Manual de Referencia del Curso Salud en Emergencias

Centro Regional de Referencia en Preparación para Desastres

Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja

Agenda Global de la Federación Internacional (2006-2010)

Durante, los próximos cinco años, la Federación se centrará colectivamente en la consecución de los siguientes objetivos y prioridades.

Nuestros objetivos

objetivo 1: Reducir el número de muertes, heridas y daños causados por los desastres

Objetivo 2: Reducir el número de muertes, dolencias y perjuicios relacionados con enfermedades y emergencias de salud pública

Objetivo 3: Aumentar la capacidad de las comunidades locales, la sociedad civil y la Cruz Roja y la Media Luna Roja para abordar las situaciones de vulnerabilidad más urgentes

Objetivo 4: Promover el respeto a la diversidad y la dignidad humana, reducir la intolerancia, la discriminación y la exclusión social

Nuestras prioridades

- El Mejorar nuestra capacidad local, regional e internacional de respuesta a desastres y a emergencias de salud Pública
- Ampliar nuestras actividades con comunidades vulnerables en los ámbitos de la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la reducción del riesgo de desastres
- Ampliar de manera significativa nuestros programas y actividades de sensibilización en materia de VIH/Sida
- Reforzar nuestra labor de sensibilización sobre problemas humanitarios prioritarios, en particular sobre la lucha contra la intolerancia, el estigma y la discriminación, y promover la reducción del riesgo de desastres

© Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja

Está autorizado citar, copiar, traducir a otros idiomas o adoptar a las necesidades locales cualquier parte de esta publicación sin necesidad de solicitar la autorización previamente la aprobación de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, siempre que se indique la fuente de manera expresa e inequívoca.

Esta reproducción ha sido posible gracias al apoyo técnico y financiero de la Comisión Europea por medio de la Dirección General de Ayuda Humanitaria (ECHO), la Cruz Roja Noruega, Cruz Roja Española, Cruz Roja Holandesa. El contenido de esta publicación ha sido desarrollado por Cruz Roja y no representa en ningún caso el punto de vista oficial de la Comisión Europea

Agradecemos los valiosos aportes recibidos durante la elaboración de este manual por los voluntarios y funcionarios de las Sociedades Nacionales de Cruz Roja y del Secretariado de la Federación, otras instituciones y organizaciones no gubernamentales.

EDICIÓN : 1,000 ejemplares 2009

Centro Regional de Referencia en Preparación para Desastres (CREPD)
Dirección: 17 calle poniente y Avenida Henry Dunant, San Salvador, El Salvador, Centroamérica
Teléfono: + 503 2239-4986
+ 503 2239-4938
Contacto: miguelvega@telesal.net

Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja
Oficina Regional de Representación para México, Centroamérica y Panamá.
Dirección: Av. Vicente Bonilla, Edificio 115
Clayton Ciudad del Saber Panamá
República de Panamá
Teléfono: + 507 380-0250
Contacto: marjorie.sotofranco@ifrc.org

INDICE

CAPITULO 1 Sistema de respuesta de FICR.....9
1.1 Sistema global de respuesta.....10
1.1.1 Funciones del secretariado de la FICR.....10
1.1.2 Áreas de trabajo en desastres.....11
1.1.3 Sistema de respuesta en América.....11
1.1.4 Herramientas Globales.....11
1.2 Sistema Regional de Respuesta.....12
1.2.1 Herramientas Regionales.....12
1.3 Sistema Local de Respuesta.....13
1.3.1 Herramientas Locales.....13
1.4 Fortaleza del Movimiento de la Cruz Roja.....14
1.5 Políticas y normas de trabajo en desastres.....14

CAPITULO 2 Política de salud pública en emergencia.....15
2.1 Introducción.....16
2.2 Salud publica en emergencias.....16
2.2.1 Objetivos de salud publica.....16
2.3 Política de salud publica en emergencias.....17
2.3.1 Ámbito de aplicación.....17
2.3.2 Declaración.....17
2.3.2 Recursos.....19
2.3.2.1 Recursos financieros.....19
2.3.2.2 Recursos humanos.....19
2.3.2.3 Recursos de información.....19
2.3.2.4 Recursos físicos.....19
2.3.3 Responsabilidades.....20
2.4 Política de preparación para desastres.....20
2.4.1 Introducción.....20
2.4.2 Ámbito de Aplicación.....20
2.4.3 Declaración.....20
2.4.4 Responsabilidades.....22

CAPITULO 3 Grupos vulnerables en situaciones de emergencia.....23
3.1 Conceptualización de grupos vulnerables.....24
3.2 Grupos vulnerables en salud en situaciones de emergencias.....24
3.3 Recomendaciones de cada uno de los grupos vulnerables.....25
3.4 Recomendaciones para la atención a los grupos vulnerables.....27

CAPITULO 4 Efectos generales de los desastres sobre la salud.....33
4.1 Generalidades.....34
4.2 Problemas sanitarios comunes a todos los desastres naturales.....36
4.3 Problemas inmediatos de salud vinculados con el tipo de desastre.....40

Índice

CAPITULO 5 Vigilancia epidemiológica y control de enfermedades.....45
5. Definición de vigilancia epidemiológica.....46
5.1 Riesgo de brotes de enfermedades después de un desastre.....47
5.2 Establecimiento de un sistema de vigilancia de enfermedades.....48
5.3 Presentación e interpretación de los datos recogidos.....49
5.4 Servicios de laboratorio.....51
5.5 La vacunación y los programas de vacunación.....51
5.6 Transmisión de zoonosis.....53

CAPITULO 6 Salud reproductiva en emergencias.....55
6.1 Introducción.....56
6.2 Salud sexual y reproductiva.....56
6.3 La salud reproductiva.....57
6.4 La Importancia de una maternidad segura.....57
6.5 Métodos de planificación familiar.....57
6.5.1 Métodos de barrera.....57
6.5.2 Métodos hormonales.....57
6.6 Grupos vulnerables.....58
6.6.1 Mujeres.....58
6.6.2 Niños y niñas.....58
6.6.3 Persona que ya viven con el Vih/Sida.....58
6.7 Transmisión del VIH y Sida en situaciones de emergencias.....60
6.7.1 Riesgo de transmisión de Vih en emergencia.....60
6.8 Medidas preventivas para el control de ITS.....61
6.8.1 Brindar información sobre la prevención y el tratamiento del Vih/Sida.....61
6.9 Relación Vih y salud reproductiva.....62

CAPITULO 7 Manejo de multitud de victimas.....63
7.1 Introducción.....64
7.2 Asistencia urgente pre hospitalaria.....64
7.2.1 Búsqueda, rescate y primeros auxilios.....64
7.2.2 Cuidaddos en el terrreno.....64
7.2.3 Triage (clasificación).....65
7.3 Recepción y tratamiento en el hospital.....66
7.3.1 Estructura institucional.....66
7.3.2 Utilización de procedimientos terapéuticos sencillos y uniformes.....67
7.4 Redistribución de los pacientes entre hospitales.....67

CAPITULO 8 Alimentación y nutrición.....69
8.1 Introducción.....70
8.1.1 Definiciones.....70
8.1.1.1 Alimetación.....70
8.1.1.2 Nutrición.....70
8.1.1.3 Definición seguridad alimentaria.....70
8.1.2 Componentes de la Seguridad Alimentaria Nutricional.....71
8.2 Consecuencias previsibles de los desastres en la cadena alimentaria.....71
8.3 Posibles efectos adversos de la distribución de alimentos a gran escala.....72
8.4 Establecimiento de prioridades.....73

8.5 Socorro inmediato....73
8.6 Cálculo de las necesidades alimentaria....74
8.7 adquisiciones....75
8.8 vigilancia....76

CAPITULO 9 Consecuencias de los desastres en la salud mental....77
9.1 Introducción....78
9.1.1 Salud Mental....78
9.1.2 Estrés....78
9.1.3 Estrés Postraumático....78
9.1.4 Muerte y Morir....78
9.1.5 Duelo....79
9.1.6 Crisis....79
9.1.7 Crisis Circunstancial....79
9.1.8 Intervención en Crisis....79
9.1.8.1 Para la OPS, La Intervención en crisis tiene dos modalidade....80
9.1.8.2 La OPS 2002, da como objetivos de la intervención en crisis los siguientes Objetivos....80
9.1.9 Primeros auxilios psicológicos....80
9.2 Perspectivas históricas....82
9.3 Aspectos del entrenamiento para investigación en desastres y suministro de servicios..83
9.4 Entrega de servicios de salud mental antes del impacto....84
9.5 Nivel de respuesta del sistema a las necesidades de salud mental....85
9.6 Características de los servicios receptores y prestadores de salud mental....87
9.6.1 Receptores de servicios....87
9.6.2 Servicio necesario y apropiado....88
9.6.3 Servicios adicionales....89
9.6.4 Red de apoyo natural....89
9.6.5 Técnicas de cuidada activas y directivas....89
9.6.6 Prestadores de servicios....90
9.6.7 Adicionalmente, en la mira de utilizar personal no profesional con entrenamiento, tales programas de salud mental en desastres deben tener en cuenta....90
9.7 Similitudes con los servicios tradicionales de salud mental....90
9.8 Secuencia y naturaleza de la respuesta humana....91
9.8.1 Respuesta sicológica....91
9.8.2 Atención a grupos especiales....91
9.8.3 Niños....92
9.8.4 Ancianos delicados....93
9.8.5 Personas con enfermedades mentales serias....93
9.8.6 Minorías raciales y étnicas....93
9.8.7 Familiares de quienes mueren en un desastre....94
9.8.8 Otros grupos demográficos y con necesidades especiales....94
9.9 El desastre catastrófico....94
9.10 Estrés del trabajador de desastre....95
9.11 Signos de estrés....95
9.11.1 Intervenciones....95
9.11.2 Vacíos de conocimiento....96
9.12 Recomendaciones para investigación....97

Índice

CAPITULO 10 Gestión de Salud Ambiental.....99
10. Gestion de salud ambiental.....100
10.1 La Definición de Salud Ambiental e Indicadores de Salud Ambiental.....101
10.2 Aéreas de intervención prioritaria.....102
10.3 Prioridades de los servicios de salud ambiental.....102
10.4 Recursos humanos.....105
10.5 Abastecimiento de agua.....105
10.6 Fuentes de agua alternativas.....106
10.7 Distribución masiva de desinfectantes.....107
10.8 Seguridad de los alimentos.....107
10.9 Saneamiento básico e higiene personal.....108
10.10 Manejo de los desechos sólidos.....109
10.11 Control de vectores.....109
10.12 Entierro de los muertos.....111
10.13 Información pública y medios de comunicación.....111

CAPITULO 11 Planificación, diseño y gestión de asentamientos.....113
11.1 Introducción.....114
11.2 Planificación de los asentamientos y campamentos.....114
11.3 Establecimiento de campamentos y asentamientoss.....115
11.4 Selección del lugar.....115
11.5 Diseño del campamento.....115
11.6 Servicios del campamento.....116
11.6.1 Suministro de agua.....116
11.6.2 Eliminación de excretas.....117
11.6.3 Servicios de salud.....117

CAPITULO 12 Sala Situacional de Salud.....119
12.1 Introducción.....120
12.2 Sala situacional.....120
12.3 Estructura y organización.....122
12.4 Fases de implementación de la sala situacional de salud.....122
12.5 Usos y funciones de la sala situacional.....122
12.6 Indicadores en la sala situacional.....122
12.7 Procesos de la sala situacional.....123
12.8 La equidad en salud y la sala situacional.....123
12.9 Objetivo de la sala situacional.....124
12.10 Elementos Básicos de la Sala Situacional de Salud.....124

CAPITULO 13 Evaluaciones Rápidas en Salud.....127
13.1 Introducción.....128
13.2 Proceso de evaluación.....128
13.3 Categorías de las evaluaciones.....129
13.3.1 Ciclo de evaluación.....129
13.3.2 Componentes de la evaluación rápida en salud.....129
13.3.3 Propósito.....129
13.3.4 Planificando la evaluación.....130
13.3.4.1 Determinando que información obtener.....130

13.3.4.2 Coordine con diferentes organizaciones....131
13.3.4.3 Seleccionar a las y los integrantes de los equipos.... 131
13.3.4.4 Llevando a cabo la evaluación....131
13.3.4.5 Recogiendo la información....131
13.3.4.6 Análisis de la información....132
13.3.5 Revisando fuentes de errores comunes....132
13.3.5.1 Logística....132
13.3.5.2 Organizativos....132
13.3.5.3 Técnicos....132
13.3.6 Presentando los resultados de la evaluación....133
13.3.6.1 Epidemias de origen infeccioso....134
13.3.6.2 Desplazamientos repentinos de población....134
13.3.6.3 Impacto repentino de los desastres de origen natural....134
13.3.6.4 Emergencias Humanitarias Complejas (EHC)....138
13.4 Técnicas de recolección de información en evaluaciones rápidas....139
13.4.1 Entrevista....139

CAPITULO 14 Gerencia en Salud....143
14.1 Introducción....144
14.2 Objetivos de la gestión....144
14.3 Instrumentos de gestión....144
14.3.1 Evaluar la situación....144
14.3.2 Dar prioridad a las necesidades....145
14.3.3 Establecer metas y objetivos....145
14.3.4 Plan de actividades....145
14.3.5 Aplicar el plan....146
14.3.6 Vigilar la aplicación....146
14.3.7 Evaluar el programa....146
14.3.8 El marco lógico....146
14.4 El proceso administrativo y la salud en emergencias....147
14.4.1 Proceso administrativo....147
14.4.1.1 Planificar....148
14.4.1.2 Organizar....149
14.4.1.3 Dirigir....149
14.4.1.4 Controlar....150
14.4.2 Como funciona esto dentro de los ENI....151
14.4.3 Ventajas de la aplicación del proceso administrativo.... 151

CAPITULO 15 Informe de Situación....153
15.1 Introducción....154
15.2 Componentes de un informe de situación....154
15.2.1 Contexto....154
15.2.2 Últimos acontecimientos....154
15.2.3 Acción de la sociedad nacional....154
15.2.4 Necesidades pendientes....155

15.2.5 Relaciones exteriores.....155
15.2.6 Conclusión.....155
15.2.7 Anexos.....155

CAPITULO 16 Plan de Acción.....157
16.1 Plan de acción.....158
16.2 Aspectos que deben de tomarse en cuenta para la elaboración de plan de acción.....158
16.3 Componentes del plan de acción.....159

Anexos.....161
Anexo 1.....162
Glosario.....163
Referencias Bibliográficas.....167

INTRODUCCION

Los desastres resultan cada vez más complejos y sus consecuencias se están sintiendo a más largo plazo, pues asolan a países con problemas económicos o situaciones de inestabilidad política, y debilitan servicios públicos que ya son frágiles, tales como los servicios de salud, agua y saneamiento y otros.

La región centroamericana ha sido tradicionalmente afectada por numerosos eventos y sucesos los cuales por diferentes vulnerabilidades estos siempre terminan en desastres, estos eventos o suceso provocan generalmente mayores efectos en las personas con mayor vulnerabilidad, por lo tanto la mejor actitud para hacerle frente es aprender a convivir con ellos preparándose, previniendo y mitigando

En situaciones de emergencia, cuando no se dispone de agua, saneamiento e higiene adecuados y apropiados, los servicios de salud son ineficientes o inexistentes, desabastecimiento de alimentos, se interrumpen programas como salud materno infantil, salud sexual y reproductiva, VIH/Sida, pueden generarse circunstancias muy peligrosas para la salud de las personas. Por ello es necesario que se atiendan esas áreas prioritarias desde el primer momento en que se ha producido una emergencia, con personal capacitado.

Porque es necesario este manual?

Intervenciones en Salud como atención de grupos vulnerables, enfermedades transmisibles, salud sexual, alimentación y nutrición, agua, saneamiento, apoyo psicológico a las personas más afectadas en momentos de necesidad sigue siendo uno de las principales respuestas, debido a eso la importancia a las tareas de preparación e intervención para situaciones de emergencia, entre las cuales figura el aumento de la capacidad de las Sociedades Nacionales y las instituciones aliadas para prepararse eficazmente y además considerando las particularidades y necesidades inmediatamente posteriores al evento adverso hasta la rehabilitación de los servicios dañados por el fenómeno, involucrando a la comunidad en este proceso.

A quien está dirigido este manual

Este manual está dirigido a:

- ∑ Los Equipos Nacionales de Intervención ENI de las Sociedades Nacionales
- ∑ A capacitadores, facilitadores e instructores de las Sociedades Nacionales.
- ∑ A coordinadores, directores, técnicos del área de socorro de las Sociedades Nacionales.
- ∑ A coordinadores, directores y técnicos del área de la salud de las Sociedades Nacionales.
- ∑ A voluntarios y funcionarios de diferentes áreas de trabajo de las Sociedades Nacionales
- ∑ A autoridades sanitarias, instituciones encargadas de la prestación de servicios de salud
- ∑ A agencias, organizaciones, instituciones o personas que trabajan en sector humanitario

¿Qué finalidad tiene este manual?

Facilitar una herramienta metodológica para la realización de intervenciones en salud para los Equipos Nacionales de Intervención en Desastres ENI, además brindar información sobre aspectos importantes como la política de salud publica del movimiento, impacto de los desastres en la salud publica, grupos vulnerables, enfermedades transmisibles, agua y saneamiento, nutrición y alimentación parte del mismo le dedica especial atención a la vigilancia epidemiológica, proyecto esfera, evaluaciones rápidas en salud, sala situacional de salud y otros aspectos como evaluación de daños y análisis de necesidades, trabajo con contrapartes, gerencia en salud, informe de situación y plan de acción.

Capítulo 1

Sistema de respuesta de la Federación Internacional de la Cruz Roja

Visión de la federación

Aspiramos, a través de la acción voluntaria, a un mundo con comunidades más fuertes, capaces de hacer frente al sufrimiento humano y situaciones de crisis, impulsadas por la esperanza, el respeto a la dignidad y la búsqueda de equidad.

1.1 Sistema global de respuesta[1]

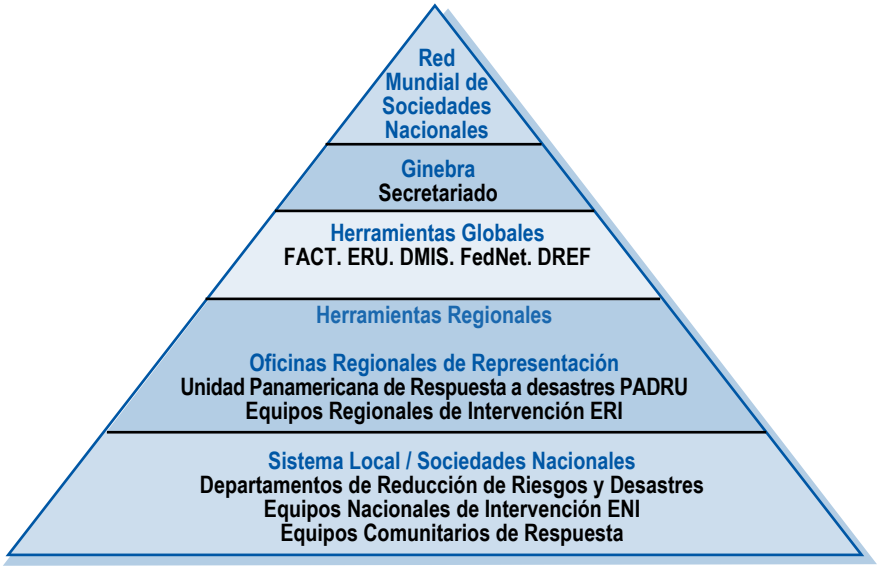
Misión de Federación

Mejorar la vida de las personas vulnerables, movilizando el poder de la Humanidad

En la Misión se describe el actuar del Movimiento impulsado por la labor humanitaria. Estrecha relación con sus Principios Fundamentales.

El sistema de respuesta de la FICR cuenta con: :

SITEMA GLOBAL DE RESPUESTA



- 1 Sede Ginebra
- 7 Oficinas de Zona (1 en América, 3 en África, 1 en Europa, 1 en Asia, 1 en Medio Oriente y Norte de África.
- Oficinas Regionales de Representación
- Oficinas de país
- 3 Bases Logísticas (Panamá, Kuala Lumpur, Dubái) son oficinas
- 186 Sociedades Nacionales
- Secretariado de la Federación.

1.1.1 Funciones del secretariado de la FICR:

1. Asesorar y orientar la aplicación de las áreas esenciales de la Estrategia 2010.
2. Coordinar y dirigir el apoyo internacional para programas de desastre.
3. Apoyar el fortalecimiento de la capacidad de las Sociedades Nacionales.
4. Facilitar la cooperación entre las sociedades miembros.

[1] Modulo de capacitación ENI Básico, 2009

1.1.2 Áreas de trabajo en desastres

La Federación enfoca su labor principalmente en:

1. Educación Comunitaria para la Reducción de riesgos ante situaciones de emergencias o desastres.
2. Fortalecimiento de la Capacidad de las Sociedades Nacionales en preparación para la respuesta.
3. Respuesta y Recuperación Temprana.
4. Rehabilitación y Reconstrucción.
5. Alianzas operativas.

1.1.3 Sistema de respuesta en América.

35 Sociedades Nacionales, 16 territorios de ultramar.
1 Oficina de zona (Panamá)
3 Oficinas Regionales de Representación (Panamá, Lima y Trinidad)
2 Oficinas de País
2 Unidades de Servicio (Finanzas y Reportes)
1 Unidad Panamericana de Respuesta a Desastres (PADRU, en Panamá)
Plataforma de Intervención Regional en América/Caribe (PIRAC)
Sociedades Nacionales Cooperantes

1.1.4 Herramientas globales[2]

❖ **Equipos de Evaluación y Coordinación en el Terreno (FACT)**

Son equipos multinacionales de evaluación y coordinación conformados por personal capacitado y seleccionado por las Sociedades Nacionales y el Secretariado de la Federación.

Este personal es seleccionado por su competencia técnica, conocimientos de la región y habilidad para responder rápida y profesionalmente a situaciones de desastre.

Cada FACT es un recurso compartido entre el secretariado y las Sociedades Nacionales. El término "Sociedades Nacionales FACT hace referencia a que las Sociedades Nacionales tienen una responsabilidad especial en el desarrollo de estos equipos. Toda Sociedad Nacional que aporte personal a la lista de los FACT se convertirá en una Sociedad Nacional FACT.

❖ **Unidades de Respuesta ante Emergencias (ERU)**

Son una herramienta clave de la Federación en términos de la respuesta ante desastres.

El sistema de ERU funciona mediante un enfoque flexible que comprende:

- ∑ Grupo de especialistas previamente capacitados
- ∑ Con equipo técnico estandarizado y listo para el terreno
- ∑ Disponibilidad para incorporarse en una operación de emergencia en un lapso de 48 horas después de ser notificado
- ∑ Autoabastecimiento de recursos por un mes
- ∑ Disponibilidad de mantenerse en el terreno por 4 meses como máximo

[2] Herramientas globales adaptación de www.ifrc.org/sp/what/disasters/index.asp

Las ERU pueden proporcionar una gama de servicios, tales como: salud, agua y socorro, además de cumplir con funciones esenciales de apoyo en términos de logística, telecomunicaciones y tecnología de la información cuando la infraestructura local ha sufrido daños, está saturada ante las necesidades o no existe.

Las ERU han sido utilizadas en diversos desastres como terremotos, inundaciones y huracanes, así como para desplazamientos poblacionales.

Estas unidades son patrocinadas por las Sociedades Nacionales, en tanto que la Secretaría de la Federación tiene a su cargo la coordinación general, desplazamiento de personal, provisión de apoyo técnico y evaluación de las unidades y actividades relacionadas.

El desarrollo continuo de las ERU, la revisión de los desplazamientos, se discute con el equipo de Trabajo de las ERU y en los subgrupos técnicos de salud, agua y salubridad, logística y telecomunicaciones y tecnología de la información.

❖ Sistema de Información para la Gestión de Desastres (DMIS)	❖ FedNet	❖ Fondo de Emergencia para el Socorro en casos de Desastres (DREF)
Es el Sistema de Gestión de Información en Situaciones de Desastres, utilizado por todas las Sociedades Nacionales a nivel mundial. Provee herramientas de soporte en operativos de respuesta y preparación, así como la actualización de las acciones de respuesta a emergencias en las Sociedades Nacionales.	Es la extranet de la Federación, una red privada para compartir información entre las Sociedades Nacionales, la Secretaría en Ginebra y las delegaciones sobre el terreno.	Son Fondos de Emergencia para el Socorro en casos de Desastre. Su finalidad es proveer en forma rápida y garantizada un financiamiento inmediato para la respuesta a emergencias. El Secretariado de la Federación está comprometido con un fondo de 25 millones CHF con la finalidad de responder a un número creciente de peticiones a nivel mundial.

1.2 Sistema regional de respuesta[3]

Compuesto por instituciones con capacidad de respuesta a nivel regional.

1.2.1 Herramientas regionales.

❖ **Oficinas Regionales de Representación.**
Brinda soporte mediante programas permanentes facilitados por delegados regionales en las áreas de: reducción de riesgos, información, administración, salud, desarrollo organizativo, recursos financieros, principios y valores.

3 Herramientas Regionales: Adaptación de www.cruzroja.org/padru y http://www.cruzroja.org/delreg/panama/

❖ **Unidad Panamericana de Respuesta ante Desastres (PADRU)**
Es una unidad del Secretariado de la Federación que tiene como finalidad el apoyar a las oficinas regionales de representación y las S/N en las intervenciones de respuesta ante desastres.

Entre sus servicios, ofrece capacitaciones especializadas en respuesta y tiene a su cargo la especialización general de los Equipos Regionales de Intervención (RIT).

En tiempos de desastre, activa y coordina el resto de las herramientas técnicas de respuesta a nivel global y regional, así como el desplazamiento de recursos humanos de las Sociedades Nacionales de la región para trabajar en un país afectado por un desastre. (RIT, FACT, ERU, DREF). Está instalada en Panamá y cuenta con la unidad regional de logística y un centro de telecomunicaciones, lo cual le permite ofrecer servicios de: logística, telecomunicaciones, agua y saneamiento y respuesta a desastres.

❖ **Equipos Regionales de Intervención (RIT)**
Son equipos capacitados provenientes de las Sociedades Nacionales dedicados a la evaluación, apoyo en el terreno y coordinación en el momento de una emergencia, previamente formados.

1.3 Sistema local de respuesta

El sistema de respuesta de la Sociedad Nacional esta integrado por:

1. Los Departamentos gestión de riesgos y desastres de las sociedades nacionales
2. Los Equipos Nacionales de Intervención (ENI)
3. Los equipos comunitarios de respuesta

1.3.1 Herramientas locales.

❖ **Departamentos gestión de riesgos y desastres de las Sociedades Nacionales:**
Componentes responsables de la coordinación de los programas de preparación, respuesta y recuperación para desastres y educación comunitaria en desastres.

❖ **Equipos Nacionales de Intervención (ENI)**
Los Equipos Nacionales de Intervención (ENI) son parte de la red de recursos humanos en la Sociedad Nacional para la respuesta a desastres. Dentro de sus características se encuentran la disponibilidad y capacidad en preparativos e intervención, pertenece y opera en su SN bajo estándares de la Federación. Los ENI integran actividades y funciones específicas mediante especialidades destinadas a la respuesta eficiente y eficaz. En otras palabras: los ENI no solo están conformados por personal de socorro, sino que incorporan un enfoque más integral y participativo en áreas de especialización.

❖ **Equipos Comunitarios de Respuesta.**

Equipos comunitarios de respuesta ante emergencias, organizados y capacitados por las Sociedades Nacionales con el objetivo de aumentar la resiliencia de las comunidades más vulnerables.

❖ Otros actores locales

Como elementos del sistema de respuesta de la Federación se incluyen componentes externos que participan y coordinan con el Movimiento:

- Actores Gubernamentales.
- Mencione que dentro de estos se encuentran
- Los Órganos de Coordinación Nacional se definen de acuerdo al país como: Protección Civil, Defensa Civil, entre otros.
- Otros de los actores importantes con los que las S/N coordinan para la respuesta son el sector Salud y Educación.
- Actores de Sociedad Civil – ONG.
- Organizaciones no Gubernamentales que trabajen en agua y saneamiento, evaluación de daños, preparación para desastres, salud y albergues entre otros.
- Organizaciones Internacionales:
- Componentes de la respuesta Internacional, con objetivos coordinados en conjunto con la Cruz Roja. Ejemplo; Organismos de Naciones Unidas (OCHA, UNICEF, OPS, PMA), Agencias de Desarrollo, entre otros.

