer uso de ambulatorios o clínicas móviles para atender a las necesidades de comunidades aisladas o en movimiento que tengan dificultades de acceso a servicios sanitarios. La experiencia demuestra, que si se organizan bien, estas clínicas pueden cumplir una función de gran importancia. Cuando no son organizadas de modo adecuado pueden emplearse poco, desplazar a los servicios existentes y representar un uso ineficiente de recursos limitados. Los ambulatorios deben ser introducidos solamente tras haber consultado con la autoridad sanitaria líder y los representantes locales del sector sanitario.

Norma 5 relativa a sistemas e infraestructura de salud: servicios clínicos

Las personas gozan de acceso a servicios clínicos que han sido estandarizados y que se adhieren a los protocolos y directrices aceptados.

Indicadores clave (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- El número, nivel y ubicación de las instalaciones sanitarias son apropiados para atender a las necesidades de la población (véanse las notas de orientación 1-2).
- El número, las competencias profesionales y el equilibrio étnico/entre hombres y mujeres del personal de todas las instalaciones de sanidad son apropiados para atender a las necesidades de la población (véanse las notas de orientación 1-2).
- Se han alcanzado niveles adecuados de dotación de personal, y por tanto no se exige a los profesionales clínicos que examinen constantemente a más de 50 pacientes al día. Si este umbral es excedido con regularidad, se recluta a personal clínico adicional (véase el Apéndice 3).
- Se efectúa un seguimiento de las tasas de utilización de las instalaciones de sanidad, y se toman medidas correctivas si son usadas de modo excesivo o insuficiente (véase la nota de orientación 3).
- Han sido establecidos por la autoridad sanitaria líder protocolos estandarizados de gestión de casos, y los organismos de sanidad se adhieren a ellos (véase la nota de orientación 4).
- Ha sido determinada por la autoridad sanitaria líder una lista de medicamentos esenciales, y los organismos de sanidad se atienen a ella (véase la nota de orientación 4).
- Se supervisa y se imparte formación al personal clínico en el uso de los protocolos y de la lista de medicamentos esenciales (véanse las notas de orientación 5-6).

- Las personas tienen acceso a un suministro continuo de medicamentos esenciales a través de un sistema estandarizado de gestión de medicamentos en el que se observan las directrices aceptadas (véase la nota de orientación 7).
- Los donativos de medicamentos son aceptados únicamente si muestran observancia de las directrices reconocidas internacionalmente. Los medicamentos donados que no se adhieren a estas directrices no son usados y son desechados de modo seguro.
- Los restos mortales de las personas fallecidas son tratados de manera digna y culturalmente apropiada, basada en buenas prácticas de salud pública (véase la nota de orientación 8).

Notas de orientación

- 1. Instalaciones sanitarias y personal:** El número y la ubicación de las instalaciones de sanidad de que será necesario disponer y el número y competencias del personal a cada nivel podrán variar de un contexto a otro. Si entre el personal se incluye a una trabajadora de sanidad (aunque sea sólo una) o un representante de un grupo étnico minoritario se aumentará de modo significativo el acceso de las mujeres o las personas de grupos minoritarios a los servicios de salud. Estará prohibido realizar actos o actividades que comprometan la neutralidad de los servicios sanitarios, como por ejemplo llevar armas.
- 2. Dotación de personal:** Las siguientes directrices pueden ser una referencia útil, pero tendrán que ser adaptadas de acuerdo con el contexto. La expresión “trabajador(a) sanitario(a) cualificado/a” significa un proveedor de cuidados clínicos que ha recibido una formación profesional de carácter oficial, como por ejemplo un médico, una enfermera, un colaborador clínico o un ayudante sanitario.
 - a. Nivel de la comunidad: un trabajador comunitario de sanidad por cada 500-1000 personas; una partera o auxiliar tradicional de parto por cada 2000 habitantes; un supervisor por cada 10 visitantes domésticos; un supervisor responsable.
 - b. Instalación periférica de salud (por cada 10.000 personas aproximadamente): un total de dos a cinco miembros del personal; un

mínimo de un trabajador sanitario cualificado, sobre la base de un médico por cada 50 consultas al día; personal no cualificado para la administración de terapia de rehidratación oral (TRO), vendas, etc. y para llevar registros, trabajo administrativo, etc.

- c. Instalación central de sanidad (por cada 50.000 personas aproximadamente): un mínimo de cinco trabajadores sanitarios cualificados, un mínimo de un médico; un trabajador sanitario cualificado por cada 50 consultas al día (consultas externas); un trabajador sanitario cualificado por cada 20-30 camas, en servicios de 24 horas (pacientes ingresados). Un trabajador sanitario no cualificado para administrar la terapia de rehidratación oral; uno o dos para la farmacia; uno o dos para vendas, inyecciones, esterilización. Un técnico de laboratorio. Personal no cualificado para llevar registros, garantizar la seguridad, etc.
- d. Hospital especializado: variable. Por lo menos un médico cirujano; una enfermera por cada 20-30 camas y para cada turno de servicio.

3. Tasas de utilización de los servicios de salud: El número de pacientes que acude a las instalaciones sanitarias determinará la tasa de utilización. No hay un umbral fijo de utilización, ya que ésta variará de un contexto a otro, e incluso muchas veces de una estación del año a otra. No obstante, este umbral asciende de un modo significativo entre las poblaciones afectadas por los desastres. Si se trata de poblaciones estables, las tasas de utilización son del orden de 0.5-1.0 nuevas consultas por persona por año. Entre las poblaciones desplazadas se puede esperar un promedio de 4.0 nuevas consultas por persona por año. Si la tasa es más baja que lo que se espera, ello podrá indicar un acceso inadecuado a las instalaciones de sanidad, por ejemplo a causa de baja capacidad en los servicios de salud. Si la tasa es más alta, la razón de ello podría estar en una utilización excesiva debida a un problema específico de salud pública (como el brote de una enfermedad infecciosa), o un cálculo estimativo bajo de la población beneficiaria. Al analizar las tasas de utilización se deberá prestar consideración también a los factores de sexo, edad, origen étnico y discapacidad, para asegurarse de que los grupos vulnerables no están insuficientemente representados (véase el Apéndice 3).

- 4. Protocolos de estandarización de tratamientos y listas de medicamentos esenciales:** La mayoría de los países han determinado listas de medicamentos esenciales o formularios nacionales, y muchos de ellos tienen protocolos de tratamientos para la gestión de enfermedades y lesiones corrientes. Estos protocolos y listas de medicamentos deben ser revisados consultando al Ministerio de Sanidad o la autoridad sanitaria líder en la primera fase de la respuesta al desastre, para determinar su idoneidad. Puede que alguna vez sea necesario hacer cambios en protocolos nacionales y listas de medicamentos ya establecidos, por ejemplo si existen datos que indican resistencia a antibióticos recomendados o agentes antipaludismo. Si no existen protocolos o listas de medicamentos esenciales, se deberán seguir las directrices publicadas por la OMS o el ACNUR, por ejemplo el “*New Emergency Health Kit*” (Nuevo kit [botiquín] sanitario de emergencia).
- 5. Formación y supervisión del personal:** A los trabajadores sanitarios se les deberá impartir la capacitación y las competencias apropiadas a su nivel de responsabilidad. Los organismos de salud tienen la obligación de formar al personal y asegurarse de que sus conocimientos están al día. La formación y la supervisión son dos temas de alta prioridad, sobre todo cuando el personal no ha recibido educación ininterrumpida, o cuando se introducen nuevos sistemas y protocolos de salud. En la medida de lo posible, los programas de formación deberán estar estandarizados y vinculados con los programas nacionales.
- 6. Derechos de los pacientes:** Hay muchos factores relacionados con los desastres que pueden hacer difícil exigir de modo consistente el cumplimiento de los derechos del paciente a privacidad, confidencialidad y consentimiento informado. Sin embargo, el personal sanitario deberá intentar salvaguardar y promocionar estos derechos en el mayor grado posible. Las instalaciones y servicios de salud deben ser diseñados de una manera que permita mantener la privacidad y la confidencialidad (véase la norma 6 relativa a sistemas e infraestructura de salud, nota de orientación 3). Se deberá tratar de obtener el consentimiento informado de los pacientes antes de iniciar un tratamiento médico o intervención quirúrgica. Los pacientes tienen derecho a saber lo que implica cada tratamiento, los beneficios que se esperan, los riesgos potenciales, el coste y la duración.
- 7. Gestión de medicamentos:** Es necesario que, además de hacer uso de

la lista de medicamentos esenciales, los organismos de salud implanten un sistema eficaz de gestión de medicamentos. El objetivo de este tipo de sistema es garantizar el uso eficiente, racional y rentable de los medicamentos. El sistema deberá estar basado en los cuatro elementos clave de la gestión de medicamentos: selección, adquisición, distribución y uso (véase la publicación de Management Sciences for Health (1997) titulada *Managing Drug Supply* (Gestión del suministro de medicamentos)).

- 8. Disposiciones relativas a los restos mortales de personas fallecidas:** Será preciso contar con disposiciones relativas a lo que se debe hacer con los cadáveres si se trata de desastres con altas tasas de mortalidad. Los restos mortales no se pueden arrojar sin ceremonias a una fosa común. Hacerlo así no sería justificable como medida de salud pública, pero además sería una violación de importantes normas sociales y podría suponer un despilfarro de recursos escasos. La gestión en masa de los restos mortales se suele basar en la falsa creencia de que representan un peligro de epidemia si no son enterrados o cremados inmediatamente. En realidad, el peligro de salud que presentan los cadáveres normalmente es insignificante. Únicamente en algunos casos especiales presentan los restos humanos riesgos de salud y se hace necesario tomar precauciones específicas, por ejemplo si la muerte es consecuencia del cólera o de fiebres hemorrágicas. Las familias deberán tener la oportunidad de celebrar funerales y entierros culturalmente apropiados. Si los que son enterrados fueron víctimas de la violencia, se deberán considerar los temas relativos a las cuestiones médico-legales (véase también la norma 2 relativa a refugios y asentamientos, nota de orientación 3, página 257).