1.4 Fortaleza del movimiento de la Cruz Roja

1. Red Mundial de Sociedades Nacionales
2. Presencia de la S/N al interior de los países
3. Personal Voluntario
4. Experiencia como Movimiento
5. Compromiso a largo plazo en preparación y respuesta
6. Políticas y normas de trabajo en desastres
7. Emblemas reconocidos mundialmente

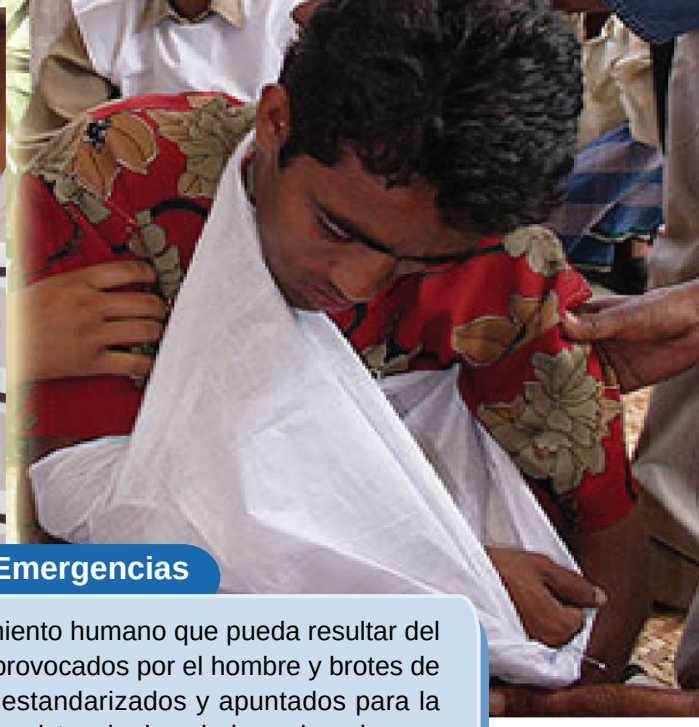
1.5 Políticas y normas de trabajo en desastres

El sistema basa su accionar primordialmente en los Principios Fundamentales del movimiento y en una serie de normas y políticas tales como:

1- Principios y normas de la CR y MLR para socorro en casos de desastres
2- Código de Conducta
3- Acuerdo de Sevilla
4- Políticas de preparación para desastres
5- Políticas de intervención en caso de desastres
6- Políticas de rehabilitación posterior a una emergencia.

Capítulo 2

Políticas de salud pública en emergencias



Meta de la Salud Pública en Emergencias

Reducir las muertes que pueden evitarse y aliviar el sufrimiento humano que pueda resultar del impacto en la salud humana de los desastres naturales o provocados por el hombre y brotes de enfermedades a través de servicios de calidad básicos, estandarizados y apuntados para la mayor cantidad posible, llenando los vacíos o traslapes de asistencia de salud ocasionados por un desastre, movimiento de población o salud en emergencias, alcanzando a los más vulnerables en las comunidades, como complemento a las capacidades de los gobiernos u otras agencias

2.1 Introducción

Llegar y ayudar a tantas personas como sea posible con los cuidados básicos y el cuidado individual es la segunda prioridad en las primeras etapas de la operación así, como disminuir los efectos de enfermedades comunes y condiciones de salud que predominan.

Concepto de Salud Publica: *"la salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones de la comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal; organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud".*

2.2 Salud pública en emergencias[4]

2.2.1 Objetivos de Salud Pública

- Concentrarse en aliviar los efectos de las cinco (5) enfermedades y lesiones más comunes ocasionadas por el desastre, al brindar prevención y cuidado.
- Disminuir los efectos de enfermedades comunes y condiciones de salud que ya predominan

¿Qué significa eso?

Llegar y ayudar a tantas personas como sea posible con los cuidados básicos:

- Concentrarse en la salud comunitaria y clínicas periféricas
- Asegurar el primer nivel del cuidado en el hospital para los casos graves y las cirugías de emergencias.
- Establecer sistemas de remisión

Evitar

- Cuidado secundario y terciario - hospitales
- Iniciar el tratamiento de las enfermedades crónicas recién encontradas a menos que se garantice tratamiento continuado – en lugar de eso remitirlos al hospital
- Presentar los estándares/tratamiento occidentalizados que no están respaldados por OMS o no pueden ser continuados después del desastre
- Capacitar a los profesionales locales del cuidado de la salud en los procedimientos y tratamientos que normalmente a ellos no les está permitido realizar (especialmente enfermeras)

4 Modulo de salud pública en emergencias OXFAM 2008

¿Cuáles son las Prioridades?

- Concentrarse en las cinco (5) enfermedades más comunes ocasionadas por el desastre
- Identifique cómo éstas se relacionan con cada sector
- Establezca la condición de las personas antes del desastre
- Identifique qué están haciendo los actores humanitarios, incluyendo el gobierno
- Papel de la SN, trabaje con ellos
- Coordine dentro del Movimiento y con otros actores humanitarios

2.3 Política de salud pública en emergencias[5]

Las situaciones de emergencia pueden presentarse en cualquier escala, ya sea que afecten a un solo hogar o a una sola comunidad local o que trastornen a un país entero o al mundo en su totalidad. Por situaciones de emergencia se entienden situaciones de amenaza para la vida, que ponen a las personas en peligro de muerte o de grave deterioro de su salud o de sus condiciones de vida, y que pueden desbordar totalmente la capacidad normal de los individuos, las familias, las comunidades y los sistemas de apoyo del Estado para enfrentarlas. Las situaciones de emergencia pueden afectar de diferente forma a hombres y mujeres, quienes a su vez tienen diferentes maneras de enfrentarlas de acuerdo a su género.

La Cruz Roja y la Media Luna Roja deben tener la capacidad necesaria para actuar en todas estas situaciones que constituyen amenazas para la vida, independientemente de la escala de la emergencia, y sus acciones se deben regir por una misma política, independientemente de las dimensiones y del nivel de la intervención.

2.3.1 Ámbito de aplicación

La presente política de intervención en situaciones de emergencia, que constituye el fundamento de la intervención de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja en situaciones de emergencia, se aplica a todos los tipos de intervenciones de la Federación Internacional en situaciones de emergencia, independientemente de que éstas sean realizadas por una sola sección de una Sociedad Nacional, por una Sociedad Nacional o por la Federación Internacional actuando colectivamente

2.3.2 Declaración:

La Federación Internacional y cada Sociedad Nacional deberán:

- **Procurarán asistir a las personas más vulnerables en situaciones de emergencia.** La intervención de la Federación Internacional en situaciones de emergencia tiene por objeto proteger la vida y la salud del individuo y asegurarle el debido respeto, para lo cual se prestará asistencia a los más afectados a fin de que obtengan un acceso adecuado a los elementos para atender a las necesidades básicas de la subsistencia. Estos elementos son, como mínimo:
  - Un suministro adecuado de agua salubre y sistemas de saneamiento.
  - Una alimentación adecuada.
  - Una atención de salud adecuada, incluido el apoyo psicológico.
  - Un albergue adecuado.

  La asistencia deberá prestarse de tal modo que no acreciente la amenaza de violencia contra la población asistida.

[5] Política de salud publica en emergencias de FICR, http://www.ifrc.org/sp/who/policy/health.asp

- **Reconocerán la función de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja como auxiliares del gobierno en materia de servicios humanitarios** y, por ende, no reemplazarán ni menoscabarán las responsabilidades del Estado allí donde exista el potencial necesario para una intervención apropiada por parte de éste. Además, por lo común no han de sustituir ni duplicar actividades que sean de la competencia de otros organismos humanitarios.

- **Ejecutarán las actividades de intervención en situaciones de emergencia conforme a los Principios Fundamentales** de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y aplicarán los principios y el espíritu del código de conducta relativo al socorro en casos de desastre para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y las organizaciones no gubernamentales.

- **Trabajarán dentro de la competencia de la Sociedad Nacional Operante** y de la Federación Internacional, recurrirán a las capacidades y medios locales de enfrentar la situación, pero sin limitarse a ellos. Se dará a los beneficiarios de los programas, tanto hombres como mujeres, una participación significativa en la planificación y ejecución de la intervención en las situaciones de emergencia.

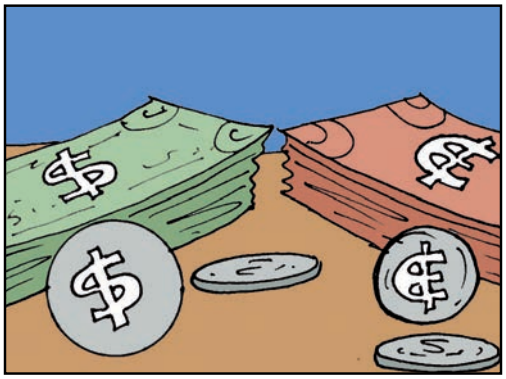
- **Sustentarán sus acciones en una programación y una planificación apropiadas de la preparación para desastres.** Los programas de intervención en situaciones de emergencia de la Federación Internacional se estructuran y ejecutan en forma de aprovechar al máximo la posibilidad de que los beneficiarios regresen rápidamente a su vida normal o, si ello no fuera posible, a un régimen de vida lo más independiente posible de la ayuda externa.

- **Promoverán activamente la autosuficiencia y la sostenibilidad de la programación**, tanto por parte de la Sociedad Nacional operante como de la población asistida teniendo en cuenta el efecto a largo plazo de la asistencia de emergencia sobre las futuras oportunidades de desarrollo. Las Sociedades Nacionales operantes deben asumir la responsabilidad de planificar y ejecutar activamente sus actividades de fortalecimiento de la capacidad durante las operaciones de asistencia en situaciones de emergencia.

- **Proseguirán hasta que haya disminuido la amenaza crítica para la vida y la salud** o, en situaciones de amenaza prolongada, hasta que las necesidades se puedan atender de manera más apropiada dentro del marco de los sistemas de rehabilitación.

- **Aprovecharán al máximo la ventaja estratégica de la Federación Internacional, conforme al concepto de la "labor en calidad de Federación", para movilizar todos los recursos apropiados**, incluidas las estructuras regionales de la Federación, y al propio tiempo velarán por fortalecer, en última instancia, la capacidad de la Sociedad Nacional operante.

2.3.2 Recursos



2.3.2.1 Recursos Financieros

El instrumento primordial para la obtención de fondos con destino a la intervención de la Federación Internacional en situaciones de emergencia es el llamamiento de emergencia. los llamamientos nacionales son hechos dentro de un país por la respectiva Sociedad Nacional interesada. Los llamamientos internacionales son hechos por la Secretaría de la Federación. El proceso de los llamamientos se rige por los reglamentos de las Sociedades Nacionales y, en el plano internacional, por los principios y normas para el socorro en casos de desastre.

2.3.2.2 Recursos humanos

Reconociendo el papel vital de los recursos humanos en las operaciones de emergencia, la Federación Internacional debe asegurar como corresponde la identificación, colocación, retención, desarrollo, apoyo, administración y gestión de personal apropiadamente calificado, capacitado y experimentado para trabajar al servicio de las personas más vulnerables. La Federación Internacional, junto con la Sociedad Nacional interesada, debe velar en todo momento por reducir al mínimo el riesgo para la seguridad de los voluntarios y de los funcionarios que prestan servicios en los programas.

2.3.2.3 Recursos de información

La Federación Internacional reconoce que los datos y la información son recursos claves en sus intervenciones en situaciones de emergencia. Está resuelta a convertir a la Cruz Roja y a la Media Luna Roja en una fuente fiable y oportuna de información sobre desastres. Los sistemas de información se estructurarán y se aplicarán en forma de elevar al máximo:

- La celeridad, eficiencia y efectividad de la intervención en situaciones de emergencia.
- La seguridad de los beneficiarios, del personal y de los voluntarios, así como de los activos fijos.
- La oportunidad, exactitud y claridad de los sistemas de presentación de informes y de rendición de cuentas.
- La participación de los beneficiarios y de las organizaciones locales.

2.3.2.4 Recursos físicos:

La política de la Federación Internacional requiere que la necesidad de recursos físicos esté bien definida, que se garanticen las normas de calidad, que las entregas sean oportunas, que las existencias se mantengan en forma apropiada y que se fiscalice la distribución. Los activos físicos que no se usen en un programa de intervención en una situación de emergencia, o los excedentes de los requerimientos operativos, a medida que vaya reduciéndose el programa, deberían desplegarse en apoyo de otros programas de emergencia, cuando ya no se necesiten para la emergencia de que se trate, observando al respecto los reglamentos de las autoridades nacionales.

De conformidad con lo antedicho, han de evaluarse los efectos de las adquisiciones locales sobre la economía local y sobre el bienestar de la población, de modo de cerciorarse de que no causarán perjuicios indebidos. Los funcionarios de los programas debieran abstenerse de crear infraestructuras duplicadas allí donde las Sociedades Nacionales o las empresas comerciales existentes puedan proporcionar el apoyo necesario.

2.3.3 Responsabilidades:

A las Sociedades Nacionales y a la Federación Internacional les incumbe la responsabilidad de asegurar que todas las operaciones y los programas de intervención en situaciones de emergencia se ejecuten de conformidad con la presente política; que todo el personal y todos los voluntarios que intervengan en programas de intervención en situaciones de emergencia estén al corriente del fundamento y de los detalles de la política; y que todos los asociados gubernamentales, intergubernamentales y no gubernamentales que correspondan estén debidamente informados de la presente política.

Referencia

Esta política, que fue aprobada por la Undécima Asamblea General de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja el 25 de noviembre de 1997, sustituye a todas las políticas anteriores en materia de intervención en situaciones de emergencia.

2.4 Política de preparación para desastres[6]

2.4.1 Introducción

La preparación para pronosticar y, cuando sea posible, prevenir los desastres, mitigar sus efectos y hacer frente a sus consecuencias a nivel internacional, nacional y local, tiene una importancia capital para la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y para cada Sociedad Nacional. Esa labor, que es un aspecto esencial del desarrollo, consiste sobre todo en: disminuir la vulnerabilidad de las familias y las comunidades residentes en zonas propensas a desastres y mejorar su capacidad para superar los efectos de esos desastres; fortalecer la capacidad de las Sociedades Nacionales para prepararse antes de los desastres e intervenir cuando éstos se produzcan; determinar el papel y el cometido de las Sociedades Nacionales en los planes nacionales contra desastres; y establecer redes regionales de Sociedades Nacionales que mejoren los resultados colectivos de la Federación en la preparación para desastres y la intervención en el plano internacional.

2.4.2 Ámbito de aplicación

La presente política sienta las bases de las actividades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja en la preparación para desastres y se aplica a todo tipo de actividades de preparación para desastres a nivel local, nacional, regional e internacional, ya sean realizadas por una sola sección de una Sociedad Nacional, por una Sociedad Nacional o por la Federación en su conjunto.

2.4.3 Declaración

La Federación Internacional y todas las Sociedades Nacionales deberán:

∑ **Reconocer que la preparación para desastres debe ser una de las principales actividades de la Federación Internacional y de todas las Sociedades Nacionales**, pues es el medio más eficaz para reducir los efectos perjudiciales de los desastres, ya sean de escasa magnitud y circunscritos a una zona o de vasto alcance. La Sociedad Nacional tiene una función que desempeñar en las secciones, en el respectivo país y en la esfera internacional, que puede completarse con actividades internacionales de la Federación.

6 adaptación http://www.ifrc.org/sp/who/policy/dppolicy.asp

- **Reconocer que la preparación para desastres constituye un nexo eficaz entre los programas de intervención en situaciones de emergencia, rehabilitación y desarrollo**, y hacer todo lo posible por integrar las actividades de preparación para desastres en la programación pertinente de otras actividades esenciales de la labor de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, como son las actividades de salud.

- **Reconocer la función de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja en la preparación para desastres como complementaria de la acción gubernamental**, por lo que no ha de sustituir al Estado en el desempeño de sus responsabilidades. Además, las Sociedades Nacionales deberán entablar conversaciones con los Gobiernos sobre los aspectos centrales y la naturaleza del plan nacional de emergencia y alentarlos a que les asignen una función y unas responsabilidades claras, apoyadas por la legislación adecuada.

- **Abogar ante los Gobiernos, los donantes, las organizaciones no gubernamentales y el público por la necesidad de una eficaz preparación para desastres, cuando sea necesario.** Las Sociedades Nacionales abogarán para que se reconozcan los factores de riesgo, el grado del peligro, los mecanismos adoptados por la sociedad y los programas de mitigación (por ejemplo, los sistemas de alerta temprana) que podrían reducir las pérdidas de vidas humanas y pertenencias cuando se produce una catástrofe.

- **Reforzar las estructuras institucionales necesarias a nivel internacional, nacional y local, para una eficaz preparación para desastres.** En particular, darán prioridad al fortalecimiento de las secciones y a la movilización y formación de los voluntarios en las zonas de alto riesgo, y a la responsabilidad de las Sociedades Nacionales de prepararse para participar en la programación relativa a la intervención en casos de desastre de la Federación Internacional. Deberán integrar o armonizar esas actividades con el desarrollo institucional y con otras esferas de programas pertinentes.

- **Mejorar la coordinación de las actividades** promoviendo una mejor cooperación y asociación entre las Sociedades Nacionales, el CICR, los Gobiernos, las organizaciones no gubernamentales, y otros organismos de intervención en casos de desastre a nivel local, nacional, regional e internacional.

- **Determinar qué personas, comunidades y familias están más expuestas a los desastres** a través de la evaluación y el análisis de los riesgos, de los tipos de vulnerabilidad y de las capacidades (evaluación de la vulnerabilidad y las capacidades) como base para establecer las prioridades y los aspectos esenciales de las actividades de programación.

- **Aumentar la concienciación sobre los peligros de los desastres** a través de la educación pública, alentando a las personas vulnerables a tomar medidas, siempre que sea posible, para prevenir y mitigar esas situaciones antes de que sobrevenga el desastre. Velar por que las comunidades locales tengan acceso a la información procedente de los pronósticos y sistemas de alerta temprana, la comprendan y actúen en consecuencia.

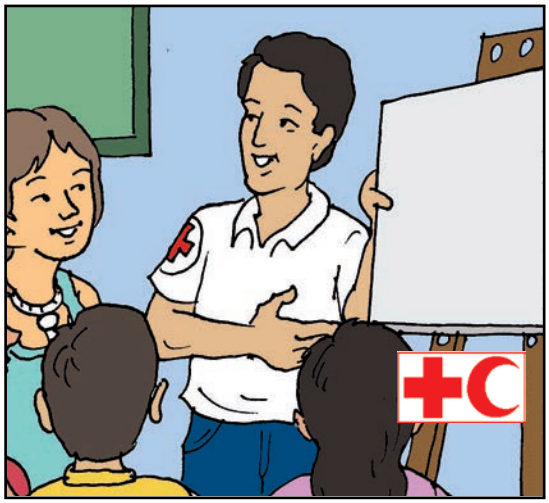
∑ **Mejorar la capacidad de las comunidades vulnerables para hacer frente a los desastres mediante estrategias de preparación para desastres basadas en la comunidad** que se apoyen en las estructuras, las prácticas, las aptitudes y los mecanismos de intervención locales. Partiendo del reconocimiento de que el enfoque comunitario es la mejor garantía para llevar a cabo el mejoramiento sostenible de la preparación para desastres, la población en peligro deberá participar en la planificación y la preparación para desastres.

En ese proceso, deberán tenerse en cuenta las peculiaridades de hombres y mujeres, las diversas generaciones y las necesidades de grupos vulnerables, como los discapacitados.

∑ **Hacer lo posible por proporcionar los recursos financieros, materiales y humanos necesarios para realizar actividades de preparación para desastres adecuada y sostenible.** En particular, sacarán el máximo provecho de la ventaja estratégica de la Federación Internacional para movilizar todos los recursos disponibles y establecer redes regionales de Sociedades Nacionales que fortalezcan los efectos colectivos de las actividades de preparación para desastres de la Federación.

2.4.4 Responsabilidades

Incumbe a las Sociedades Nacionales y a la Federación Internacional asegurarse de que todas las actividades y programas de preparación para desastres se lleven a cabo de conformidad con la presente política; de que todo el personal y los voluntarios que participen en esos programas conozcan la finalidad y el contenido de esta política y de que todos los interlocutores gubernamentales, intergubernamentales y no gubernamentales estén debidamente informados al respecto.



Referencia

La presente política, que fue aprobada por la Asamblea General de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja en su duodécimo período de sesiones, el 26 de octubre de 1999, sustituye a todas las políticas sobre preparación para desastres establecidas anteriormente.

Capítulo 3

Grupos vulnerables en situaciones de emergencias

Los grupos más frecuentemente expuestos a riesgos en las situaciones de emergencia son las mujeres, los niños y niñas, las personas con retos especiales (físicos o mentales) y las personas con VIH o sida. Por lo cual las medidas de preparación frente a un posible desastre y las decisiones que se toman para la protección adecuada y oportuna de esos grupos antes, durante y después de esos eventos pueden significar la diferencia entre conservar la salud y la vida, y el sufrimiento de daños físicos y emocionales mayores.

3.1 Conceptualización de grupos vulnerables[7]

El concepto de vulnerabilidad se aplica a aquellos sectores o grupos de la población que por su condición de edad, sexo, estado civil y origen étnico se encuentran en condición de riesgo que les impide incorporarse al desarrollo y acceder a mejores condiciones de bienestar.

Nunca se está suficientemente preparado para cuando ocurre una situación de emergencia. Esto es aún más crítico para las mujeres que están embarazadas, los niños y las niñas, las personas que enfrentan retos especiales por causas físicas o mentales, los adultos mayores y las personas con VIH o Sida. Sin embargo, las medidas de preparación frente a un posible desastre y las decisiones que se toman para la protección adecuada y oportuna de esos grupos antes, durante y después de esos eventos pueden significar la diferencia entre conservar la salud y la vida, y el sufrimiento de daños físicos y emocionales mayores.

3.2 Grupos Vulnerables en salud en Situaciones de Emergencias

Los grupos más frecuentemente expuestos a riesgos en las situaciones de emergencia son las mujeres, los niños y niñas, las personas con retos especiales (físicos o mentales) y las personas con VIH o Sida. 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.

Adicionalmente, es indispensable tener en cuenta que existen necesidades de salud cuya atención no debe ser interrumpida o, menos aún, suspendida por largo plazo por razón de una emergencia, tal es el caso de las embarazadas que requieren atención prenatal, del parto y del puerperio, las personas usuarias de servicios de planificación familiar que requieren suministro ininterrumpido de métodos anticonceptivos, los niños que necesitan la protección de las vacunas y de una buena nutrición, aquellas personas que requieren de asistencia especial por sufrir alguna forma de limitación física o mental y los adultos mayores, muchos de los cuales sufren de enfermedades crónicas o con tendencia a la cronicidad que son dependiente de medicación y control adecuados y/o enfermedades que producen deterioro de las capacidades mentales y neurológicas (Artritis, Diabetes Mellitus, Enfermedad Vascular Cerebral, Insuficiencia Respiratoria, Tumores, Enfermedad de Parkinson, Enfermedad de Alzheimer, entre otras)

[7] Normas de OPS para actuar en desastres, grupos con necesidades especiales, 1998

3.3 Recomendaciones de cada uno de los grupos vulnerables

Tabla 3.1 vulnerabilidades de los grupos de población

Grupo vulnerable	Descripción de la vulnerabilidad
Mujeres	La posición social de la mujer está mejorando, sin embargo hay un gran trecho por recorrer en educación, salud, ingresos, empleo, participación social y liderazgo. Esta desventaja social es una forma de vulnerabilidad que agrava los efectos de los desastres en dicha población. La pobreza femenina es una forma adicional de vulnerabilidad. Es ampliamente reconocido que los hogares encabezados por mujeres son más pobres que otros tipos de hogares. Esta asociación ha sido documentada tanto en América Latina como en otras regiones (Buvinic y Rao Gupta, 1997). La vulnerabilidad de género tiene, entonces, dimensiones sociales y económicas.
Mujeres Embarazadas	La medida más simple, dramática y sensible de la posición de la mujer en la sociedad sigue siendo la tasa de mortalidad materna, que a su vez refleja, además de un inadecuado acceso a servicios de salud antes, durante y después del parto, los daños nutricionales a través de la vida reproductiva y los efectos de una educación sub-óptima (CELADE, 1996). La mortalidad materna también podría estar asociada con la violencia contra la mujer en el contexto doméstico. Las mujeres embarazadas en situaciones de emergencias son susceptibles a sufrir graves daños, ya que enfrentan retos significativos relacionados con el acceso a los servicios básicos de salud (salud sexual y reproductiva), la violencia basada en género (VBG) de cual son objeto y las precarias condiciones de vida.
Niños y Niñas	En situaciones de emergencias los niños y niñas tienen bajas posibilidades de desarrollarse normalmente e integrarse funcionalmente a la sociedad, dadas ciertas condiciones familiares y sociales de alta vulnerabilidad vinculadas a los efectos de los desastres. Entre estos factores están los ambientes de inestabilidad familiar, deserción escolar, violencia sexual e intra familiar, trabajo prematuro y embarazo precoz, así como las características socio-económicas inestables con altos niveles de violencia, criminalidad y drogadicción, los cuales a su vez, provocan muertes prematuras y perpetúan el ciclo de pobreza. La seguridad alimentaria y nutrición, la salud (física y mental), la educación y una vivienda segura son indispensables para el desarrollo integral de niños y niñas, estos factores de desarrollo se ven seriamente afectados en situaciones de emergencias lo que puede producir el aumento de morbi-mortalidad infantil.

Grupo vulnerable	Descripción de la vulnerabilidad
Adultos/as Mayores	La vulnerabilidad en situaciones de emergencias de los adultos mayores (AM) se fundamenta básicamente en: el detrimento biofisiológico y sus implicaciones psicológicas relacionadas con la edad, enfermedades crónicas y dependencia de medicamentos, disminución de la interacción social, aislamiento, problemas neurológicos, precariedad de la relación con el trabajo, retiro del mundo del trabajo, la fragilidad de las redes sociales, la desvalorización, la desprotección y la violencia.
Personas con retos especiales	La pobreza, el desempleo, la inaccesibilidad a la educación, la salud y los servicios básicos, el estigma y la discriminación, la exclusión, la necesidad de cuidados y atención especializada, la dependencia a medicamentos, las barreras de comunicación, el abandono, la violencia entre otros factores hacen que las personas con retos especiales (físicos o mentales) sean un grupo considerado como "vulnerable" en situaciones de emergencia.
Las personas con VIH o Sida	Las personas/familias afectadas por el VIH y Sida tienen menos capacidad de respuesta y sufren pérdidas y consecuencias más graves; son más propensas a sufrir enfermedad y muerte como consecuencia del limitado acceso a alimentos, agua potable e higiene adecuada que aquellas personas cuyos sistemas inmunitarios funcionan. Las personas con VIH o Sida necesitan tratamiento de forma permanente. Los cuidadores pueden ser asesinados o heridos durante una emergencia, dejando atrás a niños que ya están en situación vulnerable a raíz de la infección por el VIH y Sida o la pérdida de sus padres a causa del Sida. Los sistemas de atención de la salud colapsan (ataques a centros de salud, incapacidad para proveer suministros, huida del personal de salud) y las poblaciones cuentan con limitado acceso a establecimientos de salud debido a que los caminos están bloqueados o minados y los recursos económicos son incluso más restringidos que lo normal. El estigma y la discriminación aunados a todo lo anterior hacen de las personas con VIH y Sida una población altamente vulnerable en situaciones de emergencia. 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 desastres poseen, y adquieren, habilidades y capacidades propias para afrontar la situación, las cuales han de ser reconocidas y apoyadas.

3.4 Recomendaciones para la atención a los grupos vulnerables

RECOMENDACIONES	DESCRIPCIÓN
Control de embarazadas y atención del parto en situaciones de emergencia	∑ En situaciones de emergencia es particularmente importante considerar la prevención de complicaciones del embarazo y evitar el parto atendido en condiciones inseguras que contribuyen a las causas de enfermedad y muerte de las mujeres en edad reproductivas, tanto en la fase de emergencias inmediata. ∑ Incluya las actividades que se mencionan a continuación entre los principales puntos a considerar para la preparación de las respuestas ante situaciones de emergencias. ∑ Promueva, la realización de un censo de registro para la identificación de mujeres embarazadas y puerperio en su área geográfica de responsabilidades; clasifique a las embarazadas según su edad gestacional y situación de riesgo. ∑ Promueva verifique la detención de personas en control prenatal con problemas que implican ALTO RIESGO OBSTETRICO. ∑ Identifique si en el área de responsabilidad, las unidades médicas de primero y segundo niveles de atención se encuentran en condiciones adecuadas de funcionamiento seguro de la situación del equipo y materia de trabajo. ∑ Verifique que se está proporcionando atención prenatal, principalmente para las mujeres de alto riesgo obstétrico. ∑ Haga la determinación del volumen de partos esperados en los próximos 30 días. ∑ En el área de emergencias, y determine el volumen de recursos necesarios para favorecer su atención en las mejores condiciones posibles. ∑ Identifique necesidades de materiales y equipo para la atención de partos y de recién nacidos, tanto por personal profesional, como para uso por las parteras tradicionales. ∑ Cerciórese de que las unidades médicas que atienden partos y los albergues habilitados para tal propósito cuentan con soluciones intravenosas y expansores de plasmas para reponer volumen circulante en caso de hemorragias. ∑ Verifique sea posible asegurar la atención del parto en condiciones limpias y la adecuada reanimación del recién nacido. ∑ Tome en cuenta que un número importante de partos pueden ser atendidos en el ámbito domiciliario. ∑ Identifique los sitios hacia donde puede efectuarse referencia de paciente en situación de riesgo caso de emergencias obstétricas, partos complicados y en general casos que requieran atención quirúrgica. ∑ Identifique para cada sitio diferentes vías de acceso posibles, desde las unidades médicas de menor complejidad y capacidad resolutiva.