Norma 6 relativa a sistemas e infraestructura de salud: sistemas de información sobre temas de salud

El diseño y desarrollo de los servicios de salud se guían por una continua y coordinada recopilación, análisis y utilización de los pertinentes datos sobre salud pública.

Indicadores clave (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Es implementado por todos los organismos de salud un sistema estandarizado de información sobre temas de salud (SIS) para recoger sistemáticamente datos pertinentes sobre demografía, mortalidad, morbilidad y servicios de salud (véanse las notas de orientación 1-2 y los apéndices 2-3).
- Ha sido designado un organismo (u organismos) como coordinador de dicho sistema, y se encarga de organizarlo y supervisarlos.
- A intervalos regulares, las instalaciones y organismos de salud presentan los datos de vigilancia a la entidad designada para coordinar el SIS. La frecuencia de estos informes varía según el contexto, pudiendo ser diaria, semanal o mensual.
- El organismo coordinador del SIS elabora un informe periódico de epidemiología que incluye el análisis e interpretación de datos, y este informe es comunicado a los demás organismos, personas que toman decisiones y miembros de la comunidad. La frecuencia de estos informes varía según el contexto, pudiendo ser diaria, semanal o mensual.
- Los organismos toman precauciones adecuadas en cuanto a la protección de datos para garantizar la seguridad de las personas individuales y/o las poblaciones (véase la nota de orientación 3).
- En el mencionado SIS se incluye un componente de alerta previa para detectar los brotes de enfermedades infecciosas (véase la norma 5 relativa a la lucha contra enfermedades transmisibles, página 334).
- En la interpretación de los datos de vigilancia se usa de modo consistente información complementaria procedente de otras fuentes pertinentes que sirve de guía en el proceso de toma de decisiones (véase la nota de orientación 4).

Notas de orientación

1. **Sistema de información sobre temas de salud (SIS):** Siempre que ello es posible, este sistema se apoya en el sistema de vigilancia que existía anteriormente. En algunos casos de emergencia es posible que haga falta contar con un sistema paralelo, el cual será determinado consultando con la autoridad sanitaria líder. El sistema de información debe ser diseñado de forma que tenga flexibilidad y pueda evolucionar con el tiempo. Durante la respuesta al desastre los datos de salud deberán incluir los siguientes puntos, aunque sin limitarse a ellos:
 - a. tasa bruta de mortalidad
 - b. tasa de mortalidad de niños menores de 5 años
 - c. mortalidad proporcional
 - d. tasa de mortalidad por causas específicas
 - e. tasas de incidencia de las enfermedades más corrientes
 - f. tasas de utilización de las instalaciones de salud
 - g. número de consultas por médico por día
2. **Desglose de datos:** Los datos deberán ser desglosados por edad y por sexo dentro de lo que resulte práctico, para que puedan servir de guía en el proceso de toma de decisiones. El desglose en detalle podrá ser difícil durante las primeras fases de un desastre. Pero los datos de mortalidad y morbilidad relativos a niños de menos de cinco años deberán quedar documentados desde el principio, ya que este grupo se suele encontrar expuesto a riesgos especiales. Además, el desglose por sexo de la mortalidad y la morbilidad resulta útil para detectar las diferencias específicas entre hombres y mujeres. Si el tiempo disponible y las condiciones existentes lo permiten, se deberá tratar de elaborar un desglose más pormenorizado con el fin de descubrir otras diferencias según la edad (por ejemplo, entre 0 y 11 meses, 1-4 años, 5-14 años, 15-49 años, 50-59 años y 60+ años) y el sexo.
3. **Confidencialidad:** Se debe asegurar el carácter confidencial de los registros y datos médicos. Se deben tomar adecuadas precauciones para proteger la seguridad de la persona individual, así como de los datos

mismos. Los miembros del personal no deben revelar información sobre los pacientes a persona alguna que no participe en el cuidado del paciente sin permiso de éste. Los datos que se refieren a traumas causados por torturas o por otras violaciones de los derechos humanos deben ser tratados con el mayor cuidado. Se podrá considerar la posibilidad de transmitir esta información a las personas o instituciones apropiadas, si el interesado da su consentimiento.

4. Fuentes de otros datos: Las fuentes de los datos pertinentes relativos a la salud abarcan los informes de laboratorios, las encuestas, los informes de casos, las mediciones de la calidad del servicio y otros sectores programáticos.

Véanse en el Apéndice 2 los modelos de formularios semanales de mortalidad y morbilidad, y en el apéndice 3 las fórmulas utilizadas para calcular las tasas de mortalidad y morbilidad.

2 Lucha contra enfermedades transmisibles

El aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad debido a enfermedades transmisibles se produce con más frecuencia en relación con casos de emergencias complejas que cuando sobrevienen otros tipos de desastres. En muchos de estos contextos, y especialmente si se trata de países en vías de desarrollo, entre el 60% y el 90% de las defunciones se atribuyen a una de las cuatro siguientes enfermedades infecciosas importantes: sarampión, diarrea, infecciones respiratorias agudas y paludismo. La desnutrición grave suele estar relacionada con tasas más altas de letalidad de estas enfermedades, en especial entre los niños pequeños. En algunos contextos se han presentado también brotes de otras enfermedades transmisibles, tales como la meningitis meningocócica, la fiebre amarilla, la hepatitis viral y la fiebre tifoidea.

Los brotes de enfermedades transmisibles se relacionan con mucha menos frecuencia con desastres naturales que tienen un comienzo repentino. Cuando aquellos surgen, por lo general están vinculados con trastornos en el saneamiento y con el consumo de aguas de mala calidad. El uso potencial de agentes biológicos como armas ofensivas por parte de terroristas y fuerzas militares es causa de nuevas preocupaciones para los organismos de respuesta en casos de desastre y las personas que intervienen en la asistencia humanitaria. La respuesta a incidentes relacionados con armas biológicas no es abordada específicamente en las siguientes normas, aunque algunas de estas normas e indicadores tienen aplicación a este tipo de incidentes.

Norma 1 relativa a la lucha contra enfermedades transmisibles: prevención

Las personas disponen de acceso a información y servicios que han sido diseñados para prevenir aquellas enfermedades transmisibles que contribuyen más significativamente a la morbilidad y la mortalidad excesivas.

Indicadores clave (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Se desarrollan e implementan medidas generales de prevención que son coordinadas con otros sectores pertinentes (véase la nota de orientación 1).
- Los mensajes de educación comunitaria sobre temas de salud proporcionan a las personas información acerca de la prevención de las enfermedades contagiosas comunes y los medios de acceso a los correspondientes servicios (véase la norma 4 relativa a sistemas e infraestructura de salud, página 315).
- Son implementadas medidas específicas de prevención, como por ejemplo una campaña de vacunación en masa contra el sarampión y el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), de la forma que queda indicada (véanse la nota de orientación 2 y la norma 2 relativa a la lucha contra enfermedades transmisibles).

Notas de orientación

1. Medidas generales de prevención: La mayoría de estas intervenciones son desarrolladas en coordinación con otros sectores, incluyendo:

- agua y saneamiento: suficiente cantidad y adecuada calidad de agua; suficiente saneamiento; fomento de la higiene; lucha antivectorial, etc. (véase la sección sobre agua, saneamiento y fomento de la higiene, página 61).
- seguridad alimentaria, nutrición y ayuda alimentaria: acceso a alimentos adecuados y gestión de la desnutrición (véase la sección sobre seguridad alimentaria, nutrición y ayuda alimentaria, página 121).

– refugios: suficientes refugios adecuados (véase la sección sobre refugios, asentamientos y artículos no alimentarios, página 241).

2. Prevención del sarampión y Programa Ampliado de Inmunización

(PAI): A causa de que el sarampión posee un alto potencial de brotes y mortalidad, la vacunación en masa de los niños contra esta enfermedad suele recibir alta prioridad entre las poblaciones afectadas por los desastres, especialmente las poblaciones desplazadas y/o afectadas por un conflicto. La vacunación contra otras enfermedades infantiles a través del PAI suele ser un objetivo de menor prioridad, porque los brotes de estas enfermedades son menos frecuentes y los riesgos relacionados con ellas más bajos. Por lo tanto, en el PAI suelen introducirse otras vacunas solamente cuando ya se ha atendido a las necesidades perentorias de la población. Entre las excepciones a esta regla están los brotes de enfermedades como la pertussis (tos ferina) o la difteria, que cuando se presentan exigen que se otorgue prioridad a la vacunación contra ellas.

Norma 2 relativa a la lucha contra enfermedades transmisibles: prevención del sarampión

Todos los niños de edades entre 6 meses y 15 años son vacunados contra el sarampión.

Indicadores clave (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- En el comienzo de la respuesta a la emergencia se hace un cálculo estimativo de la cobertura de la vacunación contra el sarampión de niños entre 9 meses y 15 años, para determinar la prevalencia de susceptibilidad al sarampión (véase la nota de orientación 1).
- Si se estima que la cobertura de inmunización es de menos del 90%, se inicia una campaña de vacunación en masa para niños de entre 6 meses y 15 años de edad (se incluye la administración de vitamina A a los niños de 6-59 meses). La campaña de vacunación, incluyendo en ella el PAI, es coordinada con las autoridades de salud nacionales y locales (véase la nota de orientación 2)

- Al finalizar la campaña:
 - por lo menos el 95% de los niños de entre 6 meses y 15 años han sido vacunados contra el sarampión;
 - por lo menos el 95% de los niños de entre 6 meses y 59 meses han recibido una dosis apropiada de vitamina A.
- Todos los niños pequeños de entre 6 y 9 meses reciben una segunda dosis de vacuna contra el sarampión al llegar a los 9 meses (véase la nota de orientación 3).
- Se establece la vacunación rutinaria continua de los niños de 9 meses para asegurar el mantenimiento de una cobertura mínima del 95%. Este sistema queda vinculado con el Programa Ampliado de Inmunización.
- En el caso de las poblaciones desplazadas o móviles, se implanta un sistema continuo para lograr que por lo menos el 95% de los niños recién llegados de 6 meses a 15 años son vacunados contra el sarampión.

Notas de orientación

1. **Prevención del sarampión:** El virus del sarampión es uno de los más contagiosos que se conocen, y puede causar altas tasas de mortalidad. Siempre que se trate de contextos de emergencia con hacinamiento de personas, desplazamientos de núcleos de población y elevados niveles de desnutrición existirá un claro peligro de que haya un brote de sarampión. A las campañas de vacunación en masa contra el sarampión se les deberá otorgar, por lo tanto, el más alto nivel de prioridad en el primer momento posible dentro de estos contextos, habilitando cuanto antes los necesarios contingentes de personal, vacunas, equipos de cadenas de frío y todo lo necesario para desarrollar una campaña a gran escala. Si no se conoce la cobertura de inmunización existente entre la población, la campaña deberá proceder sobre la base de que la cobertura es inadecuada.
2. **Edades para la vacuna contra el sarampión:** Algunos de los niños mayores podrán haber quedado fuera de las campañas anteriores de inmunización contra el sarampión y sin embargo no haber contraído la

enfermedad. Estos niños siguen encontrándose en riesgo de enfermar de sarampión y pueden constituir fuentes de infección de otros niños pequeños y de jóvenes que podrían verse en peligro de morir de esta enfermedad. Por esta razón, se recomienda vacunar hasta la edad de 15 años. Sin embargo, cuando se trata de contextos en que escasean los recursos puede que no sea factible vacunar a todos los niños de 6 meses a 15 años, y en estos casos se deberá conceder prioridad a los niños de edades comprendidas entre los 6 y los 59 meses.

- 3. Segunda vacuna de sarampión para niños de 6-9 meses:** La segunda vacuna contra el sarampión se debe administrar tan pronto como el niño llegue a los 9 meses, excepto en el caso de niños que recibieron la primera dosis después de cumplir los 8 meses, que deberán recibir la segunda después de un intervalo mínimo de 30 días.

Norma 3 relativa a la lucha contra enfermedades transmisibles: diagnósticos y gestión de casos

Las personas tienen acceso a diagnósticos y tratamientos eficaces de aquellas enfermedades contagiosas que contribuyen más significativamente al exceso evitable de morbilidad y mortalidad.

Indicadores clave (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- En el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades contagiosas más comunes se hace uso de modo consistente de protocolos estandarizados de gestión de casos (véase la nota de orientación 1; véase también la norma 5 relativa a sistemas e infraestructura de salud).
- Los mensajes de educación en salud pública instan a las personas a acudir pronto al médico si se observan casos de fiebre, tos, diarrea, etc., especialmente entre los niños, las mujeres embarazadas y las personas mayores.

- En las regiones donde el paludismo es endémico se ha implantado un protocolo para obtener pronto (<24 horas) el diagnóstico de casos de fiebre y el tratamiento con medicamentos de primera línea que poseen una gran efectividad (véase la nota de orientación 2).
- Existen servicios de laboratorio y son utilizados en los casos indicados (véase la nota de orientación 3).
- Si se introduce un programa de lucha antituberculosis, se hace después de considerar los criterios reconocidos (véase la nota de orientación 4).

Notas de orientación

- 1. Gestión integrada de enfermedades infantiles:** Si en el país en cuestión se ha desarrollado el sistema de gestión integrada de enfermedades infantiles y las directrices clínicas han sido adaptadas, lo mejor es incorporar estas directrices a los protocolos estandarizados. Se ha demostrado que dicho sistema sirve para mejorar la calidad de la atención médica prestada a niños de menos de cinco años.
- 2. Paludismo:** En zonas donde la enfermedad es endémica, es probable que aumente la incidencia de paludismo en los días o semanas siguientes a los movimientos de población a gran escala. Existe una extensa (y creciente) resistencia a la cloroquina y la sulfadoxina-pirimetamina (Fansidar), y por esta razón es posible que sea necesario usar fármacos antipaludismo más eficaces, lo cual será especialmente importante en el caso de poblaciones no inmunes y vulnerables al paludismo falciparum (paludismo pernicioso). Son preferibles las terapias en que se combinan derivados de la artemisinina. La elección de medicamentos deberá ser determinada consultando a la autoridad sanitaria líder y después de considerar los datos de efectividad del fármaco. Deberá hacerse uso de los protocolos estandarizados de la OMS para evaluar la efectividad de los fármacos.
- 3. Servicios de laboratorio:** Durante la fase inicial de la mayoría de los desastres no es prioritario establecer un laboratorio clínico. Normalmente las enfermedades transmisibles más comunes se pueden diagnosticar clínicamente, y el tratamiento por lo general será presuntivo. La mayor utilidad de las pruebas de laboratorio es que confirman el diagnóstico

cuando se sospecha que hay un brote frente al cual podrá estar indicado llevar a cabo una inmunización en masa (por ejemplo, contra la meningitis meningocócica) o si las pruebas de cultivos y la sensibilidad a los antibióticos pueden influir en las decisiones sobre gestión de casos (por ejemplo, con la disentería). Por lo tanto, será importante seleccionar un laboratorio ya establecido en el mismo país o en otro en el cual realizar las pertinentes investigaciones microbiológicas. Será necesario contar con directrices sobre recolección correcta de especímenes y transporte de muestras.

- 4. Lucha contra la tuberculosis:** Sabemos que a menudo se constata una alta incidencia de tuberculosis (TB) entre los refugiados y otras poblaciones afectadas por la guerra. Sin embargo, los programas de lucha contra TB mal implementados tienen el potencial de causar más daño que beneficio al prolongar la ineficacia y contribuir a la propagación de bacilos resistentes a múltiples fármacos. La gestión de pacientes individuales afectados de TB puede ser posible durante las emergencias, pero los programas de amplio alcance de lucha anti-TB se deberán introducir únicamente después de considerar los criterios establecidos (véase la publicación de la OMS *Tuberculosis Control in Refugee Situations: an Integrated Field Manual* (Lucha anti-TB en contextos de refugiados: manual integrado de campo)). Si son implementados, los programas de lucha anti-TB en estos contextos deben quedar integrados con el programa nacional o del país de acogida, y seguir la conocida y acreditada estrategia DOTS (*Directly-Observed Therapy, Short-course*, Terapia de observación directa, corta duración).

Norma 4 relativa a la lucha contra enfermedades transmisibles: preparación para afrontar brotes de enfermedades

Se toman medidas para estar preparados para afrontar los brotes de enfermedades infecciosas y darles respuesta.

Indicadores clave (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Se prepara un plan de investigación del brote y de lucha contra la enfermedad (véase la nota de orientación 1).
- Se dispone de protocolos para la investigación y la lucha contra brotes comunes, y son enviados al personal correspondiente.
- Se imparte formación a los miembros del personal sobre los principios de investigación y lucha, incluyendo los pertinentes protocolos de tratamiento.
- Se dispone de reservas de medicamentos esenciales, productos médicos, vacunas y material de protección básica, y se pueden obtener con rapidez (véase la nota de orientación 2).
- Son determinadas las fuentes de vacunas para los brotes en cuestión (por ejemplo, de sarampión, meningitis meningocócica, fiebre amarilla, etc.), a fin de poder conseguirlas y usarlas en seguida. Están implantados los mecanismos para obtenerlas rápidamente (véase la nota de orientación 2).
- Son seleccionados anticipadamente los centros a utilizar para el aislamiento y tratamiento de pacientes infecciosos, por ejemplo centros de tratamiento del cólera.
- Se escoge un laboratorio local, regional, nacional o de otro país que podrá facilitar confirmación de los diagnósticos (véase la nota de orientación 3).
- Se dispone *in situ* de materiales de muestreo y de medios de transporte para los agentes infecciosos que con mayor probabilidad pueden causar un brote repentino, lo que permite enviar las muestras al laboratorio indicado. Adicionalmente, puede haber varios tests rápidos conservados *in situ* (véase la nota de orientación 4).

Notas de orientación

1. Investigación del brote y plan de lucha: Los siguientes temas deben ser abordados en el plan:

- a. circunstancias en que se habrá de convocar al equipo encargado de la lucha contra el brote;

- b. composición del equipo encargado de la lucha contra el brote, incluidos los representantes de los sectores correspondientes, como sanidad, agua y saneamiento;
- c. funciones y responsabilidades específicas de las organizaciones y cometidos a desempeñar dentro del equipo;
- d. disposiciones para consultar e informar a las autoridades al nivel local y nacional;
- e. recursos/instalaciones disponibles para investigar los brotes y dar respuesta.

2. Reservas: Entre las reservas mantenidas *in situ* se deberán incluir materiales para usar en las respuestas a brotes que son probables. Entre estas existencias podrían conservarse: sales de rehidratación oral, fluidos intravenosos, antibióticos, vacunas y productos médicos de consumo. Se deberá disponer de jeringuillas de un solo uso/autodestructibles y de estuches de jeringuillas de seguridad para prevenir la propagación de la hepatitis viral y el VIH. En algunas circunstancias estará indicado el uso de un “kit” preempaquetado de tratamiento del cólera. Es posible que no sea factible guardar ciertas existencias *in situ*, como por ejemplo la vacuna meningocócica. En el caso de estos productos se deberán determinar anticipadamente los mecanismos para conseguirlos, transportarlos y almacenarlos de forma rápida, a fin de poder contar con ellos sin pérdida de tiempo.

3. Laboratorios de referencia: Se deberá seleccionar un laboratorio de referencia a nivel regional o internacional al que poder recurrir cuando sea necesario realizar pruebas más sofisticadas, por ejemplo de sensibilidad antibiótica frente a *Shigella* o para efectuar diagnósticos serológicos de fiebres hemorrágicas virales.

4. Medios de transporte y pruebas rápidas: Los materiales de muestreo (por ejemplo, hisopos rectales) y los medios de transporte (por ejemplo, Cary-Blair, medios Amies o Stuarts para el cólera, *Shigella*, *E. Coli* y *Salmonela*; Translocate para la meningitis) deberán ser accesibles *in situ*, o fácilmente accesibles. Además, existen varios tests rápidos que se pueden usar en el terreno para confirmar diagnósticos de enfermedades transmisibles, entre ellas el paludismo y la meningitis.

Norma 5 relativa a la lucha contra enfermedades transmisibles: detección e investigación de brotes, y respuesta

Los brotes de enfermedades transmisibles son detectados, investigados y controlados con prontitud y efectividad.