RECOMENDACIONES	DESCRIPCIÓN
	∑ Informe a la población sobre las unidades médicas más cercanas, la forma de llegar a ellas y en su caso los requisitos para que las embarazadas y los recién nacidos reciban atención adecuada antes, durante y después de las situaciones de emergencia. ∑ Promueva entre la población el conocimiento de los signos de alarma durante el embarazo, el parto y el puerperio (sangrado, dolor, fiebre persistente, flujo de mal olor, etc.) para que acudan oportunamente a recibir atención. ∑ En la medida de lo posible establezca servicios de atención gineco-obstétrica con personal capacitado en los albergues y refugios temporales. ∑ Intensifique la aplicación de toxoide antitetánico a todas las embarazadas. ∑ Favorezca la dotación preferente de alimentos y suplementos alimentarios, si están indicados, para las mujeres embarazadas y las que se encuentran en periodo de lactancia. ∑ Promueva la dotación a los albergues y refugios temporales de recipientes para agua y material para desinfectarla, de tal manera que pueda ser utilizada en la higiene personal de las mujeres. ∑ Intensifique las acciones de promoción efectiva del apego precoz a la lactancia materna exclusiva. ∑ Identifique y registre los casos de recién nacidos en la localidad y localice aquellos que tuvieron algunos de los siguientes problemas: deficiente termorregulación, casos de insuficiencia respiratoria neonatal, así como los de bajo peso al nacimiento, asigne a estos casos vigilancia especial cotidiana. ∑ Tome las precauciones necesarias para asegurar la provisión de sangre segura para la atención de las emergencias obstétricas y traumatológicas. ∑ Verifique la elaboración y difusión de mensajes dirigidos a la población general que orienten hacia la protección de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como para la buena atención del recién nacido. ∑ Cerciórese de tener, en todo momento, materiales educativos respecto de las acciones de salud reproductiva que debe realizar la población en situaciones de emergencia, para que en caso de necesidad pueda apoyarse en ellos para la promoción de la salud.
Atención en anticoncepción y control de infecciones de transmisión sexual en situaciones de emergencia	∑ Existen estudios que muestran que a mayores niveles de tensión y ansiedad, la persona suele olvidar o suspender el uso de medidas de protección, como es el caso de los anticonceptivos, por otra parte, el clima de tensión emocional hace propicia la aproximación física entre las personas y con ello se incrementa la vulnerabilidad de la mujer frente a las relaciones sexuales no deseadas y no protegidas para evitar embarazos e infecciones de transmisión sexual, así mismo ocurren cambios en la expresión de las emociones y el comportamiento de las personas, que manifiestan frustración y angustia y que entre otras consecuencias generan actos de agresión física que se manifiestan también en lo sexual, y de nuevo principalmente en contra de las mujeres.

RECOMENDACIONES	DESCRIPCIÓN
	Por ello es necesario actuar con prontitud y certeza para contribuir eficazmente a la prevención de embarazos no planificados, no deseados o inclusive forzados. ∑ Incluya las actividades que se mencionan a continuación entre los principales puntos a considerar para la preparación de la respuesta ante situaciones de emergencia: ∑ Es indispensable que la población esté informada de que durante las situaciones de emergencia aumenta el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual y como protegerse de ellas. ∑ Verifique la disponibilidad de insumos anticonceptivos, incluyendo preservativos de látex. Se debe promover la utilización del condón de manera directa entre los hombres y entre las mujeres para contribuir de manera efectiva a la prevención de los embarazos no deseados, así como a reducir el riesgo de infecciones de transmisión sexual. ∑ Corrobore la existencia y promueva la aplicación permanente de las normas nacionales para la prevención, control y atención clínica de casos de infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/Sida ∑ Promueva la dotación de recipientes para agua y material para desinfectarla, de tal manera que pueda ser utilizada en la higiene personal de las mujeres. ∑ Tome las precauciones necesarias para asegurar la provisión de sangre segura para la atención de las emergencias obstétricas y traumatológicas. ∑ Incluya anticoncepción en el material a distribuir debido al aumento en la interrupción o suspensión del suministro y uso regular de métodos anticonceptivos y al incremento en casos de violencia sexual, es crucial que las mujeres tengan acceso a la anticoncepción de emergencia. ∑ Mantenga la entrega continua de métodos anticonceptivos hormonales, orales y inyectables y preservativos a los/as usuarios/as. ∑ Es importante revisar el estado de conservación de los materiales anticonceptivos antes de su distribución. ∑ Promueva el uso de métodos inyectables. Se recomienda el uso de anticonceptivos inyectables (preferiblemente) durante la etapa de emergencia en virtud de la limitada disponibilidad de agua para la limpieza y desinfección del instrumental y equipo médico que se utiliza para la inserción de dispositivos intra-uterinos, oclusión tubaria y vasectomía. ∑ Elabore y difunda mensajes dirigidos a la población general que orienten a la protección para evitar los riesgos a la salud y para la obtención de los servicios básicos correspondientes. ∑ Cerciórese de tener, en todo momento, materiales educativos respecto de las acciones de salud reproductiva que debe realizar la población en situaciones de emergencia para que en caso de necesidad pueda apoyarse en ellos para la promoción de la salud.

RECOMENDACIONES	DESCRIPCIÓN
Atención a los niños y las niñas en situaciones de emergencia	∑ Cuando ocurre una situación de emergencia los niños y las niñas sufren más los riesgos para su integridad física y su salud en virtud de sus limitaciones para la movilización oportuna. Sin embargo, las medidas de preparación ante un posible desastre y las decisiones que se tomen, para la protección adecuada y oportuna de los niños y las niñas antes, durante y después de estos eventos puede ser decisiva para conservar su salud y evitarle sufrimientos y daños físicos y emocionales mayores. ∑ Promueva la realización de un censo o registro de menores para la identificación de los niños y las niñas en su área geográfica de responsabilidad; clasifique los menores según su edad: recién nacidos (hasta los 30 días), menores de un año, de un año a cinco años y de cinco años y más. ∑ Identifique y registre los casos de recién nacidos en la localidad y localice aquellos que tuvieron algunos de los siguientes problemas: deficiente termorregulación, casos de insuficiencia respiratoria neonatal, así como los de bajo peso al nacimiento, asigne a estos casos vigilancia especial cotidiana. ∑ Establezca prioridades para la atención de los recién nacidos principalmente para aquellos que tengan problemas de control de la temperatura corporal. ∑ Promueva la lactancia materna exclusiva para los niños menores de seis meses. ∑ Favorezca la inmunización temprana de los menores y cerciórese de que se completen los esquemas de vacunación según las normas materiales o, en su defecto, utilice las normas del Programa Ampliado de inmunizaciones de la OPS. ∑ Asegure la buena nutrición de los niños y las niñas, vigile la protección de los menores mediante el suministro de suplementos alimentarios – si indicados – y la vigilancia nutricional. ∑ Cerciórese de la ingestión suficiente de líquidos de buena calidad por parte de los menores para evitar la deshidratación. ∑ Identifique los casos niños/as con diarrea e infecciones respiratorias, instaure el tratamiento adecuado según la normatividad nacional y realice la vigilancia de los casos hasta su recuperación. Haga la notificación al sistema de vigilancia epidemiológica de emergencias. ∑ Establezca mecanismos que prevengan la ocurrencia de accidentes, violencias y abuso hacia los niños y las niñas En la medida de lo posible establezca servicios de atención con personal capacitado en los albergues y refugios temporales.
Atención a personas que enfrentan retos especiales por causas físicas o mentales, o por edad avanzada en situaciones de emergencia	∑ Cuando ocurre una situación de emergencia las mujeres embarazadas, los niños y las niñas, así como las personas que enfrentan retos especiales por causas físicas especiales o mentales y los adultos mayores sufren más los riesgos ocasionados por los fenómenos naturales, en virtud de sus limitaciones para la limitación oportuna. Sin embargo las medidas de preparación frente a un posible desastre y las decisiones que se tomen para la protección adecuada y oportuna de estos grupos de personas antes, durante y después de estos eventos pueden significar la diferencia entre conservar la salud y la vida, y el sufrimiento de daños físicos y emocionales mayores.

RECOMENDACIONES	DESCRIPCIÓN

- Promueva la realización de un censo para la identificación de las personas que enfrentan retos especiales por causas físicas o mentales, incluyendo también a los adultos mayores frágiles (dependientes de terceros para la realización de sus actividades cotidianas).
- Establezca, en colaboración con las autoridades municipales, un registro de las personas que enfrentan retos especiales por causas físicas o mentales o por edad avanzada, clasificando las personas según sus capacidades individuales y sus necesidades de ayudas específicas.
- Fomente la realización de actividades de capacitación y adiestramiento dirigidos a las personas que enfrentan retos especiales por causas físicas o mentales y para los adultos mayores para que de acuerdo con sus capacidades individuales puedan hacer frente al auto satisfacción de algunas de sus necesidades en situaciones de emergencia.
- Elabore una lista de las entidades u organizaciones que tienen la responsabilidad primaria por el cuidado de las personas que enfrentan retos especiales por causas físicas o mentales y de los adultos mayores frágiles.
- En caso de necesidad identifique grupos de voluntarios y organizaciones interesadas en apoyar a las personas que enfrentan retos especiales por causas físicas o mentales y a los adultos mayores frágiles que vivan solos y carezcan e responsables primarios.
- En lo posible fomente la asignación voluntaria de responsables individuales para la atención de los adultos mayores y para la ayuda a las personas que enfrentan retos especiales por causas físicas o mentales. Fomente la participación de los varones en esta actividad, así como el apoyo inter generacional.
- Fomente la realización de actividades de capacitación y adiestramiento dirigidos a las personas en instituciones, entidades u organizaciones con responsabilidad primaria por el cuidado de las personas que enfrentan retos especiales por causas físicas o mentales y para los adultos mayores así como para los grupos de voluntarios para que puedan hacer frente a la protección de estos grupos en situaciones de emergencia.
- Promueva el establecimiento de redes de apoyo para personas que enfrentan retos especiales y por causas físicas y mentales y los adultos mayores.
- Verifique si los programas existentes para la atención a las poblaciones en situación de emergencia incluyen consideraciones especiales para las personas que enfrentan retos especiales por causas físicas o mentales y los adultos mayores.
- Fomente el establecimiento de planes específicos para la evacuación de adultos mayores y para las personas que enfrentan retos especiales por causas físicas o mentales en situación de emergencia.

Capítulo 4

Efectos generales de los desastres en la salud

Aunque todos los desastres son únicos en el sentido de que afectan a zonas con grados distintos de vulnerabilidad y en condiciones económicas, sanitarias y sociales peculiares, también existen similitudes entre ellos. La identificación de esos rasgos comunes puede usarse para mejorar la gestión de la asistencia humanitaria en salud y el uso de los recursos

4.1 Generalidades[8]

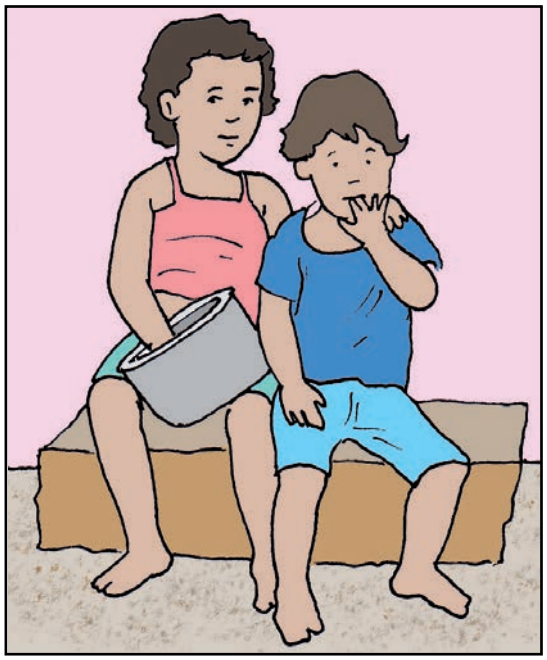
En el pasado se creía que los desastres súbitos no solo causaban mortalidad generalizada sino que, además, producían un trastorno social masivo y brotes de epidemias y hambrunas, dejando a los sobrevivientes totalmente a merced del socorro exterior. La observación sistemática de los efectos de los desastres naturales sobre la salud humana permitió llegar a conclusiones muy distintas, tanto en lo que se refiere a los efectos de los desastres sobre la salud como en cuanto a las formas más eficaces de proporcionar asistencia humanitaria.

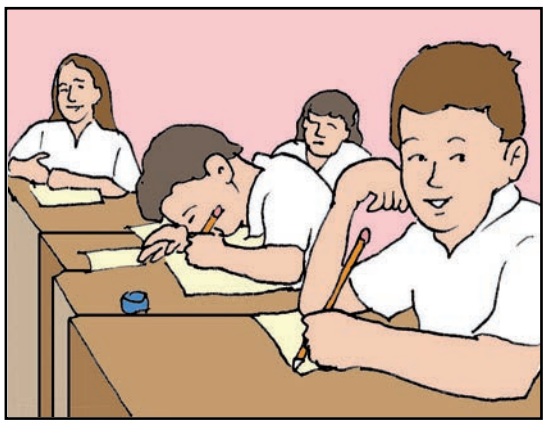
El término "desastre" suele aplicarse al fenómeno natural (por ejemplo, un huracán o un terremoto) combinado con sus efectos nocivos (por ejemplo, la pérdida de vidas o la destrucción de edificios). "Peligro" o "amenaza" se refiere al fenómeno natural y "vulnerabilidad", a la susceptibilidad de una población o un sistema a los efectos del peligro (por ejemplo, un hospital, los sistemas de abastecimiento de agua y de alcantarillado u otros aspectos de la infraestructura). La probabilidad de que un determinado sistema o población resulten afectados por los peligros se conoce como "riesgo". Por tanto, el riesgo depende de la vulnerabilidad y del peligro y la relación se expresa de la forma siguiente:

Riesgo = Vulnerabilidad x Peligro

Aunque todos los desastres son únicos en el sentido de que afectan a zonas con grados distintos de vulnerabilidad y en condiciones económicas, sanitarias y sociales peculiares, también existen similitudes entre ellos. La identificación de esos rasgos comunes puede usarse para mejorar la gestión de la asistencia humanitaria en salud y el uso de los recursos (Cuadro 1.1). Deben considerarse los aspectos siguientes:

1. Existe una relación entre el tipo de desastre y sus efectos sobre la salud, especialmente en lo que se refiere al impacto inmediato en la producción de lesiones. Por ejemplo, los terremotos provocan muchos traumatismos que requieren atención médica, mientras que las inundaciones y maremotos provocan relativamente pocos.





[8] Los desastres naturales y la protección de la salud OPS, 2000.

2. Ciertos efectos de los desastres suponen más bien un riesgo potencial que una amenaza inevitable para la salud. Así, los desplazamientos de la población y otros cambios del medio ambiente pueden incrementar el riesgo de transmisión de enfermedades; sin embargo, en general, las epidemias no se deben a desastres naturales.

3. Los riesgos sanitarios reales y potenciales posteriores a los desastres no se concretan al mismo tiempo; tienden a presentarse en momentos distintos y con una importancia variable dentro de la zona afectada. Así, las lesiones personales ocurren por lo general en el momento y el lugar del impacto y requieren atención médica inmediata, mientras que el riesgo de aumento de las enfermedades transmisibles evoluciona más lentamente y adquiere máxima intensidad cuando hay hacinamiento y deterioro de las condiciones de higiene.

4. Las necesidades de alimentos, ropa y refugio, y atención primaria de salud creadas por los desastres no suelen ser absolutas; incluso los desplazados suelen estar a salvo de algunas necesidades vitales. Además, los afectados suelen recuperarse con rapidez del estupor inicial y participan espontáneamente en la búsqueda, rescate y transporte de los heridos, y en otras actividades de socorro personal.

5. Las guerras y conflictos civiles generan un conjunto peculiar de problemas sanitarios y de obstáculos operativos. Estas situaciones no se contemplan con detenimiento en esta publicación.

CUADRO 1.1. Efectos a corto plazo de los grandes desastres. Comunes

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

La gestión eficaz del socorro humanitario en salud se basa en anticipar e identificar los problemas a medida que surgen y proveer los suministros específicos en los momentos adecuados y en los lugares donde son necesarios. La capacidad logística para transportar la mayor cantidad de bienes y personal desde el exterior a las zonas de desastre en América Latina y el Caribe es menos importante. El dinero constituye la donación más eficaz, sobre todo porque puede utilizarse para adquirir los suministros en el ámbito local.

4.2 Problemas sanitarios comunes a todos los desastres naturales

∑ **Reacciones sociales**

Cuando ocurre un gran desastre natural, la conducta de los afectados rara vez evoluciona hacia el pánico generalizado o la espera aturdida. Tan pronto como los sobrevivientes se recuperan de la conmoción inicial y comienzan a actuar de forma positiva para alcanzar metas personales bien definidas, se incrementa la acción individual espontánea pero sumamente organizada. los sobrevivientes de los terremotos suelen comenzar las actividades de búsqueda y rescate a los pocos minutos del impacto, y a las pocas horas ya suelen haberse organizado en grupos para transportar a los heridos a los puestos médicos. Solo en circunstancias excepcionales surgen comportamientos activamente antisociales como, por ejemplo, el saqueo generalizado.

Aunque cada persona piense que sus reacciones espontáneas son totalmente racionales, ellas pueden resultar perjudiciales para los intereses generales de la comunidad. Por ejemplo, en algunos casos, las personas que tenían la doble función de ser jefes de familia y personal sanitario no acudieron a sus puestos de trabajo hasta después de haber puesto a salvo a sus familiares y bienes.

Como los rumores abundan, sobre todo los referidos a epidemias, las autoridades pueden verse sometidas a una gran presión para adoptar medidas de emergencia tales como la vacunación masiva contra la fiebre tifoidea o el cólera sin un fundamento médico sólido. Además, muchas personas son reacias a aceptar las medidas que las autoridades consideran necesarias. Durante los períodos de alarma o después de ocurrir un desastre natural, la gente se rehúsa a la evacuación, incluso aunque sea probable que sus hogares puedan resultar destruidos o, de hecho, ya lo estén.

Esos patrones de comportamiento tienen dos implicaciones importantes para aquellos que deben tomar las decisiones relativas a los programas humanitarios. En primer lugar, es posible limitar o modificar los patrones de comportamiento y las demandas urgentes de asistencia si se mantiene debidamente informada a la población y se obtienen los datos necesarios antes de iniciar un programa prolongado de socorro. En segundo lugar, la propia población afectada será la que más colabore en el rescate y en la provisión de primeros auxilios, el transporte de los heridos a los hospitales, si ello es posible, la construcción de refugios temporales y la realización de otras tareas esenciales. Por tanto, los recursos adicionales deben destinarse a cubrir las necesidades que los sobrevivientes no pueden satisfacer por sí mismos.

∑ **Enfermedades transmisibles**

Los desastres naturales no suelen provocar brotes masivos de enfermedades infecciosas, aunque en algunas circunstancias aumentan las posibilidades de transmisión. A corto plazo, el aumento de la incidencia de enfermedades que se observa con mayor frecuencia obedece a la contaminación fecal del agua y los alimentos, lo que ocasiona mayormente enfermedades entéricas. El riesgo de brotes epidémicos de enfermedades transmisibles es proporcional a la densidad y el desplazamiento de la población, puesto que esos factores aumentan la demanda de abastecimiento de agua y alimentos. En el período inmediatamente posterior al desastre también crece el riesgo de contaminación, tal como sucede en los campamentos de refugiados, se interrumpen los servicios sanitarios existentes, como los de agua potable y alcantarillado, y resulta imposible mantener o restablecer los programas ordinarios de salud pública. A más largo plazo, en algunas zonas puede haber un aumento de las enfermedades transmitidas por vectores debido a la desorganización de las actividades correspondientes de control.

Es posible que las lluvias torrenciales y las inundaciones arrastren los insecticidas residuales de las paredes de los edificios y que aumente el número de criaderos de mosquitos; además, el desplazamiento de animales salvajes o domésticos hacia las proximidades de los asentamientos humanos supone un riesgo adicional de infecciones zoonóticas. En el caso de los desastres complejos, en los que son frecuentes la malnutrición, el hacinamiento y la ausencia de las condiciones sanitarias más básicas, han ocurrido brotes catastróficos de gastroenteritis (causados por cólera u otras enfermedades), tal como sucedió en Rwanda y Zaire, en 1994.

∑ **Desplazamientos de la población**

Cuando se producen grandes movimientos de población, espontáneos u organizados, se crea una necesidad urgente de proporcionar asistencia humanitaria. La población suele desplazarse hacia las áreas urbanas, donde los servicios públicos son incapaces de afrontar la llegada masiva de estas personas, con el consiguiente aumento de las cifras de morbilidad y mortalidad. Cuando el desastre destruye la mayoría de las viviendas, pueden producirse grandes movimientos de población dentro de las propias áreas urbanas porque los afectados buscan cobijo en los hogares de familiares y amigos. Las encuestas realizadas en los asentamientos y poblaciones de la periferia de Managua, Nicaragua, tras el terremoto de diciembre de 1972, indicaron que entre 80% y 90% de los 200.000 desplazados residían con sus familiares o amigos, entre 5% y 10% vivían en parques, plazas y solares vacantes y el resto lo hacía en escuelas y otros edificios públicos.

Tras el terremoto que sacudió a la Ciudad de México en septiembre de 1985, 72% de las 33.000 personas que quedaron sin hogar encontraron refugio en las zonas próximas a sus moradas destruidas. La presencia persistente de refugiados y poblaciones desplazadas es más probable en los casos de conflictos internos, como los sucedidos en América Central en los años ochenta o en Colombia en la década de 1990.

∑ **Exposición a la intemperie**

Los peligros sanitarios asociados a la exposición a los elementos no son grandes en los climas templados, ni siquiera después de los desastres. Mientras se mantenga a la población en lugares secos, razonablemente bien abrigada y protegida del viento, las defunciones por exposición a la intemperie no parecen constituir un riesgo importante en América Latina y el Caribe. En consecuencia, la necesidad de proporcionar refugios de emergencia depende en gran medida de las circunstancias locales.

∑ **Alimentación y nutrición**

La escasez de alimentos en el período inmediatamente posterior al desastre suele deberse a dos causas. Por una parte, la destrucción de los depósitos de alimentos en la zona afectada reduce la cantidad absoluta de comida disponible y, por la otra, la desorganización de los sistemas de distribución puede impedir el acceso a los alimentos, incluso cuando no existe una escasez absoluta. Después de los terremotos la carencia generalizada de alimentos no es tan grave como para provocar problemas de nutrición.

Los desbordamientos de los ríos y las crecidas del mar suelen deteriorar las despensas de alimentos en los hogares y arruinar los cultivos, interrumpen la distribución y provocan serias penurias locales. La distribución de alimentos, al menos en el corto plazo, suele ser una necesidad importante y urgente aunque, en general, las importaciones o donaciones de alimentos en gran escala no suelen ser necesarias.

En los casos de sequías prolongadas, como las que ocurren en África, o en los casos de desastres complejos, las personas que quedan sin hogar y los refugiados suelen quedar completamente a expensas de los recursos alimentarios llegados desde el exterior durante períodos variables de tiempo. Según el estado nutricional general de esas poblaciones, puede ser necesario instaurar programas alimentarios de emergencia destinados principalmente a los grupos más vulnerables, como las mujeres embarazadas o que amamantan, los niños y los ancianos.

∑ **Abastecimiento de agua y servicios de saneamiento**

Los sistemas de abastecimiento de agua potable y los de alcantarillado son especialmente vulnerables a los desastres naturales y su destrucción o la interrupción de los servicios conllevan graves riesgos sanitarios. Esos sistemas son extensos, a menudo están en mal estado y expuestos a diversos peligros. Las deficiencias en la cantidad y calidad del agua potable y los problemas de eliminación de excretas y otros desechos traen como consecuencia un deterioro de los servicios de saneamiento que contribuye a crear las condiciones favorables para la propagación de enfermedades entéricas y de otro tipo.

∑ **Salud mental**

Inmediatamente después de los desastres, la ansiedad, las neurosis y la depresión no constituyen graves problemas de salud pública; por esa razón, las familias y vecindarios de las sociedades rurales o tradicionales pueden afrontarlos temporalmente. Por el contrario, los trabajadores humanitarios (voluntarios o profesionales) suelen constituir un grupo de alto riesgo. Siempre que sea posible, deben hacerse todos los esfuerzos necesarios para preservar la estructura social de las familias y las comunidades; asimismo, se desalienta enérgicamente el uso indiscriminado de sedantes o tranquilizantes durante la fase de socorro de emergencia. En las zonas industrializadas o metropolitanas de los países en desarrollo, existe un aumento significativo de los problemas de salud mental durante las fases de rehabilitación y reconstrucción a largo plazo, lo que obliga a tratarlos durante esos períodos.

∑ **Daños a la infraestructura sanitaria**

Los desastres naturales suelen producir graves daños a las instalaciones sanitarias y sistemas de abastecimiento de agua y alcantarillado, y tienen un efecto directo sobre la salud de las poblaciones que dependen de esos servicios. En el caso de hospitales y centros de salud cuya estructura es insegura, los desastres naturales ponen en peligro la vida de sus ocupantes y limitan la capacidad de la institución para proveer servicios a las víctimas. El terremoto que sacudió a la Ciudad de México en 1985 provocó el colapso de 13 hospitales. En solo tres de ellos murieron 866 personas, 100 de las cuales formaban parte del personal de salud; asimismo, se perdieron aproximadamente 6.000 camas de los establecimientos metropolitanos. En 1988, el huracán Mitch dañó o destruyó los sistemas de suministro de agua de 23 hospitales de Honduras y afectó a 123 centros de salud. Los desastres provocados por el fenómeno El Niño en el Perú entre 1997 y 1998 afectaron a casi 10% de los servicios de salud del país.

4.3 Problemas inmediatos de salud vinculados con el tipo de desastre

∑ **Terremotos**

Debido a la destrucción de las viviendas, los terremotos pueden provocar numerosas defunciones y lesiones. El resultado depende fundamentalmente de tres factores. El primero es el tipo de vivienda. Las casas construidas con adobe o piedra en seco o sin refuerzo de mampostería, aunque sean de un solo piso son muy inestables y su colapso cobra muchas víctimas. Se ha comprobado que los edificios de construcción liviana, especialmente los de estructura de madera, son mucho menos peligrosos. Por ejemplo, después del terremoto de 1976 en Guatemala, una encuesta realizada en un pueblo de 1.577 habitantes reveló que las 78 defunciones y heridas graves que ocasionó el terremoto afectaron a las personas que residían en viviendas de adobe, mientras que sobrevivieron las personas que habitaban en edificios con estructura de madera. En el terremoto que asoló a los pueblos bolivianos de Aiquile y Totora en 1988, 90% de las defunciones fueron consecuencia del derrumbamiento de casas de adobe.

El segundo factor se vincula con la hora del día en que ocurre el terremoto. La noche resultó especialmente letal en los terremotos de Guatemala (1976) y Bolivia (1998), en los que la mayor parte de los daños ocurrieron en casas de adobe. En las zonas urbanas, en las que los edificios de vivienda están bien construidos pero no así las escuelas u oficinas, los terremotos diurnos provocan tasas de mortalidad más altas. Ese fue el caso del terremoto que sacudió a dos ciudades de Venezuela en 1997. En Cumaná se desplomó un edificio de oficinas y en Cariaco resultaron destruidas dos escuelas; esos edificios fueron los sitios donde ocurrió el número mayor de defunciones y lesiones. El tercer factor es la densidad de la población: en las zonas más densamente pobladas suele ocurrir el mayor número total de defunciones y lesiones.

Existen grandes variaciones dentro de las propias zonas afectadas por los desastres. Mientras que en ocasiones la mortalidad puede asolar a 85% de la población ubicada cerca del epicentro de un terremoto, la proporción de defunciones y lesiones disminuye a medida que aumenta la distancia entre la población y el epicentro del fenómeno. Asimismo, algunos grupos de edad resultan más afectados que otros:

Los adultos con buena salud están más a salvo que los niños pequeños y los ancianos, cuyas probabilidades de protegerse a sí mismos son menores. No obstante, 72% de las defunciones provocadas por el derrumbe de edificios durante el terremoto de México en 1985 correspondieron a personas de 15 a 64 años (Cuadro 1.2).

Después de los terremotos pueden ocurrir desastres secundarios que aumentan el número de víctimas que requieren atención médica. Aunque históricamente el fuego constituye el mayor riesgo, en las últimas décadas fueron raros los incendios posteriores a los terremotos que causaron daños personales masivos. No obstante, entre las consecuencias del terremoto que asoló a Kobe, Japón, en 1995, se produjeron más de 150 incendios a los que se atribuyeron unas 500 defunciones y daños en aproximadamente 6.900 estructuras.

El bloqueo de las calles por los edificios derruidos y los escombros, así como los graves daños sufridos por el sistema de suministro de agua, dificultaron los esfuerzos encaminados a apagar el fuego. Se dispone de escasa información sobre el tipo de lesiones causadas por los terremotos pero, sea cual fuere el número de víctimas mortales, la pauta general probablemente sea la de un gran número de personas con contusiones de menor importancia, un grupo más reducido con fracturas simples y una minoría con fracturas múltiples graves o lesiones internas que requieren atención quirúrgica u otro tipo de tratamiento intensivo.

Por ejemplo, después del terremoto de México de 1985, el número de pacientes tratados por los servicios médicos de emergencia fue de 12.605, de los cuales 1.879 (14,9%) necesitaron hospitalización y, aunque algunos casos fueron de rutina, la mayoría permaneció en el hospital durante 24 horas. La mayor parte de la demanda de servicios de salud tiene lugar en las primeras 24 horas siguientes al fenómeno. Los heridos suelen acudir a los servicios médicos solo durante los primeros 3 a 5 días; transcurridos los cuales, las pautas de presentación vuelven casi a la normalidad. Un buen ejemplo de la importancia crucial de la cronología de la atención de emergencia oportuna se observa en el número de admisiones a un hospital de campo después del terremoto de 1976 en Guatemala.

CUADRO 1.2. Distribución de las defunciones según grupos de edad después del terremoto de la ciudad de México en Septiembre de 1985. [a]

Grupo de edad (años)	Defunciones	Porcentaje de defunciones
Menores de 1 año	173	4.8
1 – 4	143	4.0
5 – 14	287	8.0
15 –24	770	21.6
25 – 44	1,293	36.1
45- 64	519	14.5
65 o mas	226	6.3
No especificado	168	4.7
Total	3,579	100.0

a Cuerpos de recuperados de los edificios derrumbados entre el 19 de septiembre y el 29 de octubre de 1985

Fuente México, D.F. Departamento de Justicia, Fiscalía General, Dirección General de Investigación.

El número de ingresos cayó de manera pronunciada a partir del sexto día, a pesar de la búsqueda intensiva de damnificados en las zonas rurales remotas.

Los pacientes tienden a acudir en dos oleadas; en la primera, se presentan las víctimas provenientes de la zona inmediata al establecimiento médico y, en la segunda, llegan los casos enviados al establecimiento a medida que se van organizando las operaciones de socorro en las zonas más distantes.

∑Vientos destructivos

El número de muertes y lesiones provocadas por los vientos destructivos suele ser escaso, a menos que la situación se complique con tales desastres secundarios como inundaciones o crecidas del mar a las que esos vientos suelen asociarse. Las advertencias eficaces previas a la llegada de la tormenta de viento limitan la morbilidad y la mortalidad, y la mayoría de las lesiones suelen ser relativamente menores. Las consecuencias más graves de los huracanes y las tormentas tropicales en la salud pública se deben más a las lluvias torrenciales y las inundaciones que al viento mismo. Tras el huracán Mitch de 1998, el número de muertes, estimado en 10.000 en los países de América Central, se debió principalmente a las inundaciones y los torrentes de lodo.

∑ Inundaciones repentinas, crecidas del mar y tsunamis

Estos fenómenos suelen causar una gran mortalidad pero dejan una estela relativamente escasa de lesiones graves. La mayoría de las defunciones se deben a ahogamientos y son más comunes entre los miembros más débiles de la población. Más de 50% de las muertes ocurridas en Nicaragua tras el paso del huracán Mitch en 1998 se debieron a las inundaciones y torrentes de lodo procedentes de las laderas del volcán Casitas.

∑ Volcanes

Hay volcanes en todo el mundo y son muchas las personas que viven en su proximidad. El fértil suelo volcánico es bueno para la agricultura y resulta atractivo para el establecimiento de ciudades y pueblos. Además, los volcanes pasan por largos períodos de inactividad y varios generadores ignoran la experiencia de una erupción. Esa situación hace que la población sienta un cierto grado de seguridad pese al peligro de vivir cerca de un volcán. La dificultad para predecir cuando se producirá una erupción hace más compleja su prevención.

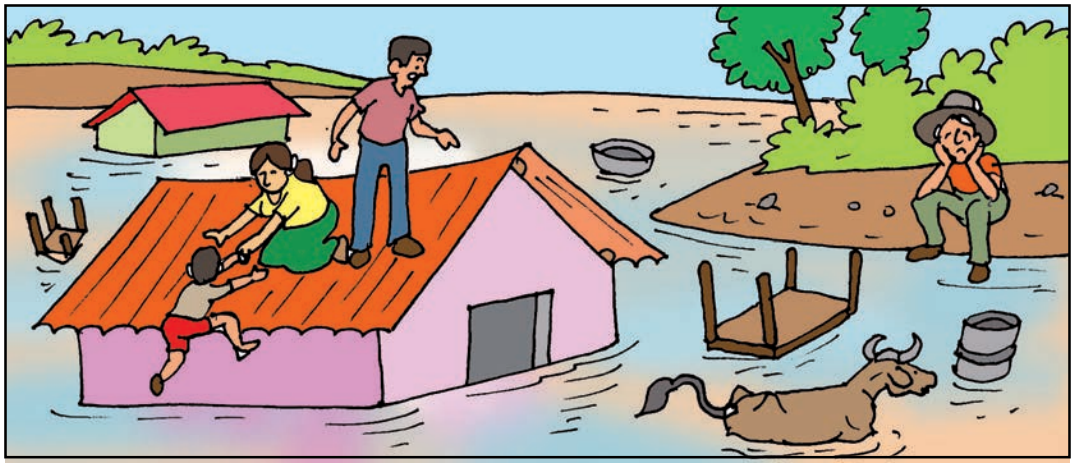
Las erupciones volcánicas afectan a la población y a la infraestructura de muchas formas. Las lesiones traumáticas inmediatas suelen deberse al contacto con el material volcánico pues las cenizas sobrecalentadas, los gases, las rocas y el magma suelen causar quemaduras suficientemente graves como para provocar la muerte inmediata. Por su parte, la caída de rocas y piedras suele ocasionar fracturas óseas y otras lesiones por aplastamiento y la inhalación de los gases y humos suele producir trastornos respiratorios.

Los establecimientos sanitarios y otros edificios e infraestructuras pueden resultar destruidos en cuestión de minutos si se encuentran en el camino del fluido piro clástico y los lahares. Las cenizas que se acumulan en los tejados de las casas pueden aumentar en gran medida el riesgo de derrumbamiento. La contaminación ambiental (por ejemplo, del agua y los alimentos) con cenizas volcánicas altera las condiciones de salud ambientales, y ese efecto se complica cuando se debe evacuar a la población y alojaría en albergues provisorios.

Cuando la fase eruptiva se prolonga y se mantiene durante varios años, como sucedió en la isla caribeña de Montserrat cuando el volcán Souñere entró en erupción en julio de 1995, se producen trastornos de salud de importancia creciente como el aumento del estrés y la ansiedad en la población sobreviviente.

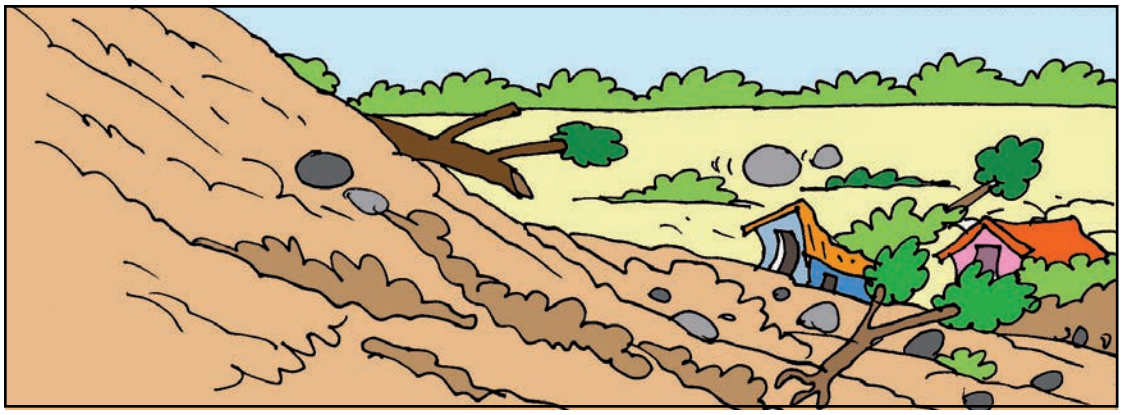
La inhalación prolongada de cenizas ricas en silicio también puede ocasionar silicosis pulmonar años después de la erupción. Uno de los desastres más devastadores padecidos en América Latina fue la erupción del volcán Venado del Ruiz, que tuvo lugar en Colombia en noviembre de 1985.

El calor y las fuerzas sísmicas fundieron una parte de la cubierta de hielo del volcán y produjeron un lahar enorme que enterró a la ciudad de Armero, mató a 23.000 personas e hirió a otras 1.224. Además, resultaron afectados aproximadamente 1.200 Km.2 de tierra agrícola de primera en la base del volcán.



∑ **Inundaciones**

La morbilidad y la mortalidad inmediatamente posteriores a las inundaciones lentas y progresivas son limitadas. Aunque se trata de datos sin confirmar, se notificaron aumentos leves del número de defunciones provocadas por mordeduras de serpientes venenosas. Los traumatismos causados por las inundaciones son escasos y solo requieren una limitada atención médica. Pese a que las inundaciones no suelen provocar aumentos de la frecuencia de enfermedades, sí pueden dar lugar a brotes de enfermedades transmisibles como consecuencia de la interrupción de los servicios básicos de salud pública y el deterioro general de las condiciones de vida. Ese efecto despierta una preocupación especial cuando la inundación se prolonga, tal como ocurrió con los desastres provocados por el fenómeno El Niño.



∑ **Aludes**

Los aludes se han convertido en desastres cada vez más frecuentes en América Latina y el Caribe. La deforestación intensa, la erosión del suelo y la construcción de asentamientos humanos en zonas propensas a experimentar deslizamientos de tierra provocaron varios episodios catastróficos en los últimos años, tanto en las zonas urbanas como en las rurales. Las lluvias que acompañaron a la tormenta tropical Bret desencadenaron aludes en barrios pobres de los suburbios de Caracas, Venezuela, en agosto de 1993, causaron por lo menos 100 defunciones y dejaron a 5.000 personas sin hogar. El pueblo de mineros de oro de Llipi en Bolivia sufrió un elevado número de víctimas en 1992, cuando un alud de tierra sepultó a toda la aldea y mató a 49 personas. Además, la deforestación tuvo un importante papel en el desastre y favoreció el hundimiento de los túneles de las minas. Un desastre similar ocurrido en la región minera de oro en Nambija, Ecuador, cobró 140 vidas humanas en 1993.

En general, este tipo de fenómeno provoca una elevada mortalidad pero pocas lesiones. Si existen estructuras sanitarias (hospitales, centros de salud o sistemas de abastecimiento de agua) en el camino del deslizamiento, estas quedarán gravemente dañadas o destruidas.

Capítulo 5

Vigilancia epidemiológica y control de enfermedades

La vigilancia epidemiológica consiste esencialmente en el acopio de datos de importancia crítica para la planificación, ejecución y evaluación racional de actividades de salud púcblica. La epidemiología de desastres es una disciplina relativamente reciente que trata de desarrollar un enfoque sistemático para medir los efectos que una catástrofe causa en la salud y orientar las acciones más eficaces y pertinentes en cada caso.

5. Definición de vigilancia epidemiológica[9]

La recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre algunas condiciones de salud de la población. El análisis e interpretación de los datos debe proporcionar bases para la toma de decisiones, y al mismo tiempo ser utilizada para su difusión.

Tipos de Vigilancia Epidemiológica (VE)

- **VE de carácter universal,** en el cual la totalidad del número de casos de una población definida se incluye en el sistema. Se conoce como "basado en la población", y toma en cuenta todos los casos que se presentan.

- **VE basado en muestras de casos**, en el que la información se obtiene de una parte del total de casos o eventos. Se necesita garantizar la representatividad que permita hacer inferencias sobre todos los posibles casos que ocurren en la población.

- **VE basado en revisión de registros institucionales,** en el que se revisan periódicamente los registros institucionales, con el propósito de analizar e identificar las variables de interés.

- **VE por encuestas** en el cual la información se obtiene a través de cuestionarios enfocados hacia una temática específica, en un período de tiempo y a intervalos predefinidos.

- **VE de carácter centinela** en el cual una o más instituciones se escogen para determinar la tendencia, focalizar actividades de VE y sugerir intervenciones preventivas.

- **VE de laboratorios,** a través del cual se puede obtener información, por ejemplo, alcoholemia en víctimas de heridas u homicidios, o información toxicológica en el caso de suicidios o lesiones. Se usa para confirmar diagnósticos o para evidenciar factores de riesgo adicionales.

[9] Los desastres naturales y la protección de la salud OPS, 2000.

5.1 Riesgo de brotes de enfermedades después de un desastre

Los desastres naturales pueden aumentar el riesgo de enfermedades evitables debido a los cambios que producen en los siguientes aspectos:

Tabla 5.1 Aspectos y riesgos de enfermedades por desastres

Nº	ASPECTOS	DESCRIPCIÓN
1	**Densidad de población**	El hacinamiento, en sí, aumenta la posibilidad de transmisión de enfermedades transmitidas por el aire. En parte, esto causa el incremento de la incidencia de infecciones respiratorias agudas que se dan después de un desastre. Además, los servicios de salud disponibles suelen no dar a basto para atender los aumentos repentinos de población.
2	**Desplazamiento de la población**	El desplazamiento de las víctimas de un desastre puede introducir las enfermedades transmisibles a las que las poblaciones emigrantes o autóctonas sean susceptibles
3	**Interrupción y contaminación del abastecimiento de agua y de los servicios de saneamiento**	Los sistemas de abastecimiento de agua, electricidad y alcantarillado son especialmente vulnerables y pueden quedar dañados por los desastres naturales. Por ejemplo, después del terremoto de 1985 en Ciudad de México, millones de residentes permanecieron sin agua potable, incluso durante semanas. Además, el agua potable se contamina debido a rupturas en las cañerías de alcantarillado o si hay cadáveres de animales en las fuentes de donde procede.
4	**Desorganización de los programas de salud pública**	Después de un desastre, tanto el personal de salud como los fondos destinados a la salud suelen destinarse hacia las actividades de socorro. Si no se mantienen o se restablecen lo antes posible los programas regulares de salud pública (por ejemplo, programas de control de vectores o de inmunización), la transmisión de enfermedades contagiosas aumentará en las poblaciones desprotegidas.
5	**Cambios ecológicos que favorecen el desarrollo de los vectores**	Los períodos de lluvias fuera de lo normal, con o sin inundaciones, probablemente aumenten la densidad de población de los vectores. Ello puede suponer la proliferación de los criaderos de mosquitos o la introducción de roedores en áreas inundadas.
6	**Desplazamiento de animales domésticos y salvajes.**	Así como sucede con las poblaciones humanas, las poblaciones de animales se desplazan a menudo como consecuencia de los desastres naturales, llevando con ellas zoonosis que pueden ser transmitidas tanto al hombre como a otros animales.
7	**Provisión de emergencia de alimentos, agua y refugio en las situaciones de desastre.**	Es frecuente que las necesidades básicas de la población se cubran a partir de fuentes nuevas o distintas. Es importante garantizar que estas nuevas fuentes sean seguras y que no constituyan, en sí, focos de enfermedades infecciosas. Los brotes de gastroenteritis, que son las enfermedades que se notifican más frecuentemente en los períodos posteriores a los desastres, están íntimamente relacionados con los primeros tres factores antes mencionados. En las poblaciones desplazadas también aumenta la incidencia (o al menos la notificación) de enfermedades respiratorias agudas. Las enfermedades transmitidas por vectores pueden no aparecer inmediatamente, ya que suelen tardar varios meses en alcanzar niveles de epidemia. Debe señalarse que, después de un desastre de impacto repentino, el riesgo de contraer estas enfermedades es tan grave para los trabajadores humanitarios como para las víctimas.

Los principios para prevenir y controlar las enfermedades transmisibles después de un desastre son:

- ∑ Poner en práctica lo antes posible todas las medidas de salud pública encaminadas a reducir el riesgo de transmisión de enfermedades.
- ∑ Organizar un sistema fidedigno de notificación de enfermedades que permita identificar los brotes y poner rápidamente en marcha las medidas de control.
- ∑ Investigar de inmediato todos los informes sobre brotes de enfermedades. Una clarificación rápida de la situación evitará la dispersión innecesaria de los escasos recursos y la desorganización de los programas rutinarios.

5.2 Establecimiento de un sistema de vigilancia de enfermedades

En situaciones de emergencia, el sistema rutinario de vigilancia de las enfermedades o bien no está a la altura de las circunstancias, queda interrumpido como consecuencia directa del desastre o no puede proporcionar los datos con la rapidez suficiente como para permitir que se tomen decisiones adecuadas en el momento oportuno. Por tanto, se recomienda preparar, a nivel nacional, un sistema de vigilancia local basado en síndromes, que se pondrá en práctica provisionalmente después del desastre. Este sistema de notificación debe ser más flexible y rápido que el utilizado en circunstancias de rutina. El sistema de vigilancia rutinario debe restablecerse lo antes posible.

Con el fin de recoger e interpretar los datos, es esencial que un epidemiólogo del país disponga de suficiente personal epidemiológico y de apoyo administrativo con facilidades de trasladado a la zona del desastre, donde dispondrá de acceso prioritario a los servicios de laboratorio públicos y privados. Además del personal epidemiológico nacional, los departamentos universitarios, los centros de investigación y los organismos internacionales o bilaterales pueden proporcionar epidemiólogos adiestrados y apoyo de servicios de laboratorio nacional o regional.

El epidemiólogo nacional debe ser el secretario de un subcomité de vigilancia y control de enfermedades del Comité Sanitario de Emergencias. Este subcomité debe proporcionar una retroinformación directa a los hospitales y otros centros de salud que recogen los datos de vigilancia. El epidemiólogo más cercano a la unidad de notificación local deberá investigar lo antes posible todas las sospechas de brotes de enfermedades detectadas mediante el sistema de vigilancia. Mientras no llegue la ayuda epidemiológica, la investigación y las medidas de control iniciales serán responsabilidad de la unidad de salud local.

Deben recopilarse datos básicos de las áreas geográficas afectadas y de los riesgos de enfermedades (por ejemplo, si el cólera o el paludismo son endémicos), los recursos disponibles y las poblaciones vulnerables y afectadas. El epidemiólogo nacional y el coordinador del sector salud para la gestión de desastres deben decidir cuáles son los síndromes o enfermedades que han de incluirse en el sistema de vigilancia (por ejemplo, fiebre, fiebre y diarrea, fiebre y tos, traumatismos, quemaduras, sarampión, etc.). Todos los servicios de salud y refugios provisionales deben poner en práctica el sistema, utilizando para ello un formulario uniforme similar al que muestra la Figura 7.1.

Además de la información proporcionada por el sistema de salud, la información procedente de los trabajadores que brindan asistencia humanitaria, las organizaciones no gubernamentales, los grupos comunitarios y de otras fuentes no convencionales, como los relatos de los periódicos, incluidos los rumores no confirmados, son importantes señales de alarma.

5.3 Presentación e interpretación de los datos recogidos

La vigilancia después de un desastre no pretende proporcionar información precisa acerca de la incidencia de una enfermedad determinada. Sin embargo, es importante disponer de un sistema de alerta oportuna que establezca si en el área afectada ocurren un complejo de síntomas o enfermedades determinados

FIGURA 7.1. Informe diario de la vigilancia de enfermedades después de un desastre.

Fecha : ..... Nombre del Notificador : ....

Procedencia : ( ) Hospital ....

( ) Departamento ambulatorio ....

( ) Centro de Salud ....

( ) Clínica ....

( ) Otros (Especifique ....

Dirección	N° de teléfono

Número de nuevos Casos con	Menores de 5 años	Mas de 5 año	Total
1. Fiebre (100 °F ó 38 °C)			
2. Fiebre y tos			
3. Diarrea con sangre			
4. Fiebre y diarrea			
5. Vómitos y/o diarrea			
6. Fiebre y exantema			
7. Mordedura de perro			
8. Mordedura de serpiente			
9. Quemaduras			
10. Traumatismo			
11. Ictericia y diarrea			
12. Defunciones			
13. Otros Especificar:			

Comentarios .....

.....

Solo para centros de evacuación :

N° de personas ingresadas hoy

.....

.....

Informe de cambios significativos de los sistemas de suministro de agua/alimentos y saneamiento

.....

Esta indicación será la base de una investigación más profunda y, en caso necesario, conducirá a la implantación de medidas de control específicas.

Cuando la población afectada sea bien definida, como sucede en los campos de refugiados o de personas desplazadas, será posible e importante que el epidemiólogo nacional establezca las tasas y variación a través del tiempo.

Si el sistema de vigilancia después de un desastre antes mencionado resulta efectivo, este reflejará un aumento en el número de los casos de enfermedades y síndromes comunes como no comunes. Esto se debe al mayor número de unidades de registro, a la mayor concientización de la población y a una mayor cobertura prestada por los medios de comunicación. Sin embargo, ello no significa que las enfermedades hayan aumentado, sino que el registro de enfermedades ha mejorado en comparación con la situación antes del desastre.

Los informes negativos son tan importantes como los positivos, por lo tanto, cada una de las unidades de notificación deberá informar tanto si observa o no alguna enfermedad ("informe cero"). Los informes negativos demostrarán que la unidad funciona y que los recursos de salud pueden ser canalizados hacia otros lugares.

El epidemiólogo más cercano a la unidad de registro local debe investigar lo antes posible las sospechas de brotes de enfermedad detectadas por el sistema de vigilancia. En tanto que llega la ayuda epidemiológica, la investigación y las medidas de control iniciales son responsabilidad de la unidad de salud local.

Los resúmenes de los hallazgos de la vigilancia han de ser enviados al Comité Nacional de Emergencias, a los hospitales y a los servicios de salud y deberán llevarse a cabo las intervenciones necesarias para introducir las medidas de control necesarias, si estas superan la capacidad inmediata de los epidemiólogos (por ejemplo, grandes programas de saneamiento). Se debe mantener informada a la población del riesgo de enfermedades. Algunos países han cuestionado si una política abierta, mostrando la información disponible en Internet o en otro medio, es beneficiosa para la salud pública. Un campo aboga por limitar la diseminación a "datos validados" aprobados por las autoridades de salud.

Este enfoque no considera la necesidad de tener un acceso rápido a la información, ni el hecho de que la información "invalidada" acabará siendo de conocimiento público. Por tanto, se recomienda seguir una política abierta, estimulando a las organizaciones no gubernamentales y a las autoridades locales para que intercambien sus observaciones y hallazgos, por vía electrónica o por cualquier otra vía. En todos los casos, las personas que comunican datos deben citar sus fuentes.

El coordinador del sector salud para la gestión de desastres debe asesorar al Comité Nacional de Emergencias sobre las medidas de control a tomar para evitar la propagación de las enfermedades.

5.4 Servicios de laboratorio

Para alcanzar una buena gestión de la salud pública, es esencial disponer de acceso a servicios de laboratorio rápido, fidedignos e independientes. Es importante establecer la causa de cualquier manifestación de enfermedad, con objeto de que puedan ponerse en práctica las medidas de control adecuadas. Sin embargo, no es necesario que se hagan pruebas de laboratorio en los pacientes que presentan los mismos síntomas posteriormente. Los laboratorios deben ser capaces de diagnosticar las enfermedades que ocurren localmente y de absorber un aumento del número de muestras en caso necesario. Si no puede garantizarse el acceso a un laboratorio local, puede ser necesario recurrir a un laboratorio de referencia.

Algunas pruebas diagnósticas (huevos y parásitos en las heces, frotis de sangre pueden realizarse con un mínimo de tecnología en las unidades de salud en el terreno, pero otros estudios bacteriológicos y virológicos necesarios para la vigilancia deben ser efectuados por los laboratorios de referencia. Es importante establecer una coordinación con los laboratorios locales, regionales, nacionales o internacionales con el fin de disponer de los estudios diagnósticos necesarios para la vigilancia y el control de las enfermedades. Las dificultades de acceso a determinadas zonas pueden requerir que se establezcan disposiciones especiales para el transporte de muestras.

5.5 La vacunación y los programas de vacunación

Programas especiales

A menudo, las autoridades de salud se ven presionadas por el público y por fuerzas políticas para que pongan en marcha programas masivos de inmunización, sobre todo contra la fiebre tifoidea, el cólera y el tétanos. Esta presión puede aumentar si la prensa local o internacional publica informes exagerados sobre el riesgo de dichas enfermedades y por la "oferta" de vacunas del extranjero.

La fiebre tifoidea y el cólera

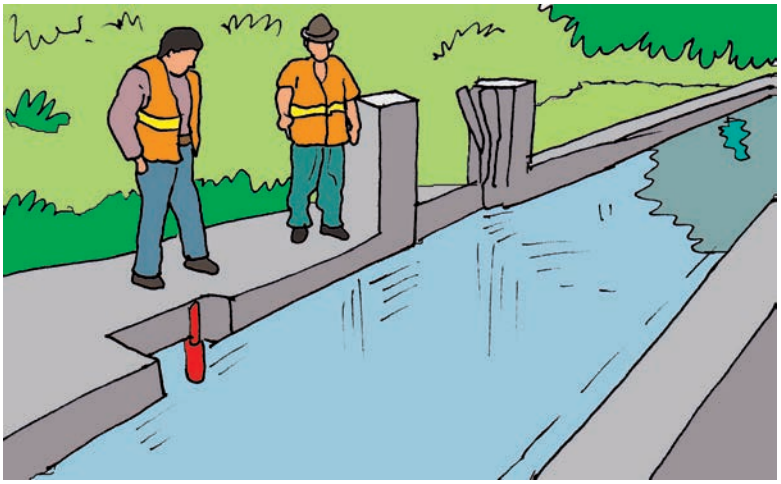
En América Latina y el Caribe, conviene evitar las campañas masivas de vacunación contra la fiebre tifoidea y el cólera que han sido improvisadas rápidamente, por varias razones:

1. La Organización Mundial de la Salud no recomienda el uso rutinario de las vacunas contra la fiebre tifoidea y el cólera en las áreas endémicas. Las nuevas vacunas para combatir a estas dos enfermedades son más eficaces pero, debido a que deben administrarse en dosis múltiples, su cumplimiento tiende a ser bajo. Además, aún no se ha demostrado que constituyan una medida eficaz de salud pública a gran escala. No obstante, en una situación de desastre podría recomendarse la vacunación de los trabajadores de salud. Un buen control médico debe basarse en la identificación efectiva de casos, en el tratamiento y en las medidas de saneamiento ambiental adecuadas.

2. Los programas de vacunación requieren muchos trabajadores que serían más útiles destinados a otros fines.

3. La supervisión de la esterilización y de las técnicas de inyección podría resultar imposible, por lo que el peligro podría ser mayor que el beneficio obtenido.

4. Los programas de vacunación masiva pueden crear una falsa sensación de seguridad sobre el riesgo de enfermedad que lleve al abandono de las medidas eficaces de control.



El suministro de agua potable salubre y la eliminación adecuada de excretas siguen siendo las estrategias más efectivas y prácticas para evitar el cólera y la fiebre tifoidea, por lo que deben constituir la primera prioridad después de un desastre.

Tétanos

No se ha observado un aumento importante en el número de casos de tétanos después de un desastre natural. La vacunación masiva contra el tétanos suele ser innecesaria. La mejor protección frente a esta enfermedad es el mantenimiento de un grado elevado de inmunidad en la población general mediante la vacunación rutinaria previa al desastre, junto a la limpieza y tratamiento apropiado y oportuno de las heridas.

Si un paciente que sufre una herida abierta fue vacunado contra el tétanos hace más de cinco años, la administración de toxoide tetánico será una medida preventiva eficaz. En los pacientes lesionados que no están vacunados, el toxoide tetánico solo deberá administrarse por decisión de un médico.

Programas regulares

Si se establecen programas de inmunización rutinarios en campamentos u otras áreas densamente pobladas en las que hay muchos niños, será prudente incluir la vacuna contra el tétanos, siguiendo las normas de salud pública, junto a los demás componentes del programa.

Sarampión, poliomielitis y otras enfermedades a erradicar

Los desastres naturales pueden obstaculizar el funcionamiento de los programas nacionales o regionales de erradicación del sarampión y la poliomielitis. La interrupción de dichos programas debe vigilarse cuidadosamente y, si es posible, evitarse. Los programas de prevención y control de la fiebre amarilla urbana, la peste bubónica y otras enfermedades transmitidas por vectores también deben continuarse, con el fin de evitar el posible brote o rebrote de las mismas.

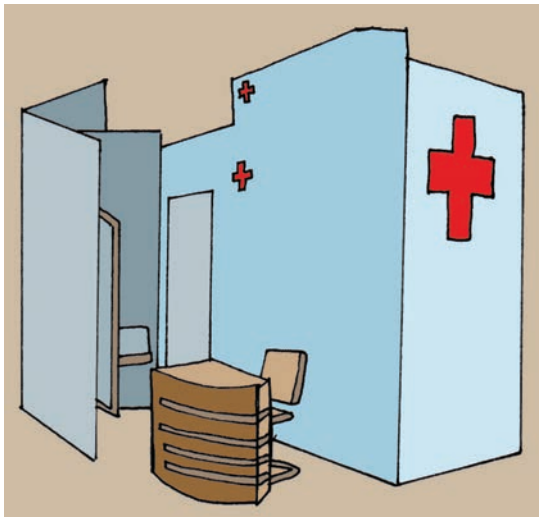
Importación y almacenamiento de vacunas.

Para que no pierdan su eficacia, la mayor parte de las vacunas, especialmente la del sarampión, han de permanecer refrigeradas y han de ser manipuladas con cuidado. Si no se dispone de una cadena de frío segura, sus componentes deben solicitarse al mismo tiempo que se piden las vacunas. Los donantes de estas, antes de enviarlas, deben comprobar que en el país receptor existe un sistema de refrigeración adecuado. Durante el período de emergencia, puede ser aconsejable que todas las vacunas importadas, incluidas las proporcionadas por organizaciones de voluntarios, sean remitidas a depósitos gubernamentales que dispongan de una cadena de frío adecuada.

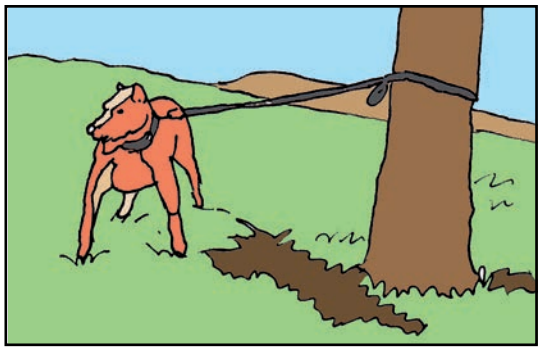
La decisión sobre la política de vacunaciones a adoptar debe tomarse al nivel nacional. Las organizaciones de voluntarios no deben optar por vacunar por su cuenta. Lo ideal es que la política nacional se incluya en el plan de desastres.