Indicadores clave (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- El sistema de información sobre temas de salud incluye un componente de alerta previa (véanse las notas de orientación 1-2).
- En las 24 horas siguientes a su notificación se pone en marcha la investigación del brote.
- El brote es descrito con mención de momento, lugar y persona, lo que lleva a la identificación de los grupos en riesgo grave de contraer la enfermedad. Se toman adecuadas precauciones para proteger la seguridad de las personas y los datos.
- Para luchar contra el brote son implementadas lo más pronto posible medidas apropiadas que son específicas para la enfermedad y el contexto (véanse las notas de orientación 3-4).
- Las tasas de letalidad se mantienen a niveles aceptables (véase la nota de orientación 5):
 - cólera: 1% o menor
 - disentería *Shigella*: 1% o menor
 - tifus: 1% o menor
 - meningitis meningocócica: varía (véase la nota de orientación 6)

Notas de orientación

- 1. Sistema de alerta previa para brotes de enfermedades contagiosas:** Entre los elementos esenciales de un sistema de este tipo se encuentran los siguientes:

- las definiciones de casos y los umbrales son formulados y enviados a todas las instalaciones de sanidad de las que se reciben informes;
- los trabajadores comunitarios de salud reciben, dentro de la comunidad, formación sobre detección y elaboración de informes relativos a brotes potenciales;
- si se sospecha que puede haber un brote, en las siguientes 24 horas a su detección se envía un informe al siguiente nivel apropiado del sistema de salud;
- se han implantado sistemas de comunicaciones con los que lograr una rápida notificación a las correspondientes autoridades de sanidad: por ejemplo, por radio o por teléfono.

2. Confirmación de la existencia de un brote: No siempre es fácil determinar si existe un brote. Además, no en todos los casos existen definiciones claras de los umbrales de brotes de todas las enfermedades.

- a. Hay enfermedades cuya presencia en un solo caso puede indicar la existencia de un brote: el cólera, el sarampión, la fiebre amarilla, Shigella, fiebres hemorrágicas virales.
- b. Meningitis meningocócica: en el caso de poblaciones de más de 30.000 personas, 15 casos por 100.000 personas por semana en una misma semana constituyen indicación de un brote. Sin embargo, si existe un alto riesgo de que surja el brote (es decir, no ha habido un brote en 3+ años y la cobertura de inmunización es <80%), este umbral baja a 10 casos por 100.000 personas por semana. Si se trata de poblaciones de menos de 30.000 personas, o de una incidencia de cinco casos en una misma semana, o si el número de casos se multiplica por dos en un periodo de tres semanas, todo ello confirma la existencia de un brote.
- c. Paludismo: existen definiciones menos específicas. No obstante, el aumento del número de casos por encima de lo que se espera para la época del año en una población dada dentro de una zona determinada podrá indicar la presencia de un brote.

3. Lucha contra el brote: Se deben desarrollar medidas específicas para luchar contra el brote impidiendo la transmisión del agente que causa la enfermedad. Con frecuencia se dispondrá de conocimientos anteriores sobre el agente que podrán servir de guía para diseñar medidas

apropiadas de lucha en situaciones específicas. En general, las actividades de respuesta abarcan las siguientes:

- control del foco. Las intervenciones podrán incluir la mejora de la calidad y la cantidad del agua (por ejemplo, en casos de cólera), el rápido diagnóstico y tratamiento (por ejemplo, del paludismo), el aislamiento (disentería), el control de las reservas de animales (peste, fiebre de Lassa).
- protección de grupos propensos. En las intervenciones se pueden incluir: inmunización (por ejemplo, contra sarampión, meningitis, fiebre amarilla), quimiopprofilaxis (por ejemplo, prevención de paludismo para mujeres embarazadas), mejoras en la nutrición (infecciones respiratorias agudas).
- interrupción de la transmisión. Las intervenciones podrán ir desde el fomento de la higiene (en el caso de todas las enfermedades transmitidas por la ruta fecal-oral), hasta la lucha antivectorial (paludismo, dengue).

(Véase también el capítulo 2: agua, saneamiento y fomento de la higiene, página 61)

- 4. Lucha antivectorial y paludismo:** Durante un brote de paludismo las medidas de lucha antivectorial tales como los programas de rociamiento residual dentro de casa y el reparto de redes de cama impregnadas de insecticida deberán guiarse por valoraciones entomológicas y conocimientos especializados. Estas intervenciones requieren un sustancial apoyo logístico y un seguimiento que posiblemente no sean factibles en la fase inicial del desastre. En el caso de poblaciones que ya cuenten con un alto nivel de uso de redes de cama impregnadas de insecticida (>80%), la rápida impregnación de redes con piretroides podrá contribuir a frenar la transmisión (véase las normas 1-2 relativas a la lucha antivectorial, páginas 90-95)
- 5. Tasas de letalidad:** Si estas tasas exceden los niveles especificados, se deberá efectuar una evaluación inmediata de las medidas de control y disponer actuaciones correctivas para lograr que tales casos se mantengan dentro de niveles aceptables.
- 6. Tasas de letalidad por meningitis meningocócica:** La tasa de letalidad aceptable para la meningitis meningocócica varía según el contexto general y la accesibilidad de los servicios sanitarios. En general, los organismos de salud deben tratar de conseguir una mortalidad que sea lo más baja posible, aunque durante los brotes es posible que llegue hasta el 20%.

Norma 6 relativa a la lucha contra enfermedades transmisibles: VIH y sida

Las personas tienen acceso al paquete mínimo de servicios preventivos de la transmisión del VIH/sida.

Indicadores clave (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Las personas tienen acceso al siguiente paquete esencial de servicios durante la fase del desastre:
 - condones gratuitos y fomento del uso correcto del condón;
 - precauciones universales para impedir la transmisión iatrogénica o nosocomial en contextos de emergencia y de centros sanitarios;
 - suministro de sangre inocua;
 - información y educación apropiadas para que las personas puedan tomar medidas para protegerse a sí mismas contra la transmisión del VIH;
 - gestión de casos sindrómicos de infecciones de transmisión sexual;
 - prevención y gestión de las consecuencias de la violencia sexual;
 - atención médica básica para personas que viven con el VIH/sida (PVVS).
- Son iniciados planes para ampliar los servicios de lucha contra el VIH en la fase posterior al desastre (véase la nota de orientación 1).

Notas de orientación

1. **Lucha anti-VIH:** Durante la fase posterior a la emergencia y la fase de rehabilitación, la ampliación de las actividades de lucha anti-VIH se basará en la valoración de las necesidades y circunstancias locales. Para alcanzar el éxito será de gran importancia que participen los miembros de la comunidad, y en especial las personas que viven con el VIH/sida (PVVS) y sus cuidadores, en el diseño, la implementación, el seguimiento y la

evaluación del programa. Además de los servicios ya llevados a la práctica se deberán introducir los de vigilancia, prevención, tratamiento, atención y apoyo de más amplio alcance. La provisión de medicamentos antirretrovirales para tratar a las PVVS no es actualmente factible en la mayoría de los contextos humanitarios en la fase posterior al desastre, aunque esto podría cambiar en el futuro si desaparecen las barreras económicas y de otros tipos que lo impiden. Los programas de protección y educación para reducir el estigma y defender a las personas contra la discriminación deben ser implementados lo más pronto que sea posible.

Nota

Los miembros de Caritas Internationalis no pueden aceptar la norma 6 de la sección sobre la lucha contra enfermedades transmisibles porque se refiere al fomento del uso de condones, ni tampoco la norma 2 de la sección sobre la lucha contra enfermedades no transmisibles acerca del “*Minimum Initial Service Package*” (PSIM, Paquete de servicios iniciales mínimos). Del mismo modo, los miembros de Caritas Internationalis no respaldan las normas relacionadas con el uso de condones o el PSIM, que pueden figurar en otras partes de este manual.

3. *Lucha contra enfermedades no transmisibles*

Los aumentos de morbilidad y mortalidad que se deben a enfermedades no transmisibles son característicos de muchos casos de desastre. La causa principal suele ser una lesión padecida tras el comienzo de un desastre natural grave, como un terremoto o un huracán. Las lesiones recibidas como consecuencia de agresión física se relacionan también con todas las emergencias complejas, y pueden ser una causa importante del exceso de mortalidad durante este tipo de crisis. Las necesidades en términos de salud reproductiva (o salud genésica) de las poblaciones afectadas por los desastres han sido objeto de una mayor atención en los últimos años, especialmente en vista del aumento de concienciación sobre problemas como el VIH o sida, la violencia basada en el género (VBG), las necesidades de atención obstétrica de emergencia y la baja disponibilidad incluso de servicios básicos de salud reproductiva en muchas comunidades. La necesidad de mejores programas de salud reproductiva ha sido reconocida especialmente en relación con casos de emergencias complejas, pero es igualmente pertinente en muchos otros tipos de desastres.

Aunque la cuantificación es difícil, la salud mental y los problemas psicológicos tienen también relación con cualquier clase de desastre y con el contexto posterior al desastre. Los horrores, pérdidas, incertidumbres y otros factores estresantes que suelen acompañar a los desastres pueden hacer que las personas se encuentren expuestas a mayores riesgos frente a problemas de índole psiquiátrica, psicológica y social. Finalmente, existen datos

indicativos de que hay una mayor incidencia de complicaciones graves de enfermedades crónicas relacionadas con desastres, complicaciones que suelen ser debidas a trastornos de regímenes de tratamientos en marcha. Pero hay una amplia variedad de otros factores causantes de estrés que pueden asimismo precipitar el agudo deterioro de una enfermedad crónica.

Norma 1 relativa a la lucha contra enfermedades no transmisibles: lesiones

Las personas cuentan con acceso a servicios apropiados para la gestión de lesiones.

Indicadores clave (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- En situaciones en que hay un número elevado de pacientes con lesiones, se implanta un sistema de “triage” (categorización de pacientes y recursos médicos) que servirá a los proveedores de atención sanitaria de guía sobre la valoración, priorización, resucitación básica y envío del paciente a un servicio especializado (véanse las notas de orientación 1-2).
- Se han implantado directrices estandarizadas para la provisión de primeros auxilios y resucitación básica (véase la nota de orientación 3).
- Se han implantado protocolos para el envío de pacientes con lesiones a centros de cuidados avanzados, incluyendo servicios quirúrgicos. Se organiza transporte adecuado para trasladar a los pacientes al centro especializado.
- Los servicios definitivos de traumatología y cirugía son implantados solamente por organismos que poseen los conocimientos y recursos apropiados (véase la nota de orientación 4).

- En situaciones en las que hay un elevado número potencial de pacientes con lesiones, se desarrollan planes de contingencia para la gestión de víctimas numerosas en las correspondientes instalaciones de atención médica. Estos planes se relacionan con los planes regionales y del distrito.

Notas de orientación

1. **Priorización de servicios de traumatología:** En la mayoría de los desastres no es posible determinar el número de personas con lesiones que necesitarán atención clínica. Tras los desastres repentinos como los terremotos, el 85-90% de las personas que son rescatadas con vida suelen ser extraídas por el personal local de emergencia o por sus vecinos y familiares en un plazo de 72 horas. Por lo tanto, a la hora de planificar las operaciones de auxilio humanitario en regiones propensas a desastres el énfasis principal se deberá poner en preparar a la población local para que pueda facilitar cuidados iniciales. Es importante observar que las intervenciones prioritarias en materia de salud son diseñadas para reducir el exceso evitable de mortalidad. Durante los conflictos armados la mayoría de las muertes violentas causadas por traumas tienen lugar en regiones inseguras lejos de las instalaciones sanitarias, y por tanto no suele ser posible prevenirlas con atención médica. Lo que hace falta para impedir estas muertes es emprender intervenciones con las que tratar de proteger a la población civil. En las intervenciones en materia de salud implementadas durante los conflictos se deberá poner el énfasis en temas de salud pública y atención médica básica basados en la comunidad, incluso en situaciones en que haya una alta incidencia de lesiones debidas a actos violentos.
2. **Categorización de pacientes y recursos (triage):** Se conoce como “triage” el proceso de categorizar pacientes según la gravedad de sus lesiones o enfermedad, otorgando prioridad a tratamientos según la disponibilidad de recursos y las posibilidades que el paciente tenga de sobrevivir. El principio subyacente a la idea del “triage” es asignar recursos limitados de un modo que beneficie lo más posible al mayor número de personas. Este sistema no significa necesariamente que los pacientes con las lesiones más graves vayan a tener prioridad. Si se trata de un contexto en el que hay un elevado número de víctimas y son escasos los recursos,

las personas que padecen lesiones graves que ponen en peligro su vida podrían, en realidad, tener una prioridad más baja que otras que tienen lesiones a las que podrán sobrevivir. No hay un sistema estandarizado de “triage”, se usan varios a nivel internacional. En la mayoría de ellos se especifican entre dos y cinco categorías de lesiones, y la cantidad más frecuente es cuatro.

3. Primeros auxilios y atención médica básica: Es posible que no se pueda contar con servicios médicos definitivos de carácter traumatológico y quirúrgico, especialmente en contextos de escasez de recursos. Pero es importante observar que los procedimientos de primeros auxilios, resucitación e intervenciones no operativas pueden salvar vidas incluso en casos de lesiones graves. Hay intervenciones simples como el desbloqueo de vías respiratorias, el control de las hemorragias y la inyección de fluidos intravenosos que pueden contribuir a estabilizar a las personas que sufren lesiones que ponen su vida en peligro, antes de su traslado al centro de referencia. La calidad de la gestión médica inicial que se facilite podrá, por tanto, afectar de modo significativo a la posibilidad de que sobreviva el paciente. También hay otros procedimientos no operativos, como la limpieza y vendaje de las heridas, o la administración de antibióticos y la profilaxis de tétano, que son importantes. Muchos pacientes con lesiones graves pueden sobrevivir durante días o incluso semanas sin cirugía, con tal que sean atendidos con primeros auxilios y cuidados médicos y de enfermería adecuados.

4. Atención traumatológica y quirúrgica: Todos los proveedores de cuidados médicos deben ser capaces de practicar primeros auxilios y resucitación básica a pacientes con lesiones. Además, es importante la capacidad del sistema de “triage” para salvar vidas en ciertos puntos estratégicos, si está vinculado con el envío del paciente al nivel superior. Sin embargo, la atención definitiva en casos de traumas y la cirugía de guerra son campos especializados que requieren formación específica y recursos que pocos organismos poseen. La cirugía inapropiada o inadecuada puede causar más daño que simplemente no hacer nada, y por consiguiente únicamente las organizaciones y los especialistas que posean los conocimientos necesarios deberán implantar estos sofisticados servicios.

Norma 2 relativa a la lucha contra enfermedades no transmisibles: salud reproductiva

Las personas gozan de acceso al *Minimum Initial Service Package* (PSIM, Paquete de Servicios Iniciales Mínimos) con el que se atiende a sus necesidades en materia de salud reproductiva.

Indicadores clave (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Se identifica una organización (o más de una) y una persona (o más de una) que facilitarán la coordinación e implementación del PSIM consultando con la autoridad sanitaria líder (véase la nota de orientación 1).
- Los organismos de salud toman medidas para impedir y afrontar las consecuencias de la violencia basada en el género (VBG) en coordinación con otros sectores pertinentes, especialmente en lo relativo a protección y servicios comunitarios (véase la nota de orientación 2).
- Se efectúa el seguimiento del número de casos de violencia sexual y otros tipos de VBG notificados a los servicios de salud y a los encargados de protección y seguridad, y se envían informes a un organismo (o más de uno) designado como líder en temas de VBG. Las reglas de confidencialidad son aplicadas a la recolección y estudio de datos.
- Se implementa el paquete mínimo de servicios para impedir la transmisión del VIH/sida (véase la norma 6 relativa a la lucha contra enfermedades transmisibles).
- Se dispone de cantidades adecuadas de botiquines (o “kits”) para partos higiénicos, sobre la base del número de partos previstos para cada periodo determinado, y estos botiquines son repartidos a mujeres visiblemente embarazadas y parteras o auxiliares tradicionales de parto para fomentar los partos higiénicos en el hogar.

- Se reparten a los centros de salud cantidades adecuadas de botiquines para partos con matrona profesional (tipo UNICEF o equivalente) para que los partos sean higiénicos y seguros.
- Se implanta un sistema estandarizado de envío de pacientes a servicios médicos especializados, y este sistema es promocionado dentro de la comunidad incorporando a las matronas profesionales y a las auxiliares tradicionales de parto, para gestionar las urgencias obstétricas. Se organiza transporte adecuado para trasladar a las pacientes a los centros especializados (véase la nota de orientación 3).
- Se inician planes para implementar cuanto antes servicios de salud reproductiva de más amplio alcance integrados en la atención primaria (véase la nota de orientación 4).

Notas de orientación

- 1. Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM):** Este paquete ha sido concebido para responder a las necesidades en materia de salud reproductiva de la población afectada en la primera fase de un desastre. El PSIM no consiste únicamente en un conjunto de productos y equipo, sino que es también una serie de actividades sanitarias específicas. Sus objetivos son: seleccionar una organización (o más de una) o a una persona (o más de una) para facilitar su coordinación e implementación; prevenir y hacer frente a las consecuencias de la violencia basada en el género (VBG); reducir la transmisión del VIH; impedir el exceso de mortalidad y morbilidad neonatales y maternas; y planificar la prestación de amplios servicios de salud reproductiva. El botiquín (o “kit”) de salud reproductiva del FNUAP ha sido diseñado específicamente para facilitar la implementación del PSIM, y consta de una serie de 12 “sub-kits” que se pueden usar en cada nivel secuencial de atención: comunidad, puesto sanitario, centro de salud y centro médico especializado.
- 2. Violencia basada en el género (VBG):** Una característica frecuente de muchas emergencias complejas, e incluso de numerosos desastres naturales, es que van acompañados de abusos como violaciones, violencia doméstica, explotación sexual, matrimonios forzosos, prostitución forzada, tráfico de personas y secuestros. Para prevenir y hacer frente a estos tipos de violencia es necesario que exista colaboración y coordinación entre los

miembros de la comunidad y los organismos. En los servicios de salud se deberá incluir la gestión médica de los sobrevivientes de agresiones sexuales, la asistencia sociopsicológica de carácter confidencial, y el envío de la persona afectada a otras consultas donde pueda recibir la atención apropiada. El modelo de trazado de los asentamientos, la distribución de artículos esenciales y el acceso a los servicios sanitarios y otros programas deberán ser diseñados para reducir el potencial de VBG. La explotación sexual de las poblaciones afectadas por los desastres (especialmente los niños y los jóvenes) por parte del personal de organismos humanitarios, militares y otros que ocupan puestos de influencia se debe prevenir y afrontar activamente. Se deberán desarrollar códigos de conducta e implantar medidas disciplinarias para casos de infracciones (véase la norma relativa a competencias y responsabilidades de los trabajadores de ayuda humanitaria, página 46).

- 3. Cuidados obstétricos de emergencia:** Aproximadamente un 15% de las mujeres embarazadas padecen complicaciones que requieren cuidados obstétricos esenciales, y hasta un 5% de ellas necesitan que se les practique algún tipo de cirugía, incluyendo la cesárea. Los servicios obstétricos básicos y esenciales deben ser implantados al nivel del centro de salud tan pronto como sea posible, y habrán de incluir: valoración inicial; valoración del bienestar del feto; episiotomía; gestión de hemorragias; gestión de infecciones; gestión de eclampsia; partos múltiples; presentación de nalgas; uso de extracción al vacío (ventosa); y cuidados especiales para mujeres que han sufrido mutilación genital. Se deberá disponer, a la mayor brevedad, de amplios servicios de obstetricia esencial en el hospital especializado que incluyan: intervenciones de cesárea; laparotomías; reparaciones de desgarramientos cervicales y vaginales de tercer grado; tratamiento de las complicaciones del aborto inseguro; y un servicio seguro de transfusión de sangre.
- 4. Servicios inclusivos de salud reproductiva:** Los organismos de sanidad deberán planificar la subsiguiente integración de servicios completos de salud reproductiva en la atención primaria. Estos servicios no deben ser implantados como programas verticales independientes. Además de las intervenciones incluidas en el PSIM, hay otros elementos importantes de servicios de salud reproductiva completos e integrados, como los de asesoramiento para la maternidad sin peligros; planificación

familiar y orientación; servicios completos relativos a la VBG; gestión completa de ITS (infecciones de transmisión sexual) y del VIH/sida; las necesidades específicas de los jóvenes en materia de salud reproductiva; y seguimiento y vigilancia.