5.6 Transmisión de zoonosis

El desplazamiento de animales domésticos y salvajes aumenta el riesgo de transmisión de zoonosis, por lo que puede ser necesario recurrir a servicios veterinarios y de salud animal para evaluar los riesgos para la salud. La identificación y caracterización epidemiológica de las zoonosis son fundamentales para evaluar la posibilidad de que aparezcan estas enfermedades en las zonas afectadas por los desastres naturales. También es esencial establecer mecanismos de vigilancia para evitar los brotes o los casos humanos aislados.



Es frecuente que los dueños lleven consigo o instalen en las proximidades de los refugios provisionales a sus perros, gatos y otros animales domésticos. Algunos de estos animales constituyen reservorios de enfermedades como la leptospirosis, las rickettsiosis y la peste bubónica, que pueden transmitirse a través de los excrementos y la orina o mediante ectoparásitos que contaminan el agua o los alimentos.



Los animales salvajes son reservorios de infecciones que pueden ser mortales para el hombre. Después de un desastre natural, los animales salvajes se acercan a los asentamientos humanos en su búsqueda de alimento y seguridad, que incrementa los riesgos de transmisión de enfermedades tales como el síndrome de fiebre hemorrágica por Hantavirus, los arbovirus hemorrágicos, la encefalitis equina, la rabia e infecciones aún desconocidas en el hombre.

Capítulo 6

Salud reproductiva en emergencias

Durante una crisis, los efectos de la pobreza, la ineficacia y la inestabilidad social se intensifican y, por ende, aumenta la vulnerabilidad de las personas al VIH y Sida. A medida que la emergencia y la epidemia avanzan en forma simultánea, se produce la fragmentación de familias y comunidades, lo cual pone en peligro las relaciones estables. Con frecuencia, las normas sociales que regulan el comportamiento se debilitan. En tales circunstancias, mujeres y niños se enfrentan a un mayor riesgo de violencia y pueden verse obligados a tener relaciones sexuales para satisfacer necesidades básicas como comida, agua o incluso seguridad.

6.1 Introducción[10]

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) "la sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

> La sexualidad es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas del mundo animal que caracterizan cada sexo. También es el conjunto de fenómenos emocionales y de conducta relacionados con el sexo, que marcan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo

6.2 Salud sexual y reproductiva en situaciones de emergencia y desastres.

La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de de lo individual como de lo social. La salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades a dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR).

Un buen estado de SSR implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a tener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de los métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles, la eliminación de la violencia intrafamiliar y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a los servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención y control de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) incluyendo el Vih y Sida y de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona.

En situaciones de emergencia existen modificaciones en el patrón de prioridades y de respuesta de las personas frente a diferentes estímulos, las personas suelen olvidar o suspender el uso de medidas de protección como es el caso de los anticonceptivos, por otra parte, el clima de tensión emocional hace propicia la aproximación física entre las personas y con ello se incrementa la vulnerabilidad de la mujer frente a las relaciones sexuales no deseadas y no protegidas para evitar embarazos e infecciones de transmisión sexual, asimismo, ocurren cambios en la expresión de las emociones y el comportamiento de las personas, que manifiestan frustración y angustia y que, entre otras consecuencias, generan actos de agresión física que se manifiestan también en lo sexual, y de nuevo principalmente en contra de las mujeres.

[10] Salud sexual y reproductiva. PNUD, 2006.

Por ello es necesario actuar con prontitud y certeza para contribuir eficazmente a la prevención de embarazos no planificados, no deseados o inclusive forzados. Por lo tanto, la salud reproductiva implica un ciclo de vida para el individuo, que le permite nacer y desarrollarse como un niño, adolescente y adulto sano y posteriormente ser un padre o madre saludable capaz de engendrar un hijo sano.

6.3 La salud reproductiva

a. Acceso a servicios de planificación familiar, consejería e información
b. Atención prenatal, postnatal y en el parto,
c. Atención médica para los recién nacidos,
d. Tratamiento para las enfermedades del aparato sexual y e infecciones de transmisión sexual
e. Servicios para el aborto seguro, y tratamiento para las complicaciones relacionadas con el aborto
f. Prevención y tratamiento apropiado de la infertilidad, información, educación y consejo sobre la sexualidad humana, la salud reproductiva y la paternidad responsable.

6.4 La importancia de una maternidad segura en situaciones de emergencia.

Los derechos reproductivos incluyen el derecho de la mujer a decidir si queda embarazada y da a luz sin temor a morir o sufrir graves daños. Bajo las normas vinculantes de los derechos humanos, la mujer tiene derecho a la consejería y a la asistencia médica necesarias para sobrevivir el embarazo y el parto sin correr riesgos de sufrir enfermedades o lesiones severas.

Todas las mujeres tienen derecho a tener las condiciones necesarias para disfrutar de embarazos y partos seguros.

6.5 Métodos de planificación familiar recomendados en situaciones de emergencia

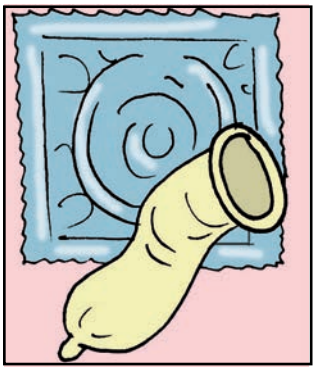
La planificación Familiar es una acción prioritaria de la Salud Reproductiva, que asegura a hombres y mujeres la posibilidad de decidir en forma libre y responsable, el número de hijos que deseen así como cuando y con qué frecuencia tenerlos. Incluye el derecho de las personas a ser informadas y a la elección libre de los métodos anticonceptivos disponibles.

Métodos de Anticoncepción:

∑ Son usados por parejas e individuos sexualmente activos para prevenir el embarazo.

6.5.1 Métodos de Barrera:

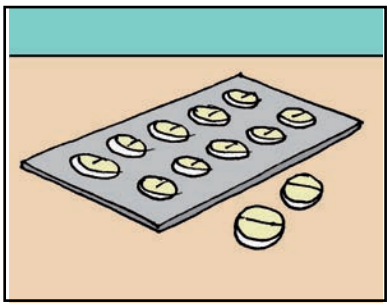
∑Condón Masculino



6.5.2 Métodos Hormonales

∑Inyección

∑Orales



6.6 Grupos vulnerables ante el VIH y Sida en situaciones de emergencia[11]

6.6.1 Mujeres	6.6.2 Niños y Niñas	6.6.3 Personas que ya viven con el VIH o Sida en emergencias
En casos de emergencias, las mujeres poseen un alto grado de vulnerabilidad al VIH y Sida. En situaciones de emergencia aguda en que existan hambre y una grave inseguridad alimentaria, las mujeres y las niñas pueden verse forzadas a mantener relaciones sexuales remuneradas u ocasionales, como estrategia de supervivencia para obtener acceso a alimentos y otras necesidades básicas. Además, el trastorno de las comunidades y familias, particularmente cuando las personas huyen de su tierra, implica el rompimiento de relaciones estables y la disolución de la cohesión social y familiar, lo cual facilita un contexto de nuevas relaciones con comportamiento de alto riesgo.	Las emergencias también agravan la vulnerabilidad de los niños afectados por la epidemia del VIH y Sida, entre ellos, huérfanos, niños infectados por el VIH y niños como jefes de familia. Las personas desplazadas y los niños refugiados se enfrentan a condiciones sociales y de medios de vida completamente nuevas junto con una ostensible vulnerabilidad, circunstancia que facilita la transmisión del VIH e intensifica los efectos del Sida sobre el bienestar. Las situaciones de emergencia también privan a los niños de oportunidades de estudio, como la de aprender acerca del VIH y Sida y de salud básica.	En general, las personas que ya tiene VIH o Sida se encuentran ante un mayor riesgo de sufrir deterioro físico durante una emergencia debido a que: Las personas que viven con el VIH o Sida son más propensas a sufrir enfermedad y muerte como consecuencia del limitado acceso a alimentos, agua potable e higiene adecuada que aquellas personas cuyos sistemas inmunitarios funcionan. Los sistemas de atención de la salud colapsan (ataques a centros de salud, incapacidad para proveer suministros, huida del personal de salud) y las poblaciones cuentan con limitado acceso a establecimientos de salud debido a que los caminos están bloqueados o minados y los recursos económicos son incluso más restringidos que lo normal.

Asegurar el acceso a atención básica de la salud para los más vulnerables

En tiempos de crisis, los servicios de salud a menudo se ven gravemente afectados y se desestabilizan con facilidad. Colapsan los sistemas de información sanitaria, disminuye la cobertura de salud, se dificulta la comunicación, se fragmentan los datos y es escasa la normalización.

[11] Normas de OPS para actuar en desastres, grupos con necesidades especiales, 1998

El coordinador sanitario debe asegurarse de que los dispensadores de salud (médicos, auxiliares médicos, personal de enfermería, nutricionistas) estén capacitados para brindar la atención adecuada y cuenten con el equipo y los insumos necesarios.

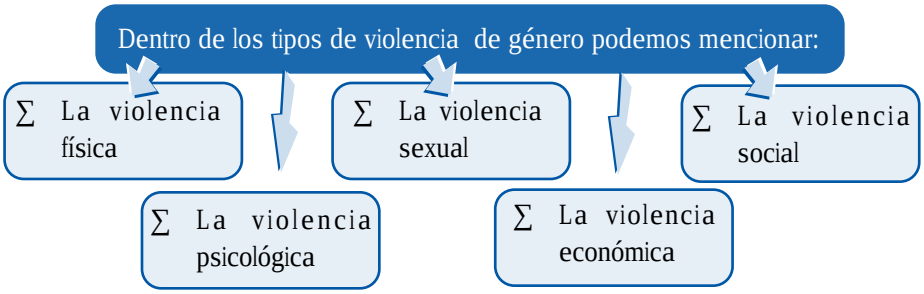
La falta de coordinación, la superpoblación de actores, las limitaciones de seguridad, y las prioridades contrapuestas contribuyen a ampliar la brecha entre las necesidades en aumento y los recursos en disminución.

Violencia Basada en Género (VBG)

La violencia basada en género (VBG) es uno de los abusos contra los derechos humanos y uno de los problemas de salud pública más difundidos en el mundo actual, que afecta a una de cada tres mujeres.

Es también una manifestación extrema de la desigualdad relacionada con el género, impuesta a las mujeres y a las niñas a causa de su posición subordinada dentro de la sociedad. Las consecuencias de la VBG a menudo son devastadoras y prolongadas y afectan la salud física y el bienestar mental de las mujeres y las niñas.

Al mismo tiempo, sus repercusiones ponen en peligro el desarrollo social de otros niños en la familia, de la familia como unidad, de las comunidades donde viven las personas afectadas y de la sociedad en general.



La violencia sexual y de género (VSG) es la violencia ejercida contra mujeres y hombres por el modo en que una sociedad asigna los roles y expectativas por razón de género. Esta forma de violencia incluye actos específicos contra la mujer, como acoso sexual, violación, mutilación de los genitales femeninos, golpizas a las esposas, matrimonio forzado y prostitución forzada (también denominada explotación sexual) y/o discriminación y maltrato por no ajustarse a las normas sociales.

Los ataques a la masculinidad de varones, como violación de hombres o mutilación de genitales, son también formas de violencia de género. Algunas de las características que a menudo acompañan la violencia en situaciones de emergencia son:

∑ La gran mayoría de los autores de la violencia son hombres; las mujeres y niñas corren el mayor riesgo con hombres que ya conocen.
∑ La violencia física casi siempre va acompañada de maltrato psicológico y, en muchos casos, de abuso sexual.
∑ La mayoría de las mujeres que sufren alguna agresión física de su pareja por lo general serán víctimas de múltiples actos de violencia con el paso del tiempo.
∑ La violencia contra las mujeres traspasa los límites de la clase socioeconómica, la religión y el origen étnico.
∑ Los hombres que golpean a sus parejas exhiben un marcado comportamiento de control sobre alguien.
∑ La violencia sexual y de género multiplica las posibilidades y probabilidades de propagar infecciones de transmisión sexual y el VIH y Sida. En situaciones de emergencia, la violación y las relaciones sexuales transaccionales son las manifestaciones más visibles de violencia sexual.

Proteger a los niños huérfanos y separados de sus padres

Los niños huérfanos o separados de sus padres corren un mayor riesgo de sufrir abuso y explotación o de ser reclutados en fuerzas de combate. En muchos casos, poseen limitado acceso a la enseñanza, la atención de la salud y necesidades básicas en comparación con sus pares que están con sus padres u otros adultos. Estos riesgos por lo general hacen que niños y niñas sean más vulnerables a la infección por el VIH. Se deben hacer todos los esfuerzos posibles por proteger a los niños del abuso y velar por la protección de sus derechos.

6.7 Transmisión del VIH y sida en situaciones de emergencia.

A partir de la información disponible hasta el presente, el pensamiento sobre la transmisión del VIH en contextos de emergencia es que:

- El riesgo de transmisión del VIH parece ser bajo en lugares que presentan bajas tasas de prevalencia del VIH en el inicio de una emergencia, y en aquellos donde las poblaciones permanecen aisladas. Este parece ser el caso incluso cuando existen altos niveles de comportamientos de riesgo, como la violación.
- En zonas afectadas por el desastre natural, el impacto del VIH depende de las tasas existentes de prevalencia del VIH y la capacidad de respuesta del gobierno, organismos internacionales, donantes y la sociedad civil.

6.7.1 Riesgo de transmisión de VIH en contextos de emergencia

Si bien la elaboración de conclusiones definitivas se basa en los escasos datos de prevalencia del VIH disponibles en contextos de emergencia, sí se sabe que muchas de las condiciones que facilitan la propagación del virus son frecuentes en estos

entornos.

Algunas de las condiciones son, entre otras:

- Violación y violencia sexual, incluida la violación usada por las fuerzas combatientes como arma de guerra contra civiles. A menudo, esto se exacerba aún más a raíz de la impunidad por los delitos de violencia y explotación sexual.
- El agudo empobrecimiento que, en muchos casos, no deja a mujeres y niñas otra alternativa más que incurrir en relaciones transaccionales.
- El desplazamiento en masa que genera la desintegración familiar y la reubicación en atestados campamentos de refugiados y desplazados internos, donde raramente la seguridad está garantizada.
- Sistemas de educación, salud y comunicaciones colapsados que generalmente se usan para programar la lucha contra la transmisión del VIH.
- Acceso limitado a preservativos y al tratamiento para infecciones de transmisión sexual.

6.8 Medidas preventivas para control de ITS en situaciones de emergencias

En situaciones de emergencia los cambios en la expresión de las emociones y el comportamiento de las personas reflejan la búsqueda de alivio a la tensión sostenida que se acumula en la medida en la que la situación se prolonga. Procurar gratificación sexual es una forma relativamente frecuente que algunas personas adultas emplean para aliviar el estrés. Existen estudios que muestran que a mayores niveles de tensión y ansiedad la búsqueda de actividad puede tornarse compulsiva. Esta compulsión puede inclusive conducir a actos de agresión sexual que se dirigen principalmente en contra de las mujeres, los niños, los adultos mayores y los minusválidos y pueden ser ejecutados tanto a nivel del hogar, como en la vía pública y los albergues o refugios temporales. Por otro lado, las acciones regulares de control epidemiológico de las infecciones de transmisión sexual y del VIH, así como el manejo clínico de los casos de Sida se pueden ver trastornadas temporalmente. Por ello es necesario actuar con prontitud y certeza para contribuir eficazmente a la prevención de la transmisión de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH y Sida.

6.8.1 Brindar información sobre la prevención y el tratamiento del VIH y Sida

En situaciones de emergencia, la comunicación es esencial para ayudar a la población a conservar o adoptar conductas que reduzcan al mínimo el riesgo de contraer VIH y Sida, y a obtener acceso a servicios y ayuda para los que viven con el VIH y Sida o están afectados por él. En situaciones de emergencias, las actividades de comunicación pueden verse interrumpidas.

Por consiguiente, resulta esencial brindar a la población la información necesaria para reducir al mínimo la propagación del VIH y Sida, obtener acceso a los servicios básicos y recibir el asesoramiento y la ayuda adecuada para enfrentar la enfermedad y sus consecuencias, y para conocer sus derechos.

Con el propósito de reducir los riesgos de transmisión de infecciones de transmisión sexual incluya las actividades que se mencionan a continuación entre los principales puntos a considerar para la preparación de la respuesta ante situaciones de emergencia:

- Intensifique la promoción de las medidas de protección. Es indispensable que la población esté informada de que durante las situaciones de emergencia aumenta el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual y también cómo protegerse de ellas.
- Corrobore la existencia y promueva la aplicación permanente de las normas nacionales para la prevención, control y atención clínica de casos de infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH y Sida .
- Identifique la disponibilidad y distribución suficiente de preservativos de látex y lubricantes solubles en agua tanto en unidades médicas, como en albergues y refugios temporales.
- Determine las necesidades de medicamentos y materiales que se requiere obtener para proveer a las zonas en riesgo.
- Promueva la dotación de recipientes para agua y material para desinfectarla, de tal manera que pueda ser utilizada en la higiene personal de las mujeres.
- Tome las precauciones necesarias para asegurar la provisión de sangre segura para la atención de las emergencias obstétricas y traumatológicas.
- Cerciórese de tener en todo momento material educativos respecto de las acciones de salud reproductiva que debe realizar la población en situaciones de emergencia para que en caso de necesidad pueda apoyarse en ellos para la promoción de la salud.

6.9 Relación VIH y Salud Reproductiva

Es suficientemente conocida la relación existente entre el VIH y la salud sexual y reproductiva. La inmensa mayoría de infecciones por el VIH se transmite por vía sexual o está asociada con el embarazo, el parto o la lactancia materna. Diversos factores sociales y económicos subyacentes como la pobreza o la desigualdad entre los géneros contribuyen en igual medida a la transmisión del VIH y a una deficiente salud sexual y reproductiva.

Uniendo las iniciativas destinadas a mejorar la salud sexual y reproductiva y las destinadas a dar una respuesta al VIH se multiplican las oportunidades de prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, entre las que se encuentra el VIH; de prestar servicios de planificación familiar y de salud pública; y de facilitar el tratamiento y la atención a las personas que viven con el VIH

Las preocupaciones fundamentales en cuanto a la salud reproductiva son el tratamiento y control de las infecciones de transmisión sexual que incrementan la vulnerabilidad a la infección por el VIH y la prevención de la transmisión materna infantil del virus. Un destinatario importante para los servicios de salud reproductiva es la comunidad de adolescentes, que tiene una necesidad especial de atención y apoyo durante la transición a la edad adulta y el inicio de la actividad sexual, lo que resulta más apremiante aún desde la aparición del sida. Aun así, por diversas razones, la salud reproductiva de los jóvenes se encuentra especialmente desatendida, y millones de ellos carecen de la información, los conocimientos y los medios necesarios para prevenir la infección por el VIH u otras infecciones de transmisión sexual, así como evitar embarazos no deseados.

Capítulo 7

Manejo de multitud de víctimas

Es probable que solo después de determinados tipos de desastres sea necesario proporcionar cuidados médicos a un gran número de víctimas. La mayoría de las lesiones se producen durante el impacto, lo que hace que las mayores necesidades de asistencia de urgencia correspondan a las primeras horas posteriores a él. Se pierden muchas vidas porque los recursos locales no se han movilizado con la rapidez suficiente.

7.1 Introduccion[12]

Es probable que solo después de determinados tipos de desastres sea necesario proporcionar cuidados médicos a un gran número de víctimas. La mayoría de las lesiones se producen durante el impacto, lo que hace que las mayores necesidades de asistencia de urgencia correspondan a las primeras horas posteriores a él. Se pierden muchas vidas porque los recursos locales no se han movilizado con la rapidez suficiente.

El grueso de la organización y provisión de transporte, primeros auxilios, asistencia médica y suministros recae sobre el país afectado. Debido a que el tiempo para responder durante el período de mayor necesidad es muy corto, la ayuda de la comunidad internacional probablemente no sea un factor significativo en cuanto al número de vidas salvadas. Según el enfoque asistencial clásico que se utiliza con mayor frecuencia para atender a un enorme número de víctimas producido por un desastre, se da adiestramiento a las primeras personas que responden para que clasifiquen a los heridos según la urgencia de atención y para que proporcionen la asistencia sobre el terreno antes de evacuar a las víctimas hacia el servicio de salud más cercano que les pueda proporcionar cuidados médicos.

El manejo de un número masivo de víctimas se divide en tres campos principales. asistencia urgente prehospitalaria (búsqueda y rescate, primeros auxilios, clasificación y estabilización de las victimas), recepción y tratamiento en el hospital y redistribución de los pacientes a otros hospitales en caso necesario.

7.2 Asistencia urgente prehospitalaria

7.2.1 Búsqueda, rescate y primeros auxilios

Tras un gran desastre, las necesidades de búsqueda y rescate y de prestar primeros auxilios a las victimas podrían ser tan grandes que los servicios de socorro organizados no puedan satisfacer más que a una pequeña parte de la demanda. La ayuda más rápida provendrá de los sobrevivientes que hayan resultado ilesos, quienes deberán proporcionar toda la ayuda posible. La mejoría de la calidad y de la disponibilidad de los servicios de primeros auxilios inmediatos depende del adiestramiento y preparación logrados a través de organismos especializados, por ejemplo, mediante cursos que las brigadas de bomberos pueden dictar a grupos de voluntarios.

7.2.2 Cuidados en el terreno

Lo ideal es que el transporte de las víctimas a los hospitales se haga de manera escalonada y que los pacientes reciban un tratamiento adecuado sobre el terreno que haga tolerar los retrasos. Sin embargo, en la realidad, la mayoría de los heridos, utilizando el transporte disponible, llegan de manera espontánea a los servicios de salud si estos se encuentran lo suficientemente cerca, sea cual sea el estado operativo del centro. Algunas víctimas pueden no querer o no poder solicitar cuidados médicos, lo que hace de la búsqueda activa de casos una parte importante de todo esfuerzo de socorro. Esto justifica la creación de equipos móviles de asistencia que se desplazarán al lugar del desastre; además se dispondrá de estaciones de primeros auxilios localizadas en las proximidades de los centros sanitarios. Para proporcionar el tratamiento adecuado a las víctimas, es preciso reorientar los recursos de salud hacia esta nueva prioridad. Es necesario potenciar al máximo la disponibilidad de camas y de servicios quirúrgicos, dando el alta de manera selectiva a los pacientes ingresados por otros motivos, cambiando el calendario de ingresos y cirugía no prioritarios y utilizando al completo todo el espacio y el personal disponibles.

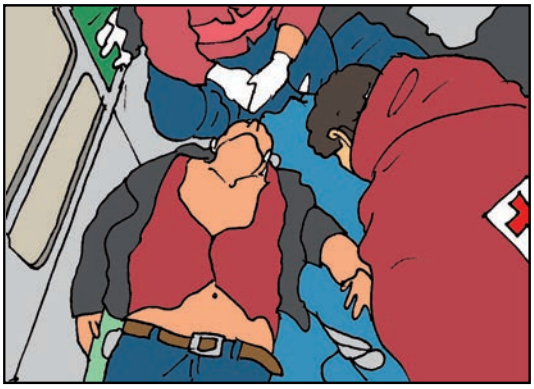
12 Los desastres naturales y la protección de la salud OPS, 2000.

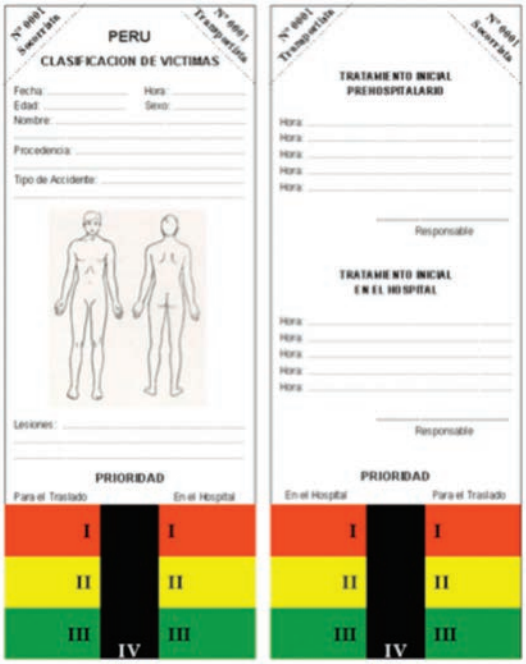
Pueden posponerse determinadas responsabilidades médicas y otras pueden ser delegadas al personal técnico de salud como sucede, por ejemplo, con el tratamiento de heridas menores. Deben hacerse las previsiones del caso para garantizar la cantidad necesaria de alimentos y habitaciones para el personal de salud. Se debe establecer un centro de información para responder a las preguntas de los familiares y amigos de los pacientes; este funcionará las 24 horas del día con el personal no sanitario que sea necesario. La Cruz Roja local podría llevar a cabo esta función. Se dará prioridad a la identificación de las víctimas, aspecto que se está convirtiendo en un tema cada vez más especializado. También debe disponerse de espacio y servicios mortuorios adecuados.

7.2.3 Triage (clasificación)

Cuando la cantidad y la gravedad de las lesiones superan la capacidad operativa de los servicios de salud disponibles, es necesario adoptar un enfoque distinto del tratamiento médico. El principio de "tratar primero a quien llega primero", tal y como se aplica en la asistencia médica de rutina, no es apropiado en las emergencias masivas. El triage consiste en una clasificación rápida de los heridos según la gravedad de sus lesiones y la probabilidad de supervivencia si reciben cuidados médicos rápidos. Debe ser adaptada a las capacidades disponibles localmente. La primera prioridad son las víctimas cuyo pronóstico inmediato o a largo plazo puede mejorar significativamente con un cuidado intensivo sencillo. La prioridad más baja se aplica a los pacientes moribundos que necesitan muchísima atención (con beneficios dudosos). El triage es el único enfoque que puede proporcionar un beneficio máximo al mayor número posible de lesionados en una situación de desastre.

Aunque varios países han adoptado distintos sistemas de triage que aún están en uso, la clasificación más usada recurre a un sistema de códigos de colores aceptado internacionalmente. El rojo indica una elevada prioridad en cuanto al tratamiento o el traslado, el amarillo se aplica a las prioridades medias, el verde se usa para los pacientes ambulatorios y el negro, para los muertos o moribundos.





El triage debe llevarse a cabo sobre el terreno, con el fin de determinar las prioridades de transporte e ingreso en hospitales o centros de tratamiento, en los cuales se evaluarán de nuevo las necesidades y prioridades de cuidados médicos del paciente. Lo ideal es que los trabajadores de salud locales hayan aprendido los fundamentos del triage como parte de su entrenamiento para desastres, para poder llevar a cabo el proceso cuando ocurra un desastre. Si sobre el terreno no existe personal de salud debidamente adiestrado, todos los equipos de ayuda que acudan al lugar del desastre deberán contar con un responsable de triage y con expertos en primeros auxilios, que serán los encargados de hacer estas evaluaciones. Cuando se establezca un puesto médico avanzado, el triage médico podrá hacerse a la entrada del mismo, con el fin de determinar el nivel de cuidados necesarios en cada caso. Siempre que sea posible, las personas con lesiones menores o moderadas deben recibir tratamiento cerca de sus domicilios, para evitar la fractura social y el gasto adicional de recursos para transportar a estos pacientes a los servicios centrales. Los pacientes con lesiones graves deben ser trasladados a hospitales que dispongan de servicios especializados.

Identificación

Es necesario identificar a todos los pacientes con etiquetas en las que consten su nombre, edad, sexo, lugar de origen, categoría de triage, diagnóstico y tratamiento inicial. Estas etiquetas deben haber sido uniformadas y diseñadas con antelación como parte del plan nacional de desastres. El personal de salud debe estar completamente familiarizado con el uso adecuado de estas etiquetas.

7.3 Recepción y tratamiento en el hospital

A la llegada al hospital, el triage quedará bajo la responsabilidad de un médico con mucha experiencia, ya que de su clasificación pueden depender la vida o la muerte del paciente. Este médico determinará las prioridades y actividades de todo el personal.

7.3.1 Estructura institucional

Spirgi señala que el manejo más eficaz de un gran número de víctimas exige una organización de los servicios muy distinta de la de rutina. Dice que el "plan hospitalario en caso de desastre designa la estructura de mando que hay que adoptar en caso de desastre... [Un equipo de mando (formado por un funcionario de alto nivel cualificado de las divisiones médica, de enfermería y administrativa>... dirigirá al personal a los lugares de trabajo según el plan y movilizará al personal y a los recursos adicionales necesarios “ [13]

13 Edwin H. Spirgi, *Disaster Management: Comprehensive Guidelines for Disaster Relief* (Berna, Hans Huber,1979).

7.3.2 Utilización de procedimientos terapéuticos sencillos y uniformes

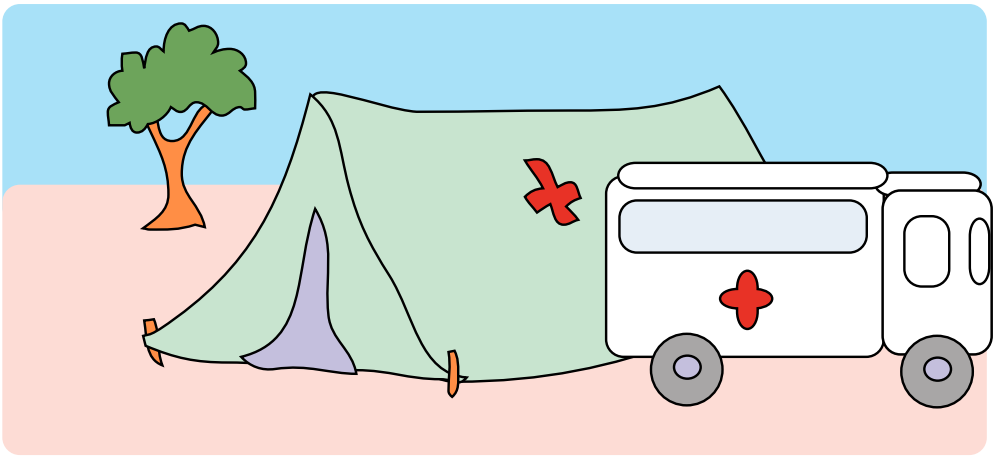
Los procedimientos terapéuticos deben ser económicos, tanto en lo que se refiere a los recursos humanos como en cuanto a los materiales, y deben elegirse de acuerdo con este principio. El personal y los insumos de salud respaldarán estos procedimientos. Es necesario simplificar el tratamiento médico de primera línea con objeto de salvar vidas y evitar complicaciones o problemas secundarios graves. La preparación y la generalización de procedimientos uniformes, por ejemplo para el uso amplio del desbridamiento, el aplazamiento del cierre de las heridas primarias o el uso de férulas en lugar de enyesados circulares pueden disminuir notablemente el número de muertes y de las secuelas a largo plazo.