Norma 3 relativa a la lucha contra enfermedades no transmisibles: aspectos psíquicos y sociales de la salud

Las personas disponen de acceso a servicios sociales y de salud mental con los que reducir la morbilidad de índole mental, la discapacidad y los problemas sociales.

Indicadores clave de intervenciones sociales¹ (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

Durante la fase aguda del desastre se debe poner el énfasis en las intervenciones sociales.

- Las personas tienen acceso todo el tiempo a fuentes de información fidedigna sobre el desastre y los esfuerzos humanitarios relacionados (véase la nota de orientación 1).
- Los actos culturales y religiosos normales continúan o son restablecidos, incluyendo ritos de duelo funerario dirigidos por los correspondientes ministros espirituales y religiosos. Las personas pueden celebrar exequias fúnebres (véase la nota de orientación 2).
- Tan pronto como los recursos lo permiten, los niños y los adolescentes tienen acceso a educación de tipo formal o informal, y a actividades recreativas normales.

¹ Los indicadores sociales y psicológicos reciben tratamiento aparte. La expresión “intervención social” es usada con referencia a actividades cuyo fin primario es lograr efectos sociales. El término “intervención psicológica” se usa para referirse a intervenciones cuyo objetivo primordial es conseguir un efecto psicológico (o psiquiátrico). Se reconoce que las intervenciones sociales tienen efectos secundarios psicológicos y que las de índole psicológica tienen efectos secundarios sociales, tal como sugiere el término “psicosocial”.

- Los adultos y los adolescentes pueden participar en actividades concretas de interés común dedicadas a fines determinados, como por ejemplo actividades de auxilio humanitario en casos de emergencia.
- Las personas que están solas, tales como los niños separados o huérfanos, los niños soldados, los viudos y las viudas, las personas mayores u otras sin familia, tienen acceso a actividades que facilitan su inclusión en redes sociales.
- Si ello es necesario, se establece un servicio de localización de personas para que se vuelvan a reunir las personas y las familias.
- Si hay personas que han quedado desplazadas, se organizan refugios con el fin de que sigan juntos los miembros de las familias y las comunidades.
- Se consulta a la comunidad con respecto a las decisiones sobre dónde ubicar los centros religiosos, las escuelas, los puntos de suministro de agua y las instalaciones de saneamiento. En el diseño de asentamientos para personas desplazadas se incluyen espacios recreativos y culturales (véanse las normas 1-2 relativas a refugios y asentamientos, páginas 250-259)

Indicadores clave de intervenciones psicológicas y psiquiátricas (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Las personas que padecen angustia mental grave tras haber estado expuestas a factores estresantes traumáticos tienen acceso a primeros auxilios psicológicos en las instalaciones de servicios de salud y en la comunidad (véase la nota de orientación 3).
- A través del sistema de atención primaria de salud se dispone de tratamiento para trastornos psiquiátricos urgentes. Las medicaciones psiquiátricas esenciales, compatibles con la lista de medicamentos esenciales, se obtienen en las instalaciones de atención primaria de salud (véase la nota de orientación 4).
- Las personas que ya padecían trastornos psiquiátricos continúan recibiendo el correspondiente tratamiento, y se evita la interrupción repentina y perjudicial de las medicaciones. Se hace frente a las

necesidades básicas de los enfermos internados en sanatorios psiquiátricos.

- Si el desastre dura más tiempo, se ponen en marcha planes para prestar una gama más amplia de servicios con intervenciones basadas en la comunidad en la fase posterior del desastre (véase la nota de orientación 5).

Notas de orientación

- 1. Información:** El acceso a la información no es solamente un derecho humano, sino que además reduce los innecesarios sufrimientos y ansiedad públicos. Se debe facilitar información sobre la naturaleza y la escala del desastre y sobre los esfuerzos realizados para velar por la seguridad física de la población. Además, se deberá informar a la población acerca de los tipos específicos de actividades de auxilio humanitario que están llevando a cabo el gobierno, los poderes locales y las organizaciones humanitarias, y sobre dónde tienen lugar. Toda esta información debe ser divulgada de acuerdo con los principios de la comunicación sobre los riesgos, es decir, debe ser sencilla (fácil de entender para niños locales de 12 años) y tener empatía (debe mostrar una comprensión de la situación de los sobrevivientes del desastre).
- 2. Entierros:** Las familias deben tener la opción de ver el cadáver de una persona allegada fallecida para decir adiós, si esto es culturalmente apropiado. Se debe evitar la determinación sin ceremonia de los restos mortales (véase la norma 5 relativa a sistemas e infraestructura de salud, nota de orientación 8, página 321).
- 3. Primeros auxilios psicológicos:** Tanto entre la población general como entre los trabajadores humanitarios, la mejor forma de gestionar la intensa angustia que se siente tras experimentar estrés de tipo traumático es seguir los principios de los primeros auxilios psicológicos, es decir, dedicar a la persona atención pragmática básica y sin intrusión, con el énfasis en escuchar pero sin obligar a hablar; valorando las necesidades y asegurándose de que se atiende a aquellas que son básicas; animando pero sin forzar la compañía de otros allegados; y protegiendo de más daños. Este tipo de primeros auxilios lo pueden aprender rápidamente los cooperantes voluntarios y los profesionales. A los trabajadores sanitarios

se les advierte que no se deben recetar con demasiada frecuencia las benzodiazepinas, porque pueden crear dependencia.

4. **Atención a trastornos psiquiátricos de carácter urgente:** Los estados psiquiátricos que requieren tratamiento urgente son aquellos que implican peligrosidad para uno mismo y para otros, las psicosis, la depresión grave y los estados maniáticos.
5. **Intervenciones psicológicas basadas en la comunidad:** Las intervenciones deberán basarse en una valoración de los servicios existentes y un buen entendimiento del contexto sociocultural, y deben incluir el uso de los mecanismos funcionales de afrontamiento cultural de que disponen las personas y las comunidades para volver a hacerse con el control de sus propias circunstancias. Se recomienda, siempre que sea factible, la colaboración con líderes de la comunidad y curadores autóctonos. Se deberá incentivar la creación de grupos de autoayuda basados en la comunidad. Los trabajadores comunitarios deben ser formados y supervisados para prestar asistencia a los trabajadores sanitarios y para que realicen actividades de extensión a fin de poder atender a los grupos vulnerables y minoritarios.

Norma 4 relativa a la lucha contra enfermedades no transmisibles: enfermedades crónicas

En los casos de poblaciones en que las enfermedades crónicas causan una alta proporción de la mortalidad, las personas tienen acceso a terapias esenciales para conservar la vida.

Indicadores clave clave (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Se designa a un organismo específico (o más de uno) para que coordine(n) los programas dedicados a personas que padecen enfermedades crónicas en las cuales el cese repentino de la terapia probablemente causaría la muerte (véase la nota de orientación 1).
- Son identificadas de forma activa, y registradas, las personas afectadas por enfermedades crónicas.

- Las medicaciones para la gestión rutinaria y continua de las enfermedades crónicas se pueden obtener a través del sistema de atención primaria de salud, siempre que estas medicinas estén incluidas en la lista de medicamentos esenciales.

Notas de orientación

- 1. Enfermedades crónicas:** No existen notas de orientación generalmente aceptadas y previamente establecidas acerca de la gestión de las enfermedades crónicas durante los casos de desastre. En las recientes emergencias complejas que ha habido en países en que los pacientes anteriormente habían tenido acceso a tratamiento continuo de enfermedades crónicas, se concedió prioridad a las condiciones en que la interrupción súbita de la terapia probablemente habría llevado a la muerte, como casos de fallo renal crónico dependiente de diálisis, diabetes dependiente de insulina y ciertos tipos de cánceres infantiles. No se trataba de nuevos programas, sino de la continuación de tratamientos ya en marcha que sostenían la vida. Es posible que en desastres futuros también sean de relevancia programas dedicados a otras enfermedades crónicas. No es apropiado introducir nuevos regímenes terapéuticos ni programas para la gestión de condiciones crónicas durante el esfuerzo humanitario si la población no tenía acceso a estas terapias con anterioridad al desastre. La gestión rutinaria y continua de enfermedades crónicas estabilizadas se debe recibir a través del sistema de atención primaria de salud, utilizando medicaciones incluidas en la lista de medicamentos esenciales.

Apéndice 1

Lista de verificación para la valoración de los servicios de salud

Preparación

- Obtener del país de acogida y de fuentes internacionales la información disponible acerca de la población afectada por el desastre y los recursos.
- Obtener mapas y fotografías aéreas.
- Obtener datos demográficos y acerca de la salud del país de acogida y de fuentes internacionales.

Seguridad y acceso

- Determinar la existencia de peligros actuales naturales o causados por el ser humano.
- Determinar la situación general en cuanto a seguridad, teniendo en cuenta la presencia de fuerzas armadas o milicias.
- Determinar el acceso que las agencias humanitarias tienen a la población afectada.

Demografía y estructura social

- Determinar cuál es el total de población afectada por el desastre y la proporción de niños de menos de cinco años de edad.
- Determinar la composición por edad y sexo de la población.
- Determinar qué grupos están expuestos a riesgos más considerables, por ejemplo las mujeres, los niños, las personas mayores, los discapacitados, las personas que viven con el VIH o sida (PVVS), los miembros de ciertas etnias o grupos sociales.
- Determinar el tamaño medio de las familias y estimar el número de hogares en que el cabeza de familia es un niño o una mujer.

- Determinar cuál es la actual estructura social, incluyendo las posiciones de autoridad o influencia y el papel de las mujeres.