En muchos casos, personas con conocimientos limitados pueden llevar a cabo los procedimientos más sencillos con rapidez y eficacia. Algunas técnicas más complejas que requieren personal muy capacitado, equipo especial y mucho material (por ejemplo, el tratamiento de las quemaduras graves) no constituyen una inversión de recursos prudente en el manejo de situaciones con gran cantidad de víctimas. Muchos médicos no aceptan fácilmente este cambio de enfoque de la práctica de rutina a los cuidados médicos de masas.

7.4 Redistribución de los pacientes entre hospitales

Si bien las instalaciones de atención de salud ubicadas en la zona del desastre pueden estar dañadas y bajo gran presión por la sobrecarga de las numerosas víctimas, los establecimientos que están fuera del área pueden absorber una carga mucho mayor o proporcionar servicios médicos especializados, por ejemplo, de neurocirugía. Lo ideal es que exista un sistema metropolitano de tratamiento médico de urgencia que permita a los hospitales funcionar como partes de una red de referencia. Con distintos grados de complejidad, una red de equipos de socorro prehospitalario puede coordinar el traslado de pacientes desde la zona del desastre. La decisión de redistribuir a los pacientes fuera de dicha zona debe considerarse cuidadosamente, ya que una evacuación no planificada y posiblemente innecesaria puede crear más problemas de los que resuelve. Cualquier traslado debe estar sometido a un buen control administrativo con el fin de restringirlo a un número limitado de pacientes que necesitan cuidados especializados que no están disponibles en el área afectada.

Las políticas de evacuación deben estar uniformadas y ser aceptadas por todos los organismos que dan socorro en la zona del desastre y por los hospitales que reciben a los pacientes. La mejor forma de acoplar los recursos a las necesidades consiste en utilizar un cuadro similar al mostrado que puede ampliarse y situarse sobre una pared. Se hace una lista de los hospitales según su localización geográfica, comenzando por los más cercanos al área del impacto. La presentación gráfica del número de camas disponibles, del personal médico y de enfermería necesario para mantener los servicios durante las 24 horas del día, la escasez de artículos médicos esenciales y otras necesidades permitirán que el coordinador del sector salud para la gestión de desastres dirija la ayuda externa hacia las zonas de mayor necesidad, en las que los beneficios a lograr con esa ayuda serán máximos. El análisis de los datos permitirá establecer los patrones de redistribución de recursos y pacientes.



Esta investigación de los recursos hospitalarios alcanza su máxima utilidad cuando existe la posibilidad de que la necesidad de asistencia médica se prolongue.

Si el coordinador del sector salud para la gestión de desastres comprueba que la capacidad total del sistema sanitario del país no alcanza a cubrir las necesidades creadas por el desastre, puede considerar varias alternativas. La mejor es la expansión rápida de los servicios y personal permanentes del propio país, que ofrece la ventaja de cubrir las necesidades inmediatas dejando beneficios permanentes. Otra alternativa que se ha mostrado menos deseable consiste en poner en servicio los hospitales móviles de emergencia del gobierno, el ejército, la Cruz Roja o privados. Si es necesario organizar uno de estos hospitales, en primer lugar se tratará de que proceda del país afectado por el desastre o de un país vecino con el mismo idioma y cultura; en segundo lugar, se considerará la posibilidad de traerlo desde países más lejanos.

Los hospitales móviles extranjeros pueden tener varias limitaciones. En primer lugar, es posible que se necesiten varios días para establecer un hospital móvil completamente operativo, en tanto que la mayoría de las víctimas del impacto inmediato necesitan tratamiento en las primeras 24 horas. En segundo lugar, el costo de estos hospitales, sobre todo si se transportan por vía aérea, puede ser prohibitivo y a menudo se deduce del paquete de ayuda total que ofrece el gobierno o la fuente de ayuda privada. En tercer lugar, estos hospitales suelen ser tecnológicamente muy avanzados, incrementando las expectativas de las personas a las que atiende de una forma que será difícil, si no imposible, cubrir por las autoridades locales durante el período de recuperación. Por último, estos hospitales tienen un gran valor en cuanto a relaciones públicas para el organismo que los proporciona, lo que puede hacer que este presione para que se acepten.

Capítulo 8

Alimentación y nutrición

Una situación de emergencia puede ser ocasionada por desastres y esto puede provocar el surgimiento o agravamiento de la desnutrición y otras enfermedades que ponen en peligro la vida de los damnificados, por lo que debe procurarse la pronta respuesta llevando a cabo acciones debidamente planificadas, que se orienten a restablecer el orden y la situación de vida de las personas, especialmente en lo que respecta a alimentación, salud, higiene personal y seguridad, siendo entre estos de vital importancia para la sobrevivencia, la asistencia alimentaria.

8.1 Introduccion[14]

8.1.1 Definiciones

8.1.1.1 Alimentación

Conjunto de actividades y procesos por los cuales ingerimos los alimentos.

Se denomina nutriente a cada una de las sustancias químicas que componen un alimento y una vez en nuestro organismo son capaces de generar energía o formar, renovar tejidos o regular el metabolismo.

La alimentación es educable, modificable, voluntaria y consciente. En cambio la nutrición es considerada bajo el concepto de proceso biológico involuntario, inconsciente y no educable.

8.1.1.2 Nutrición

"**Procesos por los cuales el organismo utiliza, transforma e incorpora en sus estructuras los nutrientes, sustancias químicamente definidas, que se encuentran en los alimentos**".

Se clasifica a los alimentos según: Grasas e hidratos de carbono, energía; Proteínas y calcio función plástica; Vitaminas y minerales, función reguladora.

Se entiende de dos formas diferentes: Como ciencia podemos decir que estudia la relación entre los alimentos y la salud, no solamente incluye el porqué comemos sino que también incluye la elaboración y conservación de los alimentos; como proceso biológico es el conjunto de procesos que permiten mantener la integridad de la materia viva.

8.1.1.3 Definición seguridad alimentaria

Condición que permite garantizar en forma permanente y a toda la población con énfasis en los grupos sociales en extrema pobreza, el acceso efectivo a la cantidad y calidad de alimentos que su organismo requiere, así con favorecer su adecuada utilización biológica, alcanzando de esta forma un adecuado estado nutricional indispensable.

14 Adaptación Seguridad alimentaria y nutricional en la comunidad, OPS, 2,002

8.1.2 Componentes de la Seguridad Alimentaria Nutricional[15]

El estado de nutrición de la población depende de la disponibilidad, el consumo y la utilización biológica de los alimentos. los desastres naturales pueden perjudicar el estado nutricional de la población debido a su impacto sobre uno o varios de los componentes de la cadena alimentaría, que dependerán del tipo, duración y magnitud del desastre, así como de las condiciones de alimentación y nutrición que existían previamente en la zona.

Los desastres que se desarrollan lentamente, como son las sequías, probablemente afecten en mayor grado el estado nutricional a largo plazo que los desastres repentinos, como los terremotos o huracanes. No todos los desastres repentinos producen una escasez de alimentos lo suficientemente grave como para provocar cambios dañinos para el estado nutricional de la población. El efecto de un desastre en el estado nutricional de la población afectada nunca se ve inmediatamente. La distribución de alimentos en gran escala no siempre está indicada, ya que puede producir problemas a largo plazo.

Para planificar y llevar a cabo operaciones de ayuda alimentaría exitosas, los trabajadores de la nutrición encargados de las operaciones humanitarias deben conocer las posibles consecuencias nutricionales de los diferentes tipos de desastres, así como la situación alimentaría y nutricional que existía en la zona antes del desastre. Todos los equipos de planificación y respuesta ante los desastres deben incluir un oficial de nutrición que haya recibido adiestramiento en la gestión de las emergencias.

Para garantizar la eficacia de un programa de ayuda alimentaría, los pasos inmediatos a dar son:

1) Evaluar las provisiones de alimentos disponibles después del desastre,
2) Determinar las necesidades nutricionales de la población afectada,
3) Calcular las raciones alimenticias diarias y las necesidades de grandes grupos de población
4) Vigilar el estado de nutrición de la población afectada.

8.2 Consecuencias previsibles de los desastres en la cadena alimentaria

Los huracanes, las inundaciones, los derrumbes y deslaves, las erupciones volcánicas y las marejadas afectan directamente a la disponibilidad de alimentos los cultivos pueden quedar totalmente arrasados y las semillas almacenadas y los depósitos familiares de alimentos destruidos, sobre todo si no existió un período de aviso. Las erupciones volcánicas producen una amplia destrucción de los cultivos: estos pueden que dar quemados, desfoliados o enterrados bajo las cenizas; la disminución de la fotosíntesis como resultado de las nubes de ceniza limita la producción posterior.

Por el contrario, el efecto directo de los terremotos sobre la disponibilidad total y a largo plazo de alimentos suele ser pequeño. Los cultivos no suelen afectarse y los depósitos de alimentos familiares, de mayoristas y de minoristas, suelen salvarse. Sin embargo, la destrucción de los sistemas de transporte y comercio puede causar problemas alimenticios transitorios. Si el terremoto se produce durante un período de trabajo intensivo, por ejemplo durante la cosecha, puede perderse mano de obra silos trabajadores mueren o se desvían a otras labores, lo que puede dar lugar a situaciones de escasez laboral a corto plazo.

15 Los desastres naturales y la protección de la salud OPS, 2000

La consecuencia más probable de cualquier tipo de desastre repentino es la desorganización de los sistemas de transporte y comunicación y la disrupción de las actividades económicas y sociales habituales.

Aún cuando existan reservas de alimentos, estas pueden quedar inaccesibles debido a rupturas en el sistema de distribución o a la pérdida de ingresos con los que pagar por los alimentos. La destrucción de los cultivos también afectará a las economías familiares. Cuando la destrucción alcanza una gran magnitud, con muerte de cabezas de ganado y la pérdida de los cultivos y de los alimentos almacenados, el dilema a corto plazo puede dejar una secuela más grave a largo plazo. Además, después del desastre suele ser necesario evacuar y reasentar a las poblaciones, creando concentraciones de población a las que hay que proveer de todos sus alimentos en tanto dure su estancia en los campamentos.

Los hospitales y otras instituciones también pueden necesitar un abastecimiento urgente de alimentos. Si resulta imposible alimentar al ganado, quizá sea preciso sacrificarlo; las inundaciones persistentes que afectan a grandes extensiones de terreno también pueden ocasionar la muerte del ganado. Aunque la carne puede distribuirse inmediatamente entre la población afectada o salarse para su distribución posterior, a largo plazo esta situación produce un déficit alimenticio y económico.

El efecto de los desastres en la utilización biológica de los alimentos, es decir, en la absorción intestinal y posterior utilización de nutrientes, es indirecto y depende de factores tales como el impacto del desastre en el medio ambiente, sobre todo en el abastecimiento de agua y los servicios de saneamiento. Este aspecto adquiere una importancia especial en relación con las infecciones gastrointestinales, ya que estas afectan la absorción de nutrientes. Otras enfermedades infecciosas aumentan la demanda de nutrientes. Es más probable que todos estos efectos ocurran en los grupos más jóvenes y vulnerables. Si inmediatamente después del desastre se produce un aumento de las tasas de desnutrición en los niños pequeños, es más probable que se deba al efecto de las enfermedades gastrointestinales que a una escasez real de alimentos, lo que hay que tener presente al establecer los mecanismos de vigilancia. Los brotes de enfermedades infecciosas son raros después de las catástrofes naturales, sobre todo en las América.

8.3 Posibles efectos adversos de la distribución de alimentos a gran escala

La decisión de distribuir grandes cantidades de alimentos, aunque sea de carácter político, debe basarse en la información más exacta de que pueda disponerse. Si se llevan cantidades innecesarias de alimentos a la zona afectada, la recuperación puede resultar más difícil. La distribución de alimentos requiere transporte y personal que podrían ser mejor utilizados para otras tareas y los pequeños agricultores podrían sufrir apuros económicos debidos a bajas en los precios. Quizá el efecto secundario más grave sea la manutención de una población mediante la distribución gratuita de alimentos que, si no va acompañada de otros elementos esenciales como la provisión de las semillas y herramientas necesarias para restablecer la economía local, puede crear una dependencia de las ayudas.

8.4 Establecimiento de prioridad

Las prioridades para solucionar los problemas alimenticios son: 1) suministrar alimentos inmediatamente en los casos en que parezca existir una necesidad urgente, sobre todo a poblaciones aisladas, instituciones y personal de ayuda, 2) hacer un estimado inicial de las posibles necesidades de alimentos en la zona, de forma que puedan darse los pasos necesarios para conseguirlos, transportarlos, almacenarlos y distribuirlos, 3) localizar o adquirir depósitos de alimentos y evaluar si se adaptan a los hábitos de consumo locales y 4) revisar la información sobre las necesidades de alimentos, con el fin de mantener los programas de provisión, distribución, etc., al día con los cambios sobre el terreno.

8.5 Socorro inmediato

Durante los primeros, y habitualmente caóticos, días después de un desastre, se desconoce la magnitud exacta de los daños, las comunicaciones son difíciles y el número de personas afectadas parece doblarse cada hora. La distribución de alimentos debe comenzar lo antes posible, más para mantener a las personas alimentadas que para evitar el desarrollo de una malnutrición clínica. Sin embargo, dadas la gran variedad y pequeñas cantidades de artículos enviados como ayuda por gobiernos, instituciones, organizaciones privadas y personas, la distribución de alimentos es, al principio, una tarea que cambia de día a día. Durante este período es imposible planificar las raciones alimenticias desde una perspectiva nutricional. Durante esta "fase caótica", lo que importa es proporcionar un mínimo de 6,7 a 8,4 megajulios (1.600 a 2.000 kcal) por persona, por día.

Como primer paso de socorro, es necesario distribuir los alimentos disponibles a los grupos de alto riesgo o que parecen sufrir privaciones, en cantidades suficientes para garantizar la supervivencia durante 1 semana (3 ó 4 Kg. por persona). Por ejemplo, los alimentos pueden incluirse automáticamente en las provisiones enviadas a las comunidades aisladas por un terremoto o desplazadas por una inundación. Si es probable que se produzca una escasez de combustible, lo mejor será distribuir alimentos cocinados, por ejemplo, arroz hervido o pan.

No es necesario hacer un cálculo detallado del contenido vitamínico, mineral o proteínico de los alimentos distribuidos en la fase inicial, aunque sí deben ser aceptables y apetitosos. Lo más importante es que proporcionen la energía suficiente. Si no pueden obtenerse otros artículos, la distribución de un único cereal será suficiente para cubrir las necesidades nutritivas básicas. Si la población puede conseguir parte de sus propios alimentos, podrá suministrarse solo una parte de la ración o un determinado alimento que complemente la ausencia de alimentos básicos o principales de los suministros disponibles.

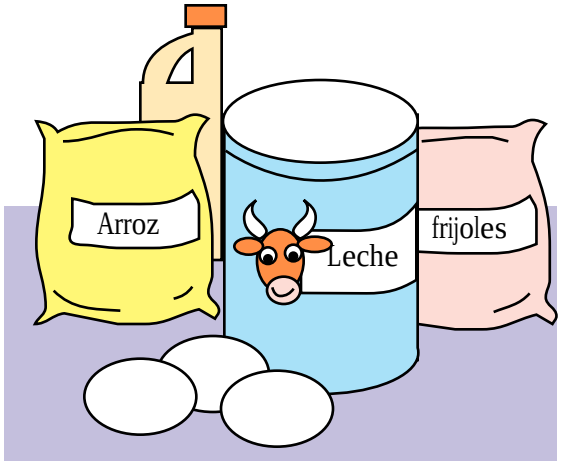
8.6 Cálculo de las necesidades alimentarias

Es necesario hacer una evaluación rápida de la situación alimentaría y nutricional lo antes posible después de un desastre, para disponer de un cálculo aproximado de la cantidad de productos alimenticios que serán necesarios en grandes cantidades. Para ello, hay que tener en cuenta el tamaño de la población afectada, su composición y distribución (por ejemplo, aldeas aisladas, campamentos de refugiados) y los alimentos disponibles localmente. De este modo, los responsables podrán dar los pasos necesarios para localizar y conseguir abastecimientos, almacenes y transporte. Es común que se produzcan acaparamientos y que estos lleven a una respuesta exagerada.

Si no se dispone de información detallada, el cálculo de las necesidades deberá basarse, hasta cierto punto, en estimados tomados en base a la evaluación inicial pero deben tenerse en cuenta los factores siguientes: 1) el efecto probable del desastre en la disponibilidad de alimentos (por ejemplo, un tsunami puede haber destruido todas las provisiones domiciliarias); 2) el tamaño aproximado de la población afectada; 3) el abastecimiento alimenticio normal y las variaciones existentes dentro del área afectada (por ejemplo, el porcentaje aproximado de población dedicado a la agricultura de subsistencia y el que depende completamente de alimentos adquiridos), y 4) el impacto de los factores estaciónales. Por ejemplo, en las áreas de subsistencia, los depósitos caseros y comerciales inmediatamente antes de la cosecha pueden estar vacíos y la población puede depender más del mercado.

El oficial de nutrición debe preparar estimados de alimentos basados en la unidad familiar (que, en general, se considera que consta de cinco personas) para una semana y un mes. Desde un punto de vista logístico, la distribución de alimentos basada en la familia y para períodos de un mes resulta el enfoque más práctico.

El oficial de nutrición deberá también calcular los bienes necesarios para grandes grupos de población, por ejemplo, para 1.000 personas y períodos de un mes. Dos reglas simples y útiles son: 1) 16 toneladas métricas de alimento mantienen a 1.000 personas durante 1 mes y 2) para almacenar una tonelada métrica de alimentos, se necesita un espacio de alrededor de 2 m3. El almacenamiento adecuado es esencial para evitar las pérdidas debidas a la lluvia, los animales domésticos o los saqueos.



Al calcular la composición de las raciones diarias, deben tenerse en cuenta los aspectos siguientes: 1) la ración debe ser lo más sencilla posible; 2) para facilitar el almacenamiento y distribución, deben elegirse productos alimenticios que no se deterioran y poco voluminosos, y 3) debe permitirse la sustitución de alimentos pertenecientes al mismo grupo.

La ración alimenticia debe basarse en los tres grupos de alimentos: un alimento básico, preferiblemente un cereal, una fuente concentrada de energía, como una grasa, y una fuente concentrada de proteínas como, por ejemplo, carne o pescado salado o curado. En la práctica, las dietas se confeccionarán según la disponibilidad de ingredientes. La confección de una ración normalizada resulta a veces imposible, ya que las disponibilidades pueden cambiar de un día a otro y de unas zonas a otras.

Siempre que sea posible, los grupos más vulnerables deben recibir, junto con la dieta básica, un suplemento alimentario. Estos grupos incluyen a los niños menores de 5 años, que están en un período de crecimiento muy rápido y en los que una malnutrición puede dejar secuelas permanentes, y a las mujeres embarazadas y lactantes, que necesitan más nutrientes. El mejor alimento para los lactantes menores de 6 meses es la leche materna y los coordinadores del sector salud para la gestión de desastres no deben permitir que la situación de emergencia se convierta en una excusa para inundar al país con fórmulas artificiales para lactantes.

8.7 Adquisiciones

Si la cantidad de alimentos necesarios calculada supera las disponibilidades locales inmediatas, y si se prevé que será preciso distribuir alimentos durante varios meses, deberán tomarse las medidas oportunas para obtener alimentos de otros lugares dentro del país o del extranjero. Para esta contingencia también hay que estimar las necesidades locales de transporte de alimentos.

Para la distribución durante la fase inicial de emergencia, los alimentos se obtendrán del gobierno nacional, de los almacenes de mayoristas, o de organismos internacionales o bilaterales de desarrollo (por ejemplo., el Programa Mundial de Alimentos, las organizaciones no gubernamentales).

Cuando es necesario traer grandes cantidades de alimentos del extranjero, su obtención y envío pueden tomar varios meses. Por tanto, los contactos con las organizaciones adecuadas deben establecerse lo antes posible. Es esencial que los coordinadores del sector salud para la gestión de desastres asesoren a los posibles donantes sobre los hábitos alimenticios y las preferencias de la población afectada. El alimento no consumido no produce beneficio nutricional alguno.

Inmediatamente después del desastre, suele exagerarse la necesidad de alimentos especiales para lactantes ("alimentos para bebés"). El mejoramiento de la nutrición materna y la ayuda económica a las madres son más seguros y eficaces en función de los costos que enviar por vía aérea alimentos procesados para bebés.

Las necesidades de vitaminas son poco preocupantes durante la fase de emergencia aguda después de un desastre natural repentino, por lo tanto no deben solicitarse comprimidos multivitamínicos como artículo de ayuda concreto. Las necesidades específicas de vitaminas y minerales de la población se evaluarán a largo plazo.

8.8 Vigilancia

Si se prevé la posibilidad de problemas relacionados con el abastecimiento de alimentos a largo plazo, por ejemplo en zonas de agricultura de subsistencia o que tienen malas comunicaciones, debe vigilarse el estado nutricional de la comunidad, lo que puede lograrse haciendo mediciones físicas regulares de una muestra adecuada de la población. Como los niños pequeños son los más sensibles a las carencias nutricionales, el sistema de vigilancia debe basarse en ellos, recordando que la malnutrición más grave es consecuencia de la exacerbación aguda de una desnutrición crónica. En situaciones de emergencia, el peso en relación con la talla es el mejor indicador de cambios agudos en el estado de nutrición. Si resulta imposible medir el peso y la talla, puede recurrirse a una medida fácil y simple, como la circunferencia del brazo, para calibrar los cambios que pueden sufrir las comunidades.

Cuando se tengan disponibles los resultados de la primera evaluación de necesidades, una información más exacta permitirá ajustar los cálculos preliminares acerca de la proporción de población más necesitada de distribución de alimentos a largo plazo. Las encuestas sobre las necesidades deben cubrir no solo la disponibilidad de alimentos, sino también la identificación de las áreas donde surgen problemas de trabajo, herramientas, comercialización y otras variables que afectan a la distribución. Tan pronto como una zona sea capaz de recuperar sus patrones de consumo, deberá interrumpirse la distribución de alimentos en la misma.

Capítulo 9

Consecuencias de los desastres en la salud mental

Experimentar un desastre es uno de los eventos traumáticos más serios que una persona puede soportar. y sus efectos sobre la salud mental y el comportamiento se pueden ver a corto y largo plazo, tales como la disociación, la depresión y el estrés postraumático.

9.1 Introduccion[16]

Conceptos Básicos.

9.1.1 Salud Mental.

Esta relacionada íntimamente al desarrollo humano, no es una situación alejada de los otros, sino que esta vinculada con los demás, entendemos la Salud Mental no solo como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de bienestar emocional relativo para el desarrollo de nuestras capacidades físicas, intelectuales y sociales.

Por lo tanto la salud mental tiene que ver con:

- ∑ Como se siente con usted mismo.
- ∑ Como se siente con respecto a los demás.
- ∑ Como enfrenta los problemas de la vida.

Entonces la salud mental forma parte de la vida cotidiana de las personas a través de como se llevan y se relacionan con las demás personas; en el colegio, en el trabajo, con los vecinos y como conducirse en medio de todo eso, desarrolla las capacidades, sentimientos, conciencia.

Cuando una persona goza de Salud Mental adecuada busca:

- ∑ Pensar por si misma y tomar sus propias decisiones.
- ∑ Prepararse para enfrentar los problemas.
- ∑ Ser Autentica.
- ∑ Estar en contra de todo aquello que pueda dañarla física y psicológicamente.
- ∑ Participar en las Organizaciones de su Comunidad.

9.1.2 Estrés.

Es un termino muy conocido en la vida diaria, frecuentemente ocurre cuando las personas se encuentran en situaciones que exceden su capacidad para enfrentarlo.
Para poder frente a la situación y asegurar suficiente energía para seguir adelante, las defensas mentales y físicas se ponen a funcionar.

Algunos de los signos son pulso rápido y una respiración profunda, prontitud para pelear o escapar de una situación.

Los Síntomas mas Frecuentes son:

1. Las Enfermedades.
2. Se Reduce la habilidad para pensar claramente.
3. Se Ignora las Capacidades de Individuo.

9.1.3 Estrés Postraumático.

Se trata de un trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación breve o duradera de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica que causaría por si misma malestar generalizado en casi todo el mundo.

Los síntomas característicos del estrés postraumático son:

1. Reexperimentación del evento traumático.
2. Aturdimiento de la capacidad para reaccionar hacia el mundo exterior o de participar en el.
3. Síntomas del SN autónomo.

Uno de los eventos más estresantes y desencadenantes de los traumas psicológicos es la Muerte.

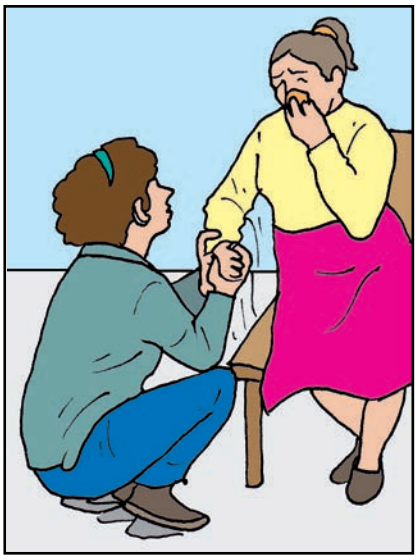
9.1.4 Muerte y Morir.

En los últimos cien años, los términos de muerte y morir han sido prohibidos o rehuidos en los temas sociales de conversación mientras las ultimas generaciones han visto un incremento en las muertes simuladas o reales a través de la televisión, incluso se ha visto un incremento de muertes en hogares o ciudades debido a la violencia.

16 Primeros auxilios Psicológicos CRECC – FICR. 2007

9.1.5 Duelo

Es de esperarse que después de la muerte se presente la tristeza, el sufrimiento y la aflicción. El periodo de duelo es aquel en el cual la persona asimila lo sucedido, lo entiende, lo supera y reconstruye su vida. Este es un proceso normal que no debe apresurarse ni tratar de eliminarse, así como tampoco considerarlo como una enfermedad. El duelo se evidencia con una mezcla de tristeza, angustia, miedo e ira, en el momento mas crítico llega a los extremos del dolor emocional muy intenso y la desesperación, después viene el alivio progresivo y concluye con exposiciones de confianza y esperanza renovada.



9.1.6 Crisis

Cualquier tragedia o trauma puede desatar una crisis personal, familiar o comunitaria de menor o mayor grado y esta provoca una serie de reacciones psicosociales, según el grado del trauma y de la crisis resultante. Para ampliar este concepto se puede citar lo que para algunos autores significa crisis.

- ∑ Crisis es un periodo crucial o momento decisivo en la vida de una persona que tiene consecuencias físicas y emocionales. Una crisis es un periodo limitado de desequilibrio psicológico precipitado por un cambio súbito o significativo en la situación vital del individuo. Este cambio da lugar a la necesidad de ajustes internos ay al uso de los mecanismos de adaptación externa que rebasan temporalmente la capacidad del individuo.
- ∑ Una crisis es un evento que excede la capacidad de respuesta de un ser humano, es un evento que sobrecarga los recursos locales y amenaza las funciones y la seguridad de la comunidad.

9.1.7 Crisis Circunstancial.

En la vida del ser humano se suelen presentar diversos tipos de crisis, pero no todas se limitan al proceso natural en el desarrollo de un individuo. Muchas son crisis impredecibles, como un accidente de transito, una enfermedad Terminal, ser tomado como rehén bajo amenaza de muerte, inundaciones, muerte de un ser querido y pueden afectar al individuo en cualquier momento.

Características de las Crisis Circunstanciales:

- ∑ Es Repentina: aparece de golpe.
- ∑ Es inesperada: no puede ser anticipada Es urgente: Amenazan el bienestar físico o psicológico.
- ∑ Masiva: algunas crisis circunstanciales afectan a muchas personas al mismo tiempo.
- ∑ Peligro y Oportunidad: La Crisis puede desembocar en un mejoramiento o empeoramiento de la situación de la persona.

Por lo tanto la crisis tiene tres elementos básicos:

- ∑ La ocurrencia de un evento de tensión.
- ∑ Los efectos por el evento tienen dificultad para lidiar con el.
- ∑ El momento de la intervención.

9.1.8 Intervención en Crisis.

Es la entrada inmediata y temporal, pero activa, dentro de la situación de otra persona, o grupo durante un periodo de tensión. Esta puede ser llevada a cabo con individuos o con grupos. El tamaño del grupo será limitado por las necesidades del grupo y las habilidades del consejero.

9.1.8.1 Para la OPS, La Intervención en crisis tiene dos modalidades:	9.1.8.2 La OPS 2002, da como objetivos de la intervención en crisis los siguientes Objetivos.
1. Los Primeros Auxilios Emocionales, diseñados para ayudar de manera inmediata, a las personas a restaurar su equilibrio y adaptación psicosocial. Por lo general son ofrecidos por personal no especializado el cual entra en contacto con las victimas en los primeros momentos después del desastre u evento traumático. 2. Intervención Especializada o Profesional para emergencias Psiquiátricas.	Detener el proceso agudo de descompensación psicológica, aliviando las manifestaciones sintomáticas y el sufrimiento. 1. Estabilizar al individuo y protegerlo de estrés adicional, reduciendo los sentimientos de anormalidad. 2. Evitar complicaciones adicionales. 3. Restaurar las funciones Psíquicas. Y readaptar a la persona a las nuevas condiciones. 4. Prevenir o mitigar el impacto de estrés postraumático. 5. Facilitar u orientar la asistencia profesional a mediano o largo plazo, si fuera necesario.

9.1.9 Primeros auxilios psicológicos.

Las personas deben confiar en que se puede brindar ayuda a nuestros semejantes en una situación de crisis y a la vez aceptar la ayuda de otros. Los primeros auxilios psicológicos se basan en los principios de la intervención en crisis y en el manejo del estrés de incidentes graves.

Su fin es dar al voluntario el conocimiento y las habilidades para entender, reconocer y manejar sus respuestas emocionales ante situaciones graves.

Los Primeros Auxilios Psicológicos son la primera ayuda que se prestan a las personas confundidas ante una emergencia o desastre.

Las consecuencias de la exposición a desastres naturales o tecnológicos en la salud mental no han sido totalmente abordadas por quienes trabajan en el campo de la preparación o la provisión de servicios en desastres. Aunque los efectos de la exposición al trauma y al desastre se ven con vanos grados de horror, simpatía y temor por la población general y los medios, una creencia arraigada en la sociedad es que el dinero remedia cualquier herida sicológica que resulte del trauma y la pérdida que experimentan las víctimas del desastre. Cuando las heridas no curan rápidamente, puede emerger el fenómeno de la culpa de la víctima.

En él, la situación de la víctima es vista como única o rara, o es atribuida a las características o responsabilidades personales y. entonces, no merece el apoyo social a gran escala o por largo tiempo. Este fenómeno, basado en gran parte en el temor de su propio potencial de victimización, ocurre a gente que no experimentó el desastre y ve el desastre y las reacciones de las víctimas como aberraciones individuales y, en consecuencia, están separadas y no relacionadas con la vida normal.

Experimentar un desastre es uno de los eventos traumáticos más serios que una persona puede soportar y sus efectos sobre la salud mental y el comportamiento se pueden ver a corto y largo plazo, tales como la disociación, la depresión y el estrés postraumático. Para entender esos efectos, debemos primero comprender la naturaleza del trauma, qué les pasa a las personas cuando lo experimentan y, entonces, tratar de reunir y reconocer lo que funciona o no en el proceso de recuperación. Se requiere que los programas de respuesta y de preparación a gran escala ante emergencias, contemplen el comportamiento y los factores emocionales subyacentes a la respuesta de las personas ante tales traumas y que pueden llevar al éxito o al fracaso de dichos programas.

9.2 Perspectivas históricas[17]

Resumen de la investigación sobre salud mental en desastres

¿Qué conocemos hoy acerca de las consecuencias de los desastres en la salud mental? Varias revisiones recientes han resumido la literatura científica sobre los hallazgos más importantes acerca de cómo los adultos y los niños se ven afectados por la exposición a desastres. La investigación en este campo generalmente se ha dirigido a cuestiones relacionadas con la naturaleza de los problemas de salud mental, la identificación de los grupos específicos de mayor riesgo y los factores ambientales o individuales que pueden modificar los efectos de la exposición.

Aunque mucha gente continúa creyendo que la exposición a los desastres naturales y tecnológicos no conlleva problemas síquicos, existe una fuerte evidencia en contra y las investigaciones muestran que pueden resultar problemas de salud mental luego de tales exposiciones. Estos problemas incluyen el síndrome de estrés postraumático (SEPT), la depresión, el abuso del alcohol, la ansiedad y la somatización.

Se han documentado otro tipo de problemas que incluyen enfermedades físicas, violencia doméstica y otros síntomas generales de estrés, de la actividad cotidiana y reactividad sicológica. Se ha demostrado que tales problemas han ocurrido cuando las personas experimentan una variedad de desastres naturales como erupciones volcánicas, incendios, tornados, inundaciones y derrumbes, o tecnológicos como el del reactor nuclear Three Mile Island, colapsos de edificaciones o ruptura de represas.

En una amplia revisión de la literatura, Meichenbaum (3) compiló una extensa lista de factores que parecen hacer más vulnerable a la gente de presentar problemas psicológicos; incluyen los siguientes:

- Las características objetivas y subjetivas del desastre como la proximidad de la víctima al sitio del desastre, su duración, el grado del daño psicológico y el hecho de presenciar escenas grotescas.
- Las características de la respuesta pos desastre y la recuperación ambiental, tales como la cohesión comunitaria, la victimización secundaria y la ruptura de los sistemas de apoyo social.
- Las características del individuo o del grupo, por ejemplo, la vulnerabilidad a los problemas psicológicos ha mostrado ser mayor entre los ancianos, los desempleados, los padres solteros, los niños separados de sus familias y aquellos con problemas sicológicos o parejas con problemas maritales previos.

La duración de tales reacciones es un asunto importante para los programas de asesoría ante la crisis y su conocimiento depende de la duración de los estudios que han abordado las consecuencias de los desastres en la salud mental. Los estudios longitudinales son relativamente raros y generalmente de una duración restringida (máximo 2 años); la información sobre los efectos más allá de ese tiempo es escasa. Sin embargo, en este marco de tiempo está emergiendo un patrón de recuperación temprana con resolución de los problemas en 16 meses pero algunas personas persisten con ellos 3 a 10 años después de la exposición a desastres tecnológicos. Este tipo de estudios controlados nos compromete a obtener información importante sobre tales consecuencias en la salud mental, aunque frecuentemente es difícil conducir un estudio científicamente bueno en cualquier comunidad afectada por un desastre.

Problemas metodológicos de los estudios

A menudo, los investigadores en desastres han sido entrenados y tienen experiencia en la conducción de una investigación comunitaria, pero en situación de desastre, deben hacerlo bajo condiciones de crisis en las cuales la mayoría de los aspectos de la vida en comunidad se encuentran en estado de extremo movimiento, cuando no de caos.

17 Impacto de los desastres en la salud pública, E. Noji OPS, 2000

En general, los aspectos prácticos como la seguridad y la salud de las víctimas son prioritarios y con frecuencia los asuntos de investigación (por ejemplo, obtener acceso a las víctimas, consecución de espacio y equipo, obtención de fondos y apoyo local) tienen baja prioridad.

Los detalles prácticos de la investigación en desastres son más difíciles de cubrir, particularmente asuntos del diseño y la duración tan estrechamente unidos al proceso de recolección de datos y las preguntas científicas que se están persiguiendo.

Ya que es virtualmente imposible obtener datos basales antes del desastre, excepto en aquellas raras instancias cuando ocurre un desastre no mucho tiempo después de que un estudio comparativo de salud mental se ha completado, es difícil determinar una asociación causal directa entre los desastres y la salud mental. Los investigadores confían en metodologías y técnicas estadísticas de análisis para desarrollar modelos y determinar las relaciones entre variables claves.

Tales métodos y técnicas incluyen el uso de grupos control o de comparación, recolectando datos retrospectivos y basándose en datos obtenidos durante la fase aguda de recuperación. Norris y Kaniasty (14) han revisado la confiabilidad de los datos retrospectivos.

A pesar de las dificultades, la importancia inherente de las preguntas motiva a los investigadores en desastres a continuar sus esfuerzos. Los investigadores en desastres y otros traumas aprecian el valor de las situaciones de crisis como única ventana a través de la cual los mecanismos psicológicos de la supervivencia humana se pueden ver más claramente. Los extremos positivo y negativo del comportamiento humano, de ocurrencia en las situaciones de crisis, influyen sobre el proceso normal del desarrollo de las personas. Además, para los investigadores, la participación en proyectos de investigación puede convertirse en la vía para obtener datos significativos a partir de cualquier evento, brindándoles la oportunidad que estaban esperando.

9.3 Aspectos del entrenamiento para investigación en desastres y suministro de servicios

Dentro del área de investigación del estrés traumático los investigadores están conduciendo estudios con mayores niveles de sofisticación científica y sensibilidad hacia los intereses humanos. El número de estudios se ha incrementado y éstos se han dirigido a asuntos claves como los métodos de tratamiento la respuesta inmediata y las variaciones en la respuesta de grupos étnicos o culturales que tienen implicaciones directas en la recuperación y en la prestación de servicios.

Sin embargo sin el entrenamiento apropiado, los nuevos investigadores del estrés en los desastres pueden acercarse con una ingenuidad que acarrearía problemas en el lugar del desastre; por ejemplo sin el entrenamiento apropiado los investigadores pueden demandar acceso a las víctimas en fases tempranas de respuesta al desastre e interferir en los esfuerzos críticos de recuperación.

Los investigadores sociales que quieran entrar al campo de las investigaciones en desastres deben prepararse completamente para obtener el entrenamiento necesario hacia la conducción apropiada de los estudios. Aún los investigadores de trauma en áreas no relacionadas con el estrés posdesastre (por ejemplo violencia doméstica, trauma en combate) deben considerar cuidadosamente cómo) la naturaleza del trauma puede afectar la manera en que se recolectan analizan e interpretan los datos.

Los programas de entrenamiento para los prestadores de servicios de salud mental enfrentan asuntos similares. Generalmente el reclutamiento de profesionales en salud mental para participar en los programas de recuperación no es difícil particularmente durante la fase aguda. Sin embargo el desafío está en orientar profesionales en salud mental sin experiencia a este trabajo antes durante y después del impacto.

Los programas de entrenamiento en las disciplinas tradicionales de salud mental generalmente contienen un pequeño componente sobre intervención durante crisis y, aunque los cursos proveen clínicos capacitados en diagnóstico y tratamiento de la enfermedad mental raramente se les prepara en brindar soporte para la salud mental o para mejorarla particularmente durante tales crisis. Casi todos los entrenamientos para intervenciones en salud mental durante los desastres se brindan fuera de los programas universitarios; la mayoría vienen después del impacto del desastre. Claramente se necesita más entrenamiento y más investigación en métodos efectivos de entrenamiento.

9.4 Entrega de servicios de salud mental antes del impacto

La respuesta efectiva a las necesidades psicológicas de las personas después de un desastre depende de la planificación. Infortunadamente, es raro que los gobiernos y otros grupos hagan énfasis en las consecuencias sicológicas del desastre como parte crítica de la preparación aun cuando tomen lugar planes que atienden otros asuntos. Sin planificación las preguntas claves seguirán sin respuesta o tendrán que responderse en medio de la crisis. Por ejemplo, ¿qué grupos responderán a las necesidades inmediatas de los sobrevivientes? ¿Cuáles son sus responsabilidades específicas? ¿Cuáles son las prioridades en la prestación de servicios? ¿Cómo se coordinarán, monitorizarán y evaluarán los recursos humanos?

La atención cuidadosa a éste y otros asuntos claves puede asegurar que gente calificada suministre servicios psicológicos oportunos y apropiados. La planificación también ayuda a asegurar que el servicio comunitario de salud mental pueda combatir problemas surgidos de la oferta incontrolada y a menudo no solicitada de asistencia que sigue a los desastres de gran magnitud. Tal asistencia aunque bien intencionada, puede ser de dudosa calidad.

La respuesta efectiva por parte de los profesionales de salud mental se puede mejorar incorporándola a todos los niveles en las actividades de planificación. Las agencias de salud mental individual deben tener un plan de desastre. Aunque los hospitales usualmente tienen planes generales de desastres como requisito para su acreditación raramente se considera su papel institucional específico en la entrega de servicios o el impacto de un desastre a gran escala sobre la salud mental de sus empleados.

Además las autoridades de salud mental del condado el estado o federales necesitan trabajar estrechamente con sus contrapartes del gobierno que son los responsables de la preparación general de emergencias para su región.

En años recientes la respuesta a los desastres se ha tornado una actividad cada vez más formal y estructurada. Para que la salud mental comunitaria sea un partícipe total en los esfuerzos de respuesta se debe establecer su papel y conocer los papeles de otros antes del impacto del desastre. Los diversos actores claves y sus papeles en la respuesta ante desastres tanto como el papel que puedan jugar las agencias han sido descritos claramente en una excelente revisión de Myers (15).

9.5 Nivel de respuesta del sistema a las necesidades de salud mental

Respuesta inicial: ¿qué sabemos?

Durante las respuestas a emergencias a pequeña escala el prestador de servicios de salud mental individual o la agencia local de salud mental pueden no haber establecido su papel en la respuesta oficial ante las autoridades y pueden recibir poca asistencia del gobierno u otras agencias. Sin embargo a mayor severidad de un desastre y cuanto más sobrepase los recursos locales es mayor la probabilidad de que las comunidades se queden por fuera de la asistencia o de los fondos disponibles. Si la salud mental está involucrada en la planificación del desastre, se estará preparado para determinar qué asistencia externa o qué recursos se necesitarán con el fin de responder rápida y apropiadamente al desastre.

La Cruz Roja estadounidense usualmente ofrece asistencia luego de cualquier desastre independientemente de su tamaño o severidad. Esta organización responde a eventos desde una simple emergencia familiar (incendio de una casa) hasta un desastre catastrófico (como el huracán Andrew en Florida en 1992). Es más, en 1992, la Cruz Roja implementó totalmente su Programa de Servicios en Salud Mental. Este programa que entrena profesionales licenciados en salud mental para extender los servicios a los trabajadores de la Cruz Roja y las víctimas, está diseñado para trabajar estrechamente con las agencias locales de salud mental.

Durante una emergencia local de relativa pequeña escala como el choque de un tren o un aeroplano, poca o ninguna asistencia gubernamental está disponible para montar una respuesta en salud publica dirigida a sus consecuencias sicológicas. Los prestadores de servicios de salud mental acuden a sus propios programas y recursos así como a recursos disponibles a través de la Cruz Roja y de otros grupos voluntarios.

Cuando las necesidades sentidas en un desastre exceden los recursos del gobierno local y estatal, el gobernador de un estado puede solicitar una declaración presidencial de desastre. Esta declaración irá junto con el listado de necesidades de servicios a las personas así como el de agencias estatales, las cuales eligen el destino de fondos para la asesoría y los programas de entrenamiento y de servicios de información y educación pública durante la crisis a través de la labor del Acta de Ayuda en Desastres y Emergencias Robert T. Stafford (PL. 100-707). Esta labor es administrada por la Federal Emergency Magnagement Agency (FEMA) del Centers of Mental Health Services (CMHS) mediante un convenio entre agencias.

El CMHS hace parte de la Substance Ahuse Mental Health Service Agency (SAMRSA) de los Servicios de Salud Pública de los Estados Unidos (19). Se puede obtener una descripción completa de este programa en la Emergency Services and Disaster Relief Branch (ESDRB) (Emergency Services and Disaster Relief Branch, Center for Mentral Health Services, Parklawn Building, Romm 16C-26, 5600 Fishers Lane, Rockville, Maryland 20857). A través de los programas de asesoría se obtienen fondos de corto y largo plazo. Cuando se combinan estos programas proveen rápidamente los recursos para los servicios (dentro de los catorce días siguientes a la declaración presidencial) hasta un año después del desastre.

El programa de asesoría en crisis ha suministrado recursos para los servicios de salud mental en los últimos 20 años y ha acumulado una vasta experiencia y conocimiento en relación con la entrega de servicios en ese campo después de los desastres. Debido a que la investigación no ha sido un componente del programa no se ha hecho rutinaria la recolección sistemática de datos y la evaluación del programa. No obstante el beneficio de la experiencia práctica en los niveles local y nacional ha sido muy útil en el manejo de cada desastre.

La legislación para el apoyo nacional en desastres de Stafford ha permitido la destinación de recursos para los programas de asesoría en crisis en 35 estados y territorios, con un número de programas creciente y estable. En 1994, se destinaron 60 millones de dólares para los servicios de asesoría en crisis tras los desastres en los Estados Unidos.

Impedimentos al sistema de respuesta

El impedimento más significativo a la respuesta organizada ante un desastre en el sector público ha sido la naturaleza cambiante del sistema público de salud mental. Los amplios centros sociales de salud mental piedra angular de los servicios federales de salud mental durante los años 60 y 70, son cada vez más raros. Hoy este sistema está casi exclusivamente orientado a servir a la gente con enfermedad mental severa y persistente. Los programas amplios como los servicios de consulta externa o los especiales dirigidos a escolares o ancianos y aquellos de educación, similares en estructura y función a los programas de asesoría de crisis ante desastres, son prácticamente inexistentes.

Debido a los cambios en el sistema público de salud mental, a menudo se encuentra que la fundación con la cual se diseñó un programa de asesoría en crisis ya no existe. Como resultado, las agencias públicas de salud mental en la comunidad, las cuales se ven como abanderadas de la asesoría en crisis, a menudo enfrentan un conflicto cuando son llamadas a atender amplios servicios después de desastres. Después de años de esfuerzos para definir funciones hacia poblaciones específicas y programas relativamente estrechos en sus comunidades los directores de programas de salud comunitaria deben responder ahora a diversas solicitudes de sus comunidades y de sus fuentes de recursos gubernamentales, quienes esperan respuestas rápidas y con amplia orientación organizacional durante y después del desastre.

Resultados positivos del sistema de respuesta

Además de todo lo que los desastres puedan ser siempre, son eventos políticos. No importa qué tan claramente esté circunscrito el papel de una agencia en tiempos normales, su capacidad para responder apropiada y rápidamente a las necesidades de una comunidad durante y después de un desastre, tendrá un impacto sobre su rango y su reputación. Muchas agencias de salud mental en la comunidad han encontrado que el liderazgo exitoso de los programas en situación de desastre consolidó la organización política y el estado de sus recursos en sus comunidades. La percepción que permanece en las comunidades es que independientemente de la población específica normalmente atendida por las agencias de salud mental, los individuos las mirarán como líderes y guías para tiempos de desastres.

Irónicamente, mientras la misión organizacional establecida para las agencias de salud mental en la comunidad a menudo parece ir en contravía con la misión de los programas de asesoría en crisis, el recientemente desarrollado modelo de manejo de casos (ahora una parte integral de la mayoría de agencias de salud mental) tiene mucho en común con lo que hacen los consejeros durante crisis por desastres.

Muchos programas han encontrado que un sistema de asesoría ha sido un instrumento en la creación de fuertes relaciones nuevas con otras agencias sociales y de salud. Esas nuevas relaciones son una fuente de servicios a la población mucho tiempo después de darse la respuesta al desastre.

9.6 Características de los servicios receptores y prestadores de salud mental

Los servicios efectivos de salud mental relacionados con desastres son diferentes de los servicios tradicionales, en varios aspectos importantes. Esas diferencias resultan de distintos puntos de vista con respecto a: 1) quiénes los reciben y 2) cómo prestan la mejor asistencia.

9.6.1 Receptores de servicios

Si bien se reconoce que habrá individuos y grupos con necesidades especiales el principio fundamental de los servicios de salud mental después de los desastres es que los receptores de servicios son personas normales, que se encuentran respondiendo normalmente a una situación muy anormal. Inherente a esta perspectiva está la creencia de que la gente atendida tiene una historia de exitosas respuestas aunque es temporalmente incapaz de resolver con su experiencia. Se asume que dada la asistencia apropiada incluyendo la educación acerca de lo que la gente logra emocionalmente y en otros campos, la mayoría de los individuos retornará a su comportamiento normal.

La mayoría de los sobrevivientes de desastres, que sufren secuelas sicológicas posteriores, nunca han recibido atención en salud mental y usualmente no se ven a sí mismos como candidatos a psicoterapia u otro tratamiento.

Por esta razón, y porque se asume la ausencia de sicopatología, es importante que no se asigne un diagnóstico indiscriminado o prematuramente. Ya que existe el estigma para la enfermedad mental en nuestra sociedad, una aproximación o un diagnóstico psiquiátrico sólido, podrían ser inapropiados y potencialmente riesgos durante los esfuerzos de intervención en crisis. Por otro lado, en vista de que los servicios tradicionales de salud mental pueden inclinarse a tomar tal posición, es importante que los prestadores de servicios reciban entrenamiento apropiado ante las situaciones de crisis.

9.6.2 Servicio necesario y apropiado

El programa federal de salud mental en desastres está basado en un modelo de asesoría en crisis, diseñado para intervenciones a corto plazo con individuos y grupos que experimentan reacciones ante desastres a gran escala.

Las metas de este tipo de intervención son: 1) asistir a las personas en el entendimiento de su actual situación y sus reacciones: 2) asistir a la revisión de sus opciones: 3) brindar soporte emocional. y 4) guiar el contacto con otros individuos y agencias que puedan asistir al individuo. Este tipo de asistencia está dirigido a ayudar a la persona a manejar su actual situación y descansa en el supuesto que el individuo sea capaz de reasumir una vida productiva y plena después de la experiencia del desastre. Los esfuerzos de la persona para reasumir una vida normal se apoyan en la oferta de asistencia e información en un momento y forma apropiados a su experiencia, educación, situación económica y cultural. Los individuos son ayudados a superar el impacto psicológico del desastre, mitigar el estrés emocional o el daño psicológico y desarrollar estrategias de superación que la persona pueda ser capaz de poner en práctica hacia el futuro. Los programas se esfuerzan para prestar los servicios con base en las necesidades.

La asesoría no debería ser percibida o definida como 'tratamiento' mental. Este, típicamente definido por la comunidad, implica algún tipo de desorden o enfermedad síquica. El diagnóstico de un desorden o enfermedad se hace con base en un abordaje psicológico conducido por un profesional en salud mental. Los tratamientos varían ampliamente en cuanto a técnicas, filosofía, metas y duración, e incluyen varias formas de psicoterapia (terapias de "conversación") y terapias con psicofármacos. Este tipo de tratamientos debe involucrar una variedad de metas y técnicas no encontradas en la asesoría ante crisis. Incluyen, pero no están limitados, esfuerzos para desarrollar un conocimiento profundo de una gran variedad de experiencias de la vida, actuales e históricas, resolución de conflictos inconscientes, reconstrucción de la personalidad y tratamiento a largo plazo de los desórdenes mentales.

La documentación escrita es incompleta y algunas veces inconclusa, pero a lo largo de 20 años del programa federal de asesoría ante crisis, muchos prestadores de servicios de salud mental reportan que, en general, mientras que un gran número de personas puede demostrar alguno de los síntomas asociados con determinado desorden psicológico (la mayoría depresión, ansiedad y síndrome de estrés postraumático), relativamente pocas desarrollan un diagnóstico de desorden mental lo suficientemente significativo para requerir un tratamiento como el expuesto anteriormente.

Los prestadores experimentados, involucrados en programas de asesoría en crisis, también han observado con los años que las necesidades y secuelas sicológicas de los sobrevivientes no son claramente categorizadas ni clasificadas. Durante el periodo de recuperación posdesastre, algunos individuos se pueden beneficiar mucho de sicoterapias breves, además de los servicios de asesoría.

Los prestadores en los sistemas tradicionales de salud mental y los programas de asesoría deben coordinar sus esfuerzos para suministrar servicios óptimos a las personas más seriamente afectadas después de los desastres. Además, los individuos con un desorden mental previo pueden experimentar nuevos problemas relacionados con el desastre y deben ser capaces de aprovechar los servicios y la experiencia de los programas de asesoría, aparte de su tratamiento habitual.

Dado el compromiso de la salud mental de la mayoría de los sobrevivientes al desastre, el prestador de servicios debería intentar determinar la fortaleza personal y sicológica del individuo y plantear una discusión sobre los mecanismos exitosos usados por éste en el pasado. Aunque similares a otros tipos de historia psicosocial en escenarios clínicos, el enfoque de esta historia en la asesoría en crisis está sobre el trauma emocional y el manejo de las situaciones de crisis tempranas para que el individuo pueda ser asistido en el restablecimiento de los mecanismos de soporte que hayan sido beneficiosos en el pasado.

9.6.3 Servicios adicionales

Dado que factores como la "normalidad" de la población afectada por el desastre y la estigmatización asociada con el tratamiento en salud mental, hacen que la gente no busque asistencia por sus problemas síquicos, casi todos los programas exitosos en salud mental deben prestar servicios directamente a las personas donde ellas están, sean refugios, alojamientos temporales, iglesias o escuelas, mientras dure la crisis.

9.6.4 Red de apoyo natural

Con posterioridad a los desastres, la gente tiende a buscar sus fuentes tradicionales de soporte y asistencia como sus familiares, la iglesia, la escuela y los médicos de atención primaria. Es importante reconocer el papel clave que tales individuos y grupos pueden jugar en la intervención y la educación efectivas ante el estrés por desastre. Todos los miembros de esa red natural de apoyo deben estar incluidos en los esfuerzos de entrenamiento y educación. Es también importante recordar que esos individuos (o algunos cercanos a ellos) pueden ser víctimas primarias y algunos prestadores pueden también ser víctimas, pueden experimentar problemas adicionales relacionados con el desastre - como resultado de sus múltiples papeles como víctimas y prestadores.

9.6.5 Técnicas de cuidada activas y directivas

Muchos profesionales en salud mental han sido entrenados en técnicas no directivas de prestación del cuidado - esto es, técnicas dirigidas a la reflexión, al apoyo fundamentalmente pasivo y al desarrollo de discernimiento.

Sin embargo, esas técnicas parecen ser inadecuadas e inapropiadas para la mayoría de las víctimas de recientes desastres. Para la mayoría de ellas, la experiencia del desastre es extraordinariamente nueva. Los sobrevivientes pueden tener dificultades al ver una relación entre su pasado y su experiencia actual. Además, especialmente en los primeros días o semanas posteriores al desastre, los sobrevivientes están sobrecargados por la magnitud y la complejidad de las tareas adelantadas por ellos y las nuevas organizaciones con las cuales deben interactuar. Entonces, los sobrevivientes parecen responder mejor a directrices, esto es, sugerencias muy concretas con respecto a cómo organizar y priorizar sus tareas, cómo manejar su estrés y responder a las necesidades de sus seres queridos. Técnicas menos directivas, aunque efectivas en la terapia a largo plazo, funcionan menos en la asesoría ante crisis.

9.6.6 Prestadores de servicios

Los 20 años de experiencia referida indican que los asesores efectivos no necesariamente requieren tener antecedentes y credenciales de licenciados como profesionales en salud mental. Ellos necesitan: Un adecuado entrenamiento en teoría de salud mental en desastres, técnicas de asesoría ante crisis, tamizaje e identificación de personas que requieran tratamiento en salud mental, manejo del estrés y estrategias de superación, además de habilidades para escuchar sensible y activamente.

- Satisfacción con papeles de apoyo no tradicionales
- Satisfacción con el uso de métodos como participación en reuniones comunitarias, trabajo con personas en casa, iglesia, escuela, o negocios locales, más que en los propios consultorios.
- Conocimiento de la cultura, la estructura y los recursos de la comunidad.

9.6.7 Adicionalmente, en la mira de utilizar personal no profesional con entrenamiento, tales programas de salud mental en desastres deben tener en cuenta:

- Medidas para la supervisión de los no profesionales por profesionales en salud mental especializados en desastres.
- Un sistema de referencia establecido y de buen nivel de funcionamiento para los individuos seriamente afectados que puedan requerir tratamientos mayores.

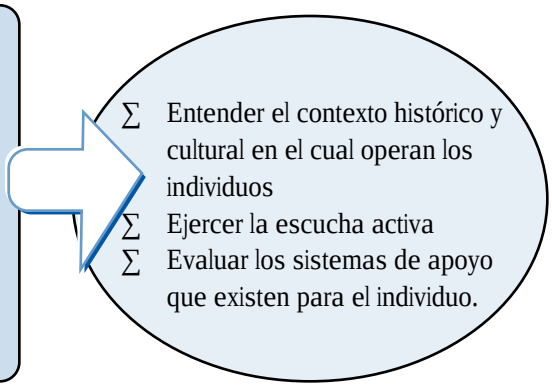
Tales sugerencias no pretenden eliminar a los profesionales en salud mental de la prestación de servicios sicológicos en situación de desastres, estos profesionales pueden, y a menudo brindan, dichos servicios muy efectivamente.

Al mismo tiempo, el disponer de entrenamiento y experiencia como profesionales de salud mental no asegura que cualquier individuo particular tenga las habilidades y características necesarias para ser un efectivo prestador de servicios en el campo de la salud mental en desastres. Puede ser necesario un entrenamiento adicional. La prueba para la selección incluye los siguientes factores:

- Grado al cual los profesionales de salud mental pueden integrar conceptos alternativos, algunos muy diferentes del entrenamiento previo y la experiencia de trabajo (por ejemplo, ausencia de diagnóstico, intervenciones en escenarios no tradicionales, ambigüedad en el papel).
- Grado de satisfacción en el trabajo con para profesionales o no profesionales entrenados.
- Habilidades directivas.
- Habilidades para incorporar la teoría y la práctica de la asesoría ante crisis en el marco de trabajo que usualmente guía las intervenciones (por ejemplo, aproximaciones cognitivas del comportamiento, aproximaciones orientadas a la superación).