Información de fondo sobre temas de salud

- Averiguar cuáles eran los problemas de salud y las prioridades que existían anteriormente al desastre en la zona afectada por el desastre, así como la epidemiología de las enfermedades locales.
- Si hay refugiados, averiguar cuáles eran los problemas de salud y las prioridades que existían con anterioridad al desastre en su país de origen, así como la epidemiología de enfermedades en dicho país.
- Averiguar qué peligros hay contra la salud, por ejemplo potenciales enfermedades epidémicas.
- Averiguar quiénes eran los proveedores previos de servicios de salud.
- Averiguar cuáles eran los puntos fuertes y la cobertura de los programas locales de salud pública en el país de origen de los refugiados.

Tasas de mortalidad

- Calcular la tasa general de mortalidad.
- Calcular la tasa de mortalidad para niños menores de 5 años (TMM5: tasa de mortalidad específica por edad para niños menores de 5 años).
- Calcular las tasas de mortalidad por causas específicas.

Tasas de morbilidad

- Determinar las tasas de incidencia de las principales enfermedades que tienen importancia en términos de salud pública.
- Determinar las tasas de incidencia específica por edad y por sexo de las principales enfermedades, dentro de lo posible.

Disponibilidad de recursos

- Determinar la capacidad del Ministerio de Sanidad del país o países afectado(s) por el desastre, y su respuesta.
- Determinar el estado en que se encuentran los centros nacionales de salud, incluyendo el número total, clasificación y niveles de atención prestada, su situación física y funcional, y el acceso a los mismos.
- Determinar el número y las competencias del personal de sanidad disponible.
- Determinar la capacidad y situación funcional de los actuales programas de salud pública, como por ejemplo el Programa Ampliado de Inmunización (PAI).
- Determinar la disponibilidad de los protocolos estandarizados, medicamentos esenciales, suministros de productos y equipo.
- Determinar la situación en que se encuentran los actuales sistemas de envío de pacientes al nivel superior.
- Determinar la situación en que se encuentran los actuales sistemas de información sobre temas de salud (SIS).
- Determinar la capacidad de los actuales sistemas logísticos, especialmente por lo que se refiere a la adquisición, la distribución y el almacenamiento de medicamentos, vacunas y productos médicos esenciales.

Consideración de datos procedentes de otros sectores pertinentes

- Estado nutricional
- Condiciones medioambientales
- Alimentos y seguridad alimentaria

Apéndice 2 Modelos de formularios para informes semanales de vigilancia

Formulario 1 de vigilancia de la mortalidad*

Localidad.....
 Fecha desde el lunes..... Al domingo:.....
 Población total al principio de la semana:.....
 Nacimientos esta semana:..... Defunciones esta semana:.....
 Llegadas esta semana (si tiene aplicación):..... Salidas esta semana:.....
 Población total al final de la semana:..... Población total de niños menores de 5 años:.....

	0-4 años		5+ años		Total
	varones	mujeres	varones	mujeres	
Causa inmediata					
Infección aguda de las vías respiratorias inferiores					
Cólera (se sospecha)					
Diarrea – con sangre					
Diarrea – líquida					
Lesión – no accidental					
Paludismo					
Muerte materna – directa					
Sarampión					
Meningitis (se sospecha)					
Neonatal (0-28 días)					
Otra causa					
Causa desconocida					
Total por edad y sexo					
Causa subyacente					
Sida (se sospecha)					
Desnutrición					
Muerte materna – indirecta					
Otra causa					
Total por edad y sexo					

- * Este formulario se usa cuando se producen numerosas muertes y por tanto no se puede registrar información más detallada sobre defunciones individuales por falta de tiempo.
- La frecuencia de los informes (i.e. diaria o semanal) dependerá del número de defunciones.
 - Se podrán añadir otras causas de mortalidad según el contexto y las características epidemiológicas.
 - La edad se puede desagregar con más detalle (0-11 meses, 1-4 años, 5-14 años, 15-49 años, 50-59 años, 60+ años), tal como sea factible.
 - No se debe remitir la simple notificación de las defunciones desde la instalación de sanidad del asentamiento, sino que se deben adjuntar informes de los líderes del asentamiento y religiosos, trabajadores comunitarios, grupos de mujeres y hospitales especializados.
 - Siempre que ello sea posible, se deberá escribir en el reverso del formulario la definición del caso.

Formulario para informes semanales de vigilancia de la morbilidad

Localidad.....
 Fecha desde el lunes..... Al domingo:.....
 Población total al principio de la semana:.....
 Nacimientos esta semana:..... Defunciones esta semana:.....
 Llegadas esta semana (si tiene aplicación):..... Salidas esta semana:.....
 Población total al final de la semana:..... Población total de niños menores de 5 años:.....

Morbilidad Diagnóstico(s)*	Menos de 5 años (nuevos casos)			5 años y más (nuevos casos)			Total	Casos repetidos	
	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	nuevos casos	Total	
Infecciones respiratorias agudas**									
Sida (se sospecha)									
Anemia									
Cólera (se sospecha)									
Diarrea – con sangre									
Diarrea – líquida									
Enfermedades oculares									
Paludismo									
Desnutrición									
Sarampión									
Meningitis (se sospecha)									
Lesiones – accidental									
Lesiones – no accidental									
Infecciones de transmisión sexual									
Úlcera genital									
Excreción uretral masculina									
Excreción vaginal									
Dolores de vientre									
Sarna									
Enfermedades de la piel (excluyendo la sarna)									
Vermes									
Otras									
Causa desconocida									
Total									

* Es posible señalar más de un diagnóstico; se pueden agregar o restar enfermedades, tal como determine la situación vigente.

** Infección graves del tracto respiratorio: en algunos países se podrá subdividir esta categoría en infecciones del tracto superior o inferior.

– Se podrán agregar o restar causas de morbilidad, según el contexto y las características epidemiológicas.

– La edad se puede desagregar con más detalle (0-11 meses, 1-4 años, 5-14 años, 15-49 años, 50-59 años, 60+ años) tal como sea factible.

Visitas al centro sanitario	Menores de 5 años			5 años y más			Total	
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer
Total de visitas								

Tasa de utilización: Número de visitas por persona y por año al centro sanitario = número total de visitas en 1 semana / población total x 52 semanas

– La edad se puede desagregar con más detalle (0-11 meses, 1-4 años, 5-14 años, 15-49 años, 50-59 años, 60+ años) tal como sea factible.

Número de consultas por médico: Número total de visitas (nuevas y repetidas) / Médicos EJC (número equivalente a puestos de jornada completa) en centro de sanidad/número de días por semana que funciona el centro sanitario.

Apéndice 3

Fórmulas para calcular las tasas de mortalidad y morbilidad

Tasa bruta de mortalidad (TBM)

- *Definición:* Es la tasa de muertes en toda la población, incluyendo ambos sexos y todas las edades. La TBM puede ser expresada con diferentes denominadores estándar de población y con respecto a distintos periodos de tiempo, por ejemplo muertes por 1000 personas por mes, o muertes por 1000 personas por año.
- *Fórmula aplicada más frecuentemente durante los desastres:*

$$\frac{\text{Número total de muertes durante el periodo de tiempo}}{\text{Población total}} \times \frac{10.000 \text{ personas}}{\text{Núm. de días en periodo de tiempo}}$$

= muertes por 10.000 personas por día

Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (TMM5)

- *Definición:* La tasa de muertes entre los niños menores de 5 años de la población.
- *Fórmula aplicada más frecuentemente durante los desastres:* (tasa de mortalidad específica según edad aplicada a niños menores de 5 años)

$$\frac{\text{Núm. total de muertes en niños <5 años durante el periodo de tiempo}}{\text{Número total de niños <5 años}} \times \frac{10.000 \text{ personas}}{\text{núm. de días en periodo de tiempo}}$$

= muertes por 10.000 niños por día

Tasa de incidencia

● *Definición:* Es el número de nuevos casos de una enfermedad que se producen durante un periodo de tiempo especificado entre una población en riesgo de desarrollar la enfermedad.

● *Fórmula aplicada más frecuentemente durante los desastres:*

$$\frac{\text{Núm. de nuevos casos debidos a la enfermedad especificada en el periodo de tiempo}}{\text{Población en riesgo de desarrollar la enfermedad}} \times \frac{1000 \text{ personas}}{\text{núm. de meses en el periodo de tiempo}}$$

= nuevos casos debidos a enfermedad especificada por 1000 personas por mes

Tasa de letalidad (CL)

● *Definición:* El número de personas que mueren de una enfermedad, dividido por el número de personas que tienen la enfermedad

● *Fórmula:*

$$\frac{\text{Núm. de personas que mueren de la enfermedad durante el periodo de tiempo}}{\text{Personas que tienen la enfermedad durante el periodo de tiempo}} \times 100 = x\%$$

Tasa de utilización del centro sanitario

● *Definición:* El número de consultas externas realizadas por persona por año. Siempre que sea posible se deberá distinguir entre consultas nuevas y repetidas, usando las nuevas para calcular esta tasa. Sin embargo, con frecuencia es difícil diferenciar entre unas y otras, por lo que se suelen combinar como número total de consultas durante un caso de desastre.

● *Fórmula:*

$$\frac{\text{Núm. total de visitas en una semana}}{\text{Población total} \times 52 \text{ semanas}} = \text{visitas por persona por año}$$

Número de consultas por médico clínico por día

- **Definición:** Número promedio de consultas totales (nuevas y repetidas) realizadas por cada médico clínico por día.

- **Fórmula:**

$$\frac{\text{Núm. total de consultas (nuevas y repetidas)}}{\text{Núm. de médicos clínicos EJC* en centro de sanidad}} \div \text{Núm. de días por semana que está abierto el centro de sanidad}$$

* EJC ('full time equivalent, FTE' = número equivalente a puestos de jornada completa) se refiere al número equivalente de médicos que trabajan en las clínicas del centro sanitario. Por ejemplo, si hay tres clínicos que trabajan en consultas externas pero dos de ellos trabajan a media jornada, el número de clínicos EJC = 4 médicos a jornada completa + 2 a media jornada = 5 médicos clínicos EJC.

Apéndice 4

Referencias

Gracias al programa *Forced Migration Online* (Migración forzada en línea) del Refugee Studies Centre (Centro de Estudios de Refugiados) de la Universidad de Oxford, muchos de estos documentos cuentan ahora con permiso de copyright y han sido incluidos en un enlace especial de Esfera: <http://www.forcedmigration.org>

Nota: En la medida de lo posible, se facilitan los títulos oficiales de los documentos, pero en algunos casos la traducción de títulos de documentos, informes o publicaciones insertada entre paréntesis se proporciona únicamente a fines informativos al no existir o ser desconocida la versión aceptada.

Instrumentos jurídicos internacionales

El derecho al más alto nivel posible de salud (Artículo 12 del Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales), CESCR Comentario general 14, 11 agosto de 2000, U.N. Doc. E/C.12/2000/4. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Baccino-Astrada, A (1982), *Manual on the Rights and Duties of Medical Personnel in Armed Conflicts* (Manual de derechos y deberes del personal médico en los conflictos armados) CICR. Ginebra.

Mann, J, Gruskin, S, Grodin, M, Annas, G (eds.) (1999), *Health and Human Rights: A Reader* (Salud y derechos humanos: libro de lectura) Routledge.

OMS (2002), *25 Questions and Answers on Health and Human Rights*. (25 preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos) Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/hhr>

Sistemas e infraestructura de salud

ACNUR/OMS (1996), *Guidelines for Drug Donations*. (Directrices para donaciones de medicamentos) Organización Mundial de la Salud y Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados. Ginebra.

ACNUR (2001), *Health, Food, and Nutrition Toolkit: Tools and Reference Materials to Manage and Evaluate Health, Food and Nutrition Programmes* (CD-ROM) (Botiquín de conjunto de herramientas para temas de salud, alimentación y nutrición: herramientas y materiales de referencia para gestionar y evaluar los programas en materia de salud, alimentación y nutrición). Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados. Ginebra.

Beaglehole, R, Bonita, R, Kjellstrom, T (1993), *Basic Epidemiology* (Epidemiología básica) Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

Management Sciences for Health (1997), *Managing Drug Supply* (Gestión del suministro de fármacos) (Segunda edición). Kumarian Press. Bloomfield, CT.

Médicos sin Fronteras (1993), *Clinical Guidelines. Diagnostic and Treatment Manual* (Directrices clínicas. Manual de diagnósticos y tratamientos) Médicos sin Fronteras. París.

Médicos sin Fronteras (1997), *Refugee Health. An Approach to Emergency Situations*. (La salud del refugiado. Enfoque de las situaciones de emergencia) Macmillan. Londres.

Noji, E (ed.) (1997), *The Public Health Consequences of Disasters*. (Consecuencias de los desastres para la salud pública) Oxford University Press. Nueva York.

Perrin, P (1996), *Handbook on War and Public Health*. (Manual sobre la guerra y la salud pública) Comité Internacional de la Cruz Roja. Ginebra.

OMS/PAHO (2001), *Health Library for Disasters* (CD-ROM). (Biblioteca de temas de salud en casos de desastre) Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Ginebra.

OMS (1998), *The New Emergency Health Kit 1998*. (Nuevo kit sanitario de emergencia, 1998) Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

OMS (1999), *Rapid Health Assessment Protocols for Emergencies*. (Protocolos de valoración rápida de la salud en casos de emergencia) Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

OMS (1994), *Health Laboratory Facilities in Emergencies and Disaster Situations*. (Instalaciones de laboratorios de salud en casos de emergencia y de desastres) Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

Lucha contra enfermedades transmisibles

Chin, J (2000), *Control of Communicable Diseases Manual* (Manual de lucha contra las enfermedades transmisibles) (17^a edición). American Public Health Association. Washington, DC.

Cook, GC, Zumla, AI, Weir, J (2003), *Manson's Tropical Diseases*. (Enfermedades tropicales de Manson) WB Saunders.

Inter-Agency Standing Committee Reference Group on HIV/Sida in Emergency Settings (2003) (Grupo de referencia del Comité Permanente Inter-Agencias), *Guidelines for HIV Interventions in Emergency Settings*. (Directrices para intervenciones relativas al VIH en contextos de emergencia) ONUSIDA. Ginebra (en prensa). (Este documento sustituirá al de ONUSIDA, 1998, *Guidelines for HIV Interventions In Emergency Settings* – Directrices para intervenciones relativas al VIH en contextos de emergencia).

International Rescue Committee (2003), *Protecting the Future: HIV Prevention, Care and Support Among Displaced and War-Affected Populations*. (Protección del futuro: prevención del VIH, cuidados y apoyo entre poblaciones desplazadas y afectadas por la guerra) Kumarian Press. Bloomfield, CT.

Instituto Pasteur: <http://www.pasteur.fr>

ONUSIDA: <http://www.unaids.org>

OMS (1993), *Guidelines for Cholera Control*. (Directrices para la lucha contra el cólera) Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

OMS (2002), *Guidelines for the Collection of Clinical Specimens During Field Investigation of Outbreaks*. (Directrices para la recogida de muestras clínicas durante la investigación de brotes en el terreno) Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

OMS (1997), *Immunisation in Practice. A Guide for Health Workers Who Give Vaccines*. (La inmunización en la práctica. Guía para trabajadores sanitarios que administran vacunas) Macmillan. Londres.

OMS (2003), *Malaria Control in Complex Emergencies: An Interagency Handbook*. (Lucha contra el paludismo en emergencias complejas: manual inter-agencias) Organización Mundial de la Salud. Ginebra (en prensa).

OMS (1993), *The Management and Prevention of Diarrhoea: Practical Guidelines*. (Gestión y prevención de la diarrea: directrices prácticas) Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

Lucha contra enfermedades no transmisibles

Lesiones

Hayward-Karlsson, J, Jeffrey, S, Kerr, A et al (1998), *Hospitals for War-Wounded: A Practical Guide for Setting Up and Running a Surgical Hospital in an Area of Armed Conflict*. (Hospitales para heridos de guerra: Guía práctica para el establecimiento y gestión de un hospital quirúrgico en una zona de conflicto armado) Comité Internacional de la Cruz Roja. Ginebra.

Médicos sin Fronteras (1989), *Minor Surgical Procedures in Remote Areas*. (Intervenciones quirúrgicas menores en zonas remotas) Médicos sin Fronteras. París.

PAHO-OPS (1995), *Establishing a Mass Casualty Management System*. (Establecimiento de un sistema de gestión de accidentes a gran escala) Organización Panamericana de la Salud. Ginebra.

OMS (1991), *Surgery at the District Hospital: Obstetrics, Gynaecology, Orthopaedics and Traumatology*. (Intervenciones quirúrgicas en el hospital del distrito: obstetricia, ginecología, ortopedia y traumatología) Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

Salud reproductiva (salud genésica)

ACNUR (2003), *Sexual and Gender-Based Violence Against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons: Guidelines for Prevention and Response*. (Violencia sexual y con base en género contra refugiados, retornados y personas desplazadas dentro de su propio país: directrices sobre prevención y respuesta) Borrador para pruebas en el terreno, 8 de julio de 2002. (Este documento sustituirá al de ACNUR 1995 *Sexual Violence Against Refugees: Guidelines on Prevention and Response* – Violencia sexual contra refugiados: directrices sobre prevención y respuesta)

FNUAP (2001), *The Reproductive Health Kit for Emergency Situations* (Botiquín de salud reproductiva para situaciones de emergencia) (Segunda edición). FNUAP.

Interagency Working Group (1999), *An Inter-Agency Field Manual for Reproductive Health in Refugee Situations*. (Manual de campo inter-agencias sobre la salud reproductiva en los campos de refugiados) Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados. Ginebra.

OMS (2001), *Clinical Management of Survivors of Rape*. (Gestión clínica de supervivientes de violaciones) Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

Reproductive Health for Refugees Consortium (1997) (Consortio de salud reproductiva para refugiados), *Refugee Reproductive Health Needs Assessment Field Tools*. (Herramientas de campo para la valoración de las necesidades de los refugiados en materia de salud reproductiva) RHR Consortium.

Aspectos psíquicos y sociales de la salud

National Institute of Mental Health (2002), *Mental Health and Mass Violence: Evidence-Based Early Psychological Interventions for Victims/Survivors of Mass Violence. A Workshop to Reach Consensus on Best Practices*. (La salud mental y la violencia a gran escala: primeras intervenciones psicológicas para víctimas/sobrevivientes de violencia a gran escala, según testimonios. Taller para alcanzar el

consenso sobre mejores prácticas) (Publicación de NIH núm. 02-5138). US Government Printing Office. Washington, DC. <http://www.nimh.nih.gov>

OMS (2003), *Mental Health in Emergencies: Mental and Social Aspects of Populations Exposed to Extreme Stressors*. (La salud mental en casos de emergencia: aspectos psíquicos y sociales de poblaciones expuestas a factores estresantes extremos) Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

OMS /ACNUR (1996), *Mental Health of Refugees*. (La salud mental de los refugiados) Organización Mundial de la Salud. Ginebra. <http://whqlibdoc.who.int>

Enfermedades crónicas

Ahya, SN, Flood, K, Paranjothi, S et al (eds.), *The Washington Manual of Medical Therapeutics* (Manual Washington de terapéutica médica) (30ª edición). Lippincott Williams & Wilkins Publishers.

Braunwald, E, Fauci, AS, Kasper, DL et al (eds.) (2001), *Harrison's Principles of Internal Medicine* (Principios de Harrison de la medicina interna) (15ª edición). McGraw Hill Professional. Nueva York.

Tierny, LM, McPhee, SJ, Papadakis, MA (eds.), *Current Medical Diagnosis and Treatment 2003* (Diagnósticos médicos actuales y tratamientos) (42ª edición). McGraw-Hill/Appleton & Lange. Nueva York.

Sitios Web

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados: <http://www.unhcr.ch>

Centers for Disease Control and Prevention (Centros para la prevención y lucha contra enfermedades): <http://www.cdc.gov>

Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (Centro para la investigación de la epidemiología de los casos de desastre): <http://www.cred.be>

Comité Internacional de la Cruz Roja: <http://www.icrc.org>

Federación internacional de las sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja): <http://www.ifrc.org>

FNUAP: <http://www.unfpa.org>

Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int>

Organización Panamericana de la Salud: <http://www.paho.org>

UNICEF: <http://www.unicef.org>

Notas

Notas