9.7 Similitudes con los servicios tradicionales de salud mental

Aunque este capítulo está dirigido al manejo de los sobrevivientes de desastres, hay muchas formas en las cuales los recursos utilizados en salud mental tradicional pueden usarse en el trabajo durante estas crisis. Incluyen habilidades del practicante para:



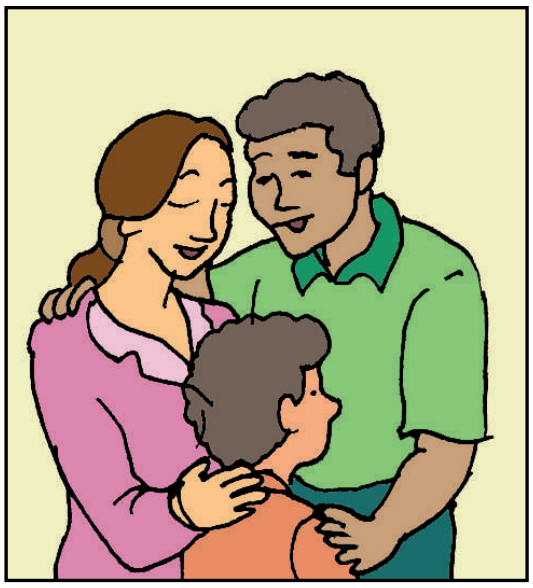
9.8 Secuencia y naturaleza de la respuesta humana

Es ampliamente aceptado que la respuesta sicológica humana a los desastres sigue una secuencia. Si bien las características específicas de esta secuencia pueden varían en la mayoría de situaciones la secuencia sicofisiológica incluye una progresión que se mueve desde las defensas activadas, a través de estados tempranos de respuestas, a una fase de ira y, frustración finalmente. Hacia algún nivel de resolución. En la comunidad, también ocurre una progresión análoga de cambios. En comparación con esas dos esferas de experiencia sicofísica y sociocultural los estados de los cambios secuenciales en cada una dependen en algo de las características de los desastres específicos, tales como el impacto súbito, la duración del evento y la probabilidad de recurrencia. Además, ya que el patrón de cambio para las respuestas humanas y comunitarias no es simple ni rectilíneo y porque el comportamiento individual puede variar ampliamente, esas variables pueden influir sobre la naturaleza de la recuperación individual v comunitaria. La tabla 6-1 ilustra esos patrones de cambio.

9.8.1 Respuesta sicológica

Las respuestas individuales v comunitarias a los desastres son numerosas y han sido exploradas en una variedad de formas por los investigadores en el área (9,12.13.11,21-24). Dentro del rango típico de respuestas poco después del desastre, se da un número de indicadores de estrés. Esas reacciones a menudo son categorizadas como: 1) sicofisiológicas 2) de comportamiento, 3) emocionales y 4) cognitivas.

- ∑ Los signos sicofisiológicos incluyen fatiga, náuseas, temblores finos, tics, sudoración profusa, Escalofríos, mareos y trastornos gastrointestinales.
- ∑ Los signos del comportamiento incluyen cambios del sueño y del apetito, abuso de sustancias, hipervigilancia, rituales, cambios



de la marcha y llanto fácil.

- ∑ Los signos emocionales incluyen ansiedad, depresión, irritabilidad y pesan
- ∑ Los signos cognitivos son dificultades para la toma de decisiones, confusión, falta de concentración y tiempo de atención reducido.

Los efectos a largo plazo del estrés posdesastre pueden incluir pesadillas, disminución de la lívido, ansiedad, depresión. Violencia doméstica y disminución de la capacidad de trabajo.

9.8.2 Atención a grupos especiales

Aunque la mayoría de programas de respuesta en desastres están organizados para atender a la población general, muchos de ellos se dirigen a grupos especiales que puedan estar más seriamente afectados por problemas sicológicos o que tienen dificultades para utilizar los recursos en ese campo.

Estos 2 grupos incluyen, pero no están limitados a los siguientes:

- ∑ Niños
- ∑ Ancianos delicados
- ∑ Personas con enfermedades mentales serias
- ∑ Minorías raciales y culturales
- ∑ Familiares de las personas que mueren en un desastre
- ∑ Otros con necesidades especiales

9.8.3 Niños

Están particularmente en riesgo ya que no han desarrollado las estrategias de adaptación del adulto y no tienen la experiencia que les ayude a entender lo sucedido con ellos. Además, la mayoría de los niños pequeños depende de su ambiente, relaciones y vida de hogar para sentirse seguros e identificados. Esos dominios de la vida infantil se trastornan significativamente después de un desastre. Varias referencias ayudan particularmente a entender el impacto sicológico de los desastres en los niños y unas pocas muestran ejemplos de intervenciones. Los problemas de los niños también pueden emerger en la escuela o en el consultorio del doctor. Esos escenarios deben ser parte integral de cualquier plan comunitario de salud mental en desastres. Los profesores y los profesionales de salud son también receptores apropiados de entrenamiento en salud mental en desastres y fuentes de consulta.

Tabla 6.1 La secuencia de la respuesta psicológica al desastre

Secuencia de eventos		Secuencia psico/física		Secuencia socio/cultural
Alerta (larga/corta/ninguna)	→	**Defensas activadas** (luchar/huir, historia de trauma)	→	**Variada** (preparación familia/ comunidad)
Alarma (puede no existir)	→	**Ansiedad avivada** (varias reacciones psicofisiológicas)		
Impacto (confinado/extendido)	→	**Reacción de aturdimiento**	→	**Heroismo** (acciones extraordinarias/liderazgo)
Recuento/Rescate (abordaje del impacto, cuidado de los lesionados)	→	**Cólera y actitudes extremas** (alborozo/consuelo/ desilusión/frustración)	→	**Luna de miel** (celebración de la supervivencia)
Recuperación (corta/prolongada)	→			
Reconstrucción	→	**Ambivalencia** (realidad de la pérdida/ comenzar el salvamento)	→	**Desilusión** (realidad de la pérdida, frustración con el gobierno)
	→	**Respuestas variadas** (aprendizaje/crecimiento, salud a largo plazo/efectos psicológicos	→	**Reconstrucción** (nuevos patrones sociales y políticos)

9.8.4 Ancianos delicados

Están mejor preparados para los desastres con base en su experiencia; han presenciado v sobrevivido más que las víctimas jóvenes. Al mismo tiempo, las víctimas mas ancianas a menudo tienen problemas de salud que los hacen vulnerables al estrés y puede faltarles también un sistema de apoyo fuerte que los ayude a recuperarse. Las fuertes ataduras emocionales a la propiedad largamente apreciada y ahora destruida o los recuerdos perdidos en el desastre pueden ser una fuente adicional e importante de dolor para los ancianos.

9.8.5 Personas con enfermedades mentales serias

Con el actual cuidado extendido basado en la comunidad, la gente con serios desórdenes mentales se apoya en un sistema polifacético para vivir en comunidad. Este sistema puede estar seriamente comprometido después de un desastre. Un grupo de trabajo conformado por planificadores, prestadores de cuidados en salud v consumidores, reconoció la necesidad de incluir la asistencia apropiada de las personas con serias afecciones mentales como un componente importante de la respuesta conjunta a los desastres.

Los programas desarrollados por este grupo especial de profesionales en desastres deben tener en cuenta la importancia de que las personas con estas alteraciones puedan también tener una experiencia normal' de estrés en el desastre; un diagnóstico previo no debe sobredimensionar lo que puede ser una reacción normal ante el desastre.

9.8.6 Minorías raciales y étnicas

Las estructuras de apoyo comunitario para las minorías culturales o raciales pueden ser bastante diferentes de aquéllas para otros grupos en las comunidades afectadas. Las necesidades de servicio y los problemas pueden variar considerablemente ya que puede haber una alta representación de los grupos minoritarios en los estratos socioeconómicos más bajos, pueden requerirse materiales en otros idiomas y puede haber variación en la aceptación de los servicios de salud mental.

Algunos grupos étnicos pueden tener culturalmente determinadas creencias con respecto a la intervención sicosocial, la aceptabilidad de expresar los sentimientos y la de discutir los problemas personales. Es importante determinar las necesidades específicas de esos grupos y las formas en las cuales las creencias y necesidades pueden afectar la recuperación v el resultado de los servicios.

9.8.7 Familiares de quienes mueren en un desastre	9.8.8 Otros grupos demográficos y con necesidades especiales
Las familias donde una persona murió como consecuencia de un desastre, claramente tienen diferentes necesidades de apoyo con respecto al resto de la población. Además de la pérdida de la estabilidad física, económica y social que afecta a la mayoría de las víctimas, este grupo debe sobrellevar la pena por la muerte del ser querido. Un miembro acongojado en la familia puede sentirse culpable de que causó o no evitó la muerte. Los individuos en este grupo parecen estar más aislados y sicológicamente agredidos durante la fase temprana de la luna de miel' que sigue a los desastres cuando las personas, la comunidad y los medios se disponen a dar gracias por los que sobrevivieron y refieren que pudo haber sido peor'. Para quienes perdieron un ser querido en un desastre, eso es peor y cada camiseta que proclame 'yo sobreviví al desastre' les recuerda a quien no sobrevivió.	Las necesidades de todos los grupos demográficos representados en una región particular afectada por un desastre deben atenderse en cualquier plan de respuesta. Ejemplos recientes de grupos especiales que han sido incluidos en tales programas serían las familias de militares, los pescadores comerciales y las familias campesinas. Otros grupos con necesidades especiales son las personas con compromiso visual o auditivo, con incapacidades para movilizarse o con compromiso mental y las personas diagnosticadas con VIH u otras enfermedades crónicas serias.

9.9 El desastre catastrófico

En los Estados Unidos, este tipo de desastres con gran destrucción de la infraestructura comunitaria y serio compromiso de los sistemas de salud pública, las viviendas, los alimentos y el suministro de agua son raros. Sin embargo, en 1992, tanto el huracán Andrew en Florida como el Inilá en Hawai, caen en esta categoría. Estos desastres incluyen hallazgos como:

∑ Serio y prolongado daño a la infraestructura comunitaria,
∑ Trastornos familiares prolongados y a gran escala,
∑ Prolongada exposición sensorial a las consecuencias del desastre,
∑ Estrés acumulado,
∑ Prolongados períodos de recuperación y
∑ Amenaza o real recurrencia que resulta en falla de los mecanismos adaptativos de defensa.

Dado que los desastres catastróficos son raros, su impacto diferencial en la salud mental no ha sido totalmente estudiado. Sin embargo, se sugiere que los patrones únicos de comportamiento se asocian con las catástrofes más serias y prolongadas. En general, las secuelas sicológicas parecen ser más largas y los servicios brindados por las agencias de salud pública se trastornan por períodos más prolongados; los “desastres secundarios” son más extensos (por ejemplo, desempleo, depresión económica, cambios en la estructura y composición de la comunidad) y se incrementa la incidencia de violencia doméstica. En estas situaciones, uno puede anticipar un incremento en el número de remisiones para asesoría sicológica a largo plazo.

Actualmente, en los Estados Unidos, la totalidad de las implicaciones de los desastres catastróficos en los programas de asesoría ante crisis están siendo revisadas a nivel federal y es prematuro emitir conclusiones. Sin embargo, parece que la necesidad de un tipo diferente de programa, en términos de alcance y duración, puede estar emergiendo de las experiencias de grandes desastres.

9.10 Estrés del trabajador de desastres

Quienquiera que combata con monstruos debe ver que, en el proceso, no se convierta en el monstruo. Y cuando miras continuamente dentro del abismo, el abismo mira dentro de ti.

No puede ser completa la discusión de las consecuencias de los desastres en salud mental sin una revisión del estrés que experimentan los trabajadores en desastres. Este grupo, ampliamente definido, incluye trabajadores que rutinariamente se enfrentan con emergencias y quienes, en un desastre, se exponen a eventos más prolongados y a mayor escala.

Este grupo incluye a quienes responden primero (la policía, el personal de rescate e incendios, los trabajadores de salas de emergencia) y a quienes rutinariamente trabajan en respuesta a desastres como los administradores de emergencias o los funcionarios de la defensa civil. Otros trabajadores especializados afectados por desastres incluyen los tripulantes, el personal militar, las personas que manipulan un gran número de cadáveres.

Hartsough y Myers han descrito tres fuentes primarias de estrés en los trabajadores de desastres; éstas incluyen: 1) eventos estresantes: ambientes físicamente adversos que caracterizan este tipo de trabajo; 2) ocupaciones estresantes: estrés relacionado con factores como alta responsabilidad y papeles conflictivos, y 3) estresantes organizacionales: factores como los conflictos organizacionales y la posición del individuo dentro de la organización.

9.11 Signos de estrés

Los trabajadores en el desastre pueden mostrar cualquiera de los indicadores de estrés descritos anteriormente (problemas de concentración, fatiga e irritabilidad), pero también pueden mostrar síntomas relativamente únicos que incluyen:

- Despersonalización - una reacción de defensa que intenta deshumanizar a la víctima con el fin de reducir o eliminar su identificación con ella;
- Humor negro otro mecanismo que persigue lo mismo del anterior:
- Desvelo;
- Excesiva falta de disposición para desocuparse o descargarse del desastre (manifiesta por un rechazo a parar el trabajo al final de una jornada).

9.11.1 Intervenciones

Se han desarrollado numerosas técnicas de intervención contra el estrés del trabajador de desastres y varias se derivan de la experiencia militar. Una incluye la catarsis ante incidentes críticos de estrés. Aunque ha sido ampliamente utilizada, pocos estudios sistemáticos, le han conducido para establecer su efectividad. La Cruz Roja Norteamericana ha desarrollado un modelo múltiple de catarsis ante estresantes, pero no se han completado las evaluaciones formales con respecto a su efectividad. Sin duda, se necesitan más investigaciones sobre la eficacia de todas las intervenciones para reducir el estrés de los trabajadores de desastres.

La mayoría de los programas dirigidos a reducir el estrés fallan en el enfoque hacia el papel del empleador de trabajadores de desastres o las organizaciones de empleo. Cualquier programa efectivo de mitigación debe dirigirse a las necesidades de los trabajadores antes, durante y después del desastre. El bienestar del grupo de respuesta a la emergencia y de otros trabajadores debe ser uno de los principales componentes de la planeación previa y de la revisión de la organización después del desastre.

El manejo del estrés debe comenzar antes de que ocurra el desastre. En cada programa de apoyo ante desastres debe haber un comité para el bienestar del trabajador, manejo cuidadoso de las habilidades del trabajador con labores apropiadas, promoción del manejo del estrés como asunto de trabajo, estimulo al soporte interpersonal entre todos los miembros del equipo y el desarrollo de un programa para el trauma en salud mental de los trabajadores ante un desastre, consistente en una variedad de oportunidades educativas e intervenciones.

Las actividades de manejo incluyen: 1) identificación y asignación de un grupo apropiado para monitorizar los problemas relacionados con el estrés durante el desastre; 2) establecimiento de procedimientos que aseguren el acceso de este grupo a quienes toman decisiones en el sitio de desastre, quienes tienen la autoridad para tomar acciones contra las causas de ese estrés mayor y 3) educación del equipo sobre la importancia de manejar su estrés durante sus entrevistas de catarsis cuando finalice su desempeño en el área de desastre. Después de un desastre, una variedad de recursos, tipos de intervención y soporte organizacional deben estar disponibles para los trabajadores.

9.11.2 Vacíos de conocimiento

Aún permanecen vacíos críticos en el conocimiento. Debemos encontrar las respuestas a las siguientes preguntas sobre las consecuencias en salud mental de los desastres:

- ¿Cuál es el efecto del tipo y el tamaño del desastre sobre la severidad de las consecuencias en salud mental? Por ejemplo, ¿es un evento catastrófico marcadamente diferente de un desastre pequeño, requiere un tipo y una calidad diferentes de respuesta?

- ¿Cuáles son los factores de riesgo para los problemas de salud mental a largo plazo después de los desastres? ¿Cuáles son las características de los individuos, las organizaciones o las comunidades que pueden contribuir a mitigar esos efectos?

- ¿Qué intervenciones son más efectivas en los estados tempranos de respuesta a los desastres para ayudar a prevenir los problemas mentales a largo plazo? ¿Cuáles son las características importantes y efectivas de las intervenciones 'de catarsis' que pueden llevar a cambios positivos?

- ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas para aliviar los problemas mentales agudos y a largo plazo tanto de las víctimas primarias como de los trabajadores de emergencia?

Aunque la mayoría de investigadores y prestadores de servicios piensa que el soporte social puede facilitar la recuperación de las víctimas, se requiere más investigación para examinar la naturaleza de ese apoyo y determinar cuáles características de las relaciones pueden llevar a una mejor recuperación.

9.12 Recomendaciones para investigación

Deben conducirse estudios para:

- Examinar la efectividad de la catarsis y otras intervenciones conducidas durante la etapa de respuesta temprana para víctimas primarias y trabajadores.
- Examinar los factores de riesgo en poblaciones poco estudiadas que experimentan un desastre particular por ejemplo, investigación familiar, estudios étnicos e investigaciones que se enfoquen sobre pacientes severamente enfermos, discapacitados e individuos de áreas rurales.
- Examinar los efectos a largo plazo de los desastres catastróficos entre individuos, familias, comunidades, organizaciones y estados.
- Replicar la investigación anterior para determinar la generalización de los hallazgos actuales por ejemplo, estudios que utilizan métodos similares, técnicas de muestreo e investigación en comunidades.
- Desarrollar y definir modelos de cambio organizacional bajo condiciones de crisis en
- Explorar el papel específico del apoyo social en la modificación de la frecuencia. la severidad y el curso de los desórdenes sicológicos; explorar la importancia de la vulnerabilidad personal y la sicopatología previa en la ocurrencia de tales desórdenes. Se deben incluir grupos específicos particularmente dependientes de apoyo social tales como niños, ancianos y personas sicológicamente enfermas.
- Investigar la experiencia diferencial de enfrentar el trauma como individuo o como parte de un grupo.

Muchas de las investigaciones han sido conducidas en poblaciones occidentales. Para ampliar nuestro entendimiento sobre los efectos de los desastres, es imperativo incluir aproximaciones culturales e investigación en poblaciones de países en vías de desarrollo, a menudo afectados por desastres naturales o causados por el hombre.

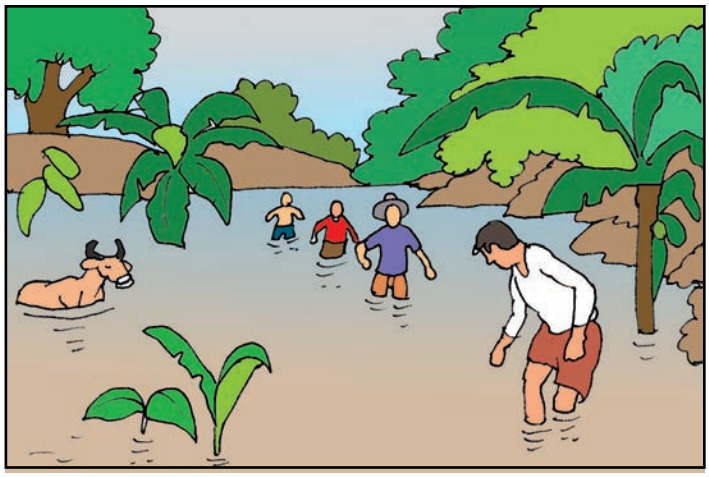
Esta investigación llevará al estudio de variaciones culturales en la frecuencia, la sintomatología, el curso y las necesidades de tratamiento y aclarará el efecto modificador de la cultura sobre los desórdenes y problemas.

Capítulo 10

Gestión en salud ambiental

En la administración sanitaria de emergencia después de un desastre natural, el mantenimiento o restablecimiento rápido de servicios eficaces de salud ambiental adquieren una importancia primordial. Las zonas donde han aumentado los riesgos para la salud son las primeras que deben considerarse.

10. Gestion de salud ambiental



Desde el inicio de la era industrial hasta hace pocos años, las sociedades creían a ciegas en la doctrina del crecimiento económico exponencial, que se basaba en las posibilidades ilimitadas de la Tierra para sustentar el crecimiento económico.

Pero hoy sabemos que nuestro planeta no es capaz de soportar indefinidamente el actual orden económico internacional, que los recursos naturales no son bienes ilimitados y que los residuos sólidos, líquidos o gaseosos de nuestro sistema de vida conllevan un grave riesgo para la salud del planeta, incluido lógicamente el hombre.

La actuación negativa sobre el medio ambiente que ha caracterizado a los sistemas productivos, se ha ejercido desde diferentes niveles, por ejemplo:

1) Sobreutilización de recursos naturales no renovables.
2) Emisión de residuos no degradables al ambiente.
3) Destrucción de espacios naturales
4) Destrucción acelerada de especies animales y vegetales.

Desde la década de 1970 se acelero la conciencia ecológica y la sociedad comenzó a entender que el origen de los problemas ambientales se encontraba en las estructuras económicas y productivas de la economía y dado que los principales problemas que aquejan al medio ambiente tienen su origen en los procesos productivos mal planificados y gestionados, es precisamente mediante la transformación de tales sistemas como se podía acceder a una mejora integral del medio ambiente.

El concepto de **gestión ambiental** surge precisamente de esta tendencia y podemos definirla como un conjunto de técnicas que buscan como propósito fundamental un manejo de los asuntos humanos de forma que sea posible un sistema de vida en armonía con la naturaleza.

Como expresaron, hace algún tiempo, Edmunds y Letey (Edmunds Stharl y Letey John. Ordenación y Gestion del medio ambiente. Ed. MacGraw-Hill. 1975), la gestión ambiental pretende reducir al mínimo nuestras intrusiones en los diversos ecosistemas, elevar al máximo las posibilidades de supervivencia de todas las formas de vida, por muy pequeñas e insignificantes que resulten desde nuestro punto de vista, y no por una especie de magnanimidad por las criaturas más débiles, sino por verdadera humildad intelectual, por reconocer que no sabemos realmente lo que la perdida de cualquier especie viviente puede significar para el equilibrio biológico.

La gestión del medio ambiente implica la interrelación con múltiples ciencias, debiendo existir una inter y transdisciplinariedad para poder abordar las problemáticas, ya que la gestión del ambiente, tiene que ver con las ciencias sociales (economía, sociología, geografía, etc.) con el ámbito de las ciencias naturales (geología, biología, química, etc.), con la gestión de empresas (management), etc.

Finalmente, es posible decir que la gestión del medio ambiente tiene dos áreas de aplicación básicas:

a) Un área preventiva: las evaluaciones de Impacto Ambiental constituyen una herramienta eficaz.
b) Un área correctiva: las auditorias ambientales conforman la metodología de análisis y acción para subsanar los problemas existentes.

10.1 La Definición de Salud Ambiental e Indicadores de Salud Ambiental

Como consecuencia del mayor conocimiento de las vinculaciones entre las influencias del medio ambiente en la salud humana y los impactos de la actividad humana en el medio ambiente, se ha dedicado un mayor esfuerzo al desarrollo de procesos de monitoreo incluyendo el establecimiento de normas y la notificación de condiciones existentes (informe de la Condición del Medio Ambiente, Informe de la Condición de la Salud) por parte de instancias oficiales y otras, a fin de brindar información para la toma de decisiones con evidencia científica. En gran parte los esfuerzos mencionados han hecho uso de distintos indicadores sobre la condición de los distintos componentes del medio ambiente y la medición de sus efectos en la salud humana. Dichas relaciones entre la salud humana y las influencias ambientales son básicas para la definición de la salud ambiental.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (2000) define así la salud ambiental:

"aquellos aspectos de la enfermedad humana y lesiones al ser humano, que son determinados o condicionados por factores en el medio ambiente. Lo anterior implica el estudio de los efectos patológicos directos de diversos agentes químicos, físicos y biológicos, así como los efectos que ejerce el medio físico y social en la salud en general, entre otros la vivienda, el desarrollo urbano, el uso del terreno y el transporte, la industria y la agricultura."

La definición anterior es muy similar a la que ofrece la Carta de la OMS, misma que fue adaptada por la Carta Europea sobre el Medio Ambiente y la Salud, definiendo así la salud ambiental:

> "(la salud ambiental) incluye tanto los efectos patológicos directos de las sustancias químicas, la radiación y algunos agentes biológicos, así como los efectos (con frecuencia indirectos) en la salud y el bienestar derivados del medio físico, psicológico, social y estético en general, comprendiendo la vivienda, el desarrollo urbano, el uso del terreno y el transporte." (Johnson, 1997)

Algunas definiciones también incluyen acciones o procesos relativos a la gestión de la problemática de la salud ambiental, mismas que van más allá de la definición de las relaciones y posibles efectos en la salud por factores ambientales determinantes, destacando acciones implícitas y en algunos casos medidas proactivas, con el propósito de proteger la salud pública contra tensiones ambientales. Así declara la definición de Servicios a la Salud Ambiental que ofrece la Organización Mundial de la Salud (1989):

"La salud ambiental comprende aquellos aspectos de la salud y la enfermedad humanas que son determinados por factores en el medio ambiente. También se refiere a la teoría y práctica de valorar y controlar factores en el medio ambiente que estén en posibilidades de afectar la salud."

La definición que elaboró la Organización Mundial de la Salud en borrador en la consulta de la OMS en Sofía, Bulgaria (1993) manifiesta con mayores detalles

10.2 Áreas de intervención prioritara[18]

En la administración sanitaria de emergencia después de un desastre natural, el mantenimiento o restablecimiento rápido de servicios eficaces de salud ambiental adquieren una importancia primordial. Las zonas donde han aumentado los riesgos para la salud son las primeras que deben considerarse.

Estas zonas son las áreas con densidad de población alta y graves interrupciones de los servicios. Las zonas de segunda prioridad son las que cuentan con una densidad de población alta yen las que los daños son moderados, o bien aquellas que tienen una densidad de población moderada y daños graves. La tercera prioridad se dará a las áreas de baja densidad de población y con daños leves de los servicios.

Las áreas urbanas y sus periferias, los campamentos de refugiados y de personas desplazadas y los asentamientos provisionales tienen la más alta densidad poblacional, los hospitales y las clínicas de salud también tienen alta prioridad en cuanto a los servicios de salud ambiental.

Por definición, los albergues temporarios son alojamientos a corto plazo donde la población afectada puede permanecer durante el desastre (por ejemplo, un huracán), para volver a sus casas lo antes posible. Estos lugares no están diseñados para proporcionar los servicios básicos necesarios a cientos de personas durante períodos prolongados. Sin embargo, la experiencia demuestra que estos refugios permanecen ocupados durante mucho tiempo después del suceso, lo que impide el restablecimiento de su funcionamiento normal. Los campamentos provisionales suelen dar lugar a zonas con densidades de poblaciones sumamente altas, donde pueden faltar los servicios adecuados. La carencia de agua potable y de servicios básicos de saneamiento reduce el nivel de higiene y aumenta el riesgo de enfermedades contagiosas.

Las enfermedades endémicas en las zonas de origen, tránsito y asentamiento de las poblaciones desplazadas suponen un peligro especial. La Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (IFRC) informa que hasta el 50% de las muertes de personas desplazadas se deben a enfermedades trasmitidas por el agua. Al seleccionar un sitio donde establecer un asentamiento provisional, es esencial garantizar que tenga acceso a un abastecimiento de agua confiable y a otros servicios de salud ambiental.

10.3 Prioridades de los servicios de salud ambiental

Debe asignarse la primera prioridad a aquellos servicios esenciales para la protección y garantía del bienestar de los residentes en las áreas de alto riesgo, insistiendo en la prevención y el control de las enfermedades transmisibles. Las prioridades de las medidas de salud ambiental que se toman después de una catástrofe pueden dividirse en dos:

1- Garantizar que existen cantidades adecuadas de agua potable segura, servicios básicos de saneamiento, eliminación de las excretas, aguas residuales y desechos sólidos y un refugio adecuado.

2- Proporcionar medidas de protección para los alimentos, estableciendo o manteniendo las actividades para el control de los vectores y estimulando la higiene personal.

En el Cuadro se reproduce una lista de comprobación de las posibles interrupciones de los servicios de salud ambiental.

[18] Los desastres naturales y la protección de la salud OPS, 2000

Para recuperar rápidamente servicios y condiciones de salud ambiental adecuados, se recomiendan las actividades siguientes:

- ∑ Obtener información sobre los movimientos de población en las zonas afectadas o en su proximidad y diseñar un mapa con la localización de los campamentos de refugiados y personas desplazadas, de las áreas parcial o totalmente evacuadas, de los asentamientos de los que prestan ayuda y de los hospitales y otros servicios médicos. Esta información ayudará a determinar cuáles son las localidades que necesitan atención prioritaria.

- ∑ Hacer una evaluación rápida para determinar la magnitud de los daños de los sistemas de abastecimiento de agua y de eliminación de desechos, así como de la producción, almacenamiento y distribución de los alimentos.

- ∑ Establecer la capacidad operativa que aún pueden proporcionar estos servicios básicos de salud ambiental.

- ∑ Hacer un inventario de los recursos disponibles, incluyendo los depósitos de alimentos que no sufrieron daños, los recursos humanos y de equipamiento, materiales y suministros fácilmente accesibles.

- ∑ Determinar cuáles son las necesidades inmediatas de agua, saneamiento básico, vivienda y alimentos de la población afectada.

- ∑ Cubrir las necesidades de los servicios esenciales lo antes posible, una vez satisfechas las necesidades humanas básicas. Si las víctimas son numerosas, es probable que los hospitales y otros servicios médicos necesiten un mayor abastecimiento de agua.

- ∑ Garantizar que los refugiados y las personas desplazadas estén debidamente alojadas y que los asentamientos provisionales y otras áreas identificadas como de alto riesgo disponen de los servicios básicos de salud ambiental.

Para que los recursos sobrecargados continúen funcionando eficientemente, es importante determinar inmediata y exactamente los daños e identificar las necesidades para repararlos, los informes sobre los daños y las necesidades deben incluir la información siguiente:

CUADRO. Matriz de los efectos de los desastres naturales.

Efectos más frecuentes de eventos específicos***en la salud ambiental***		Terremoto	Huracán	Inundación	Tsunami	Erupción Volcánica
Suministro de agua y eliminación de aguas residuales	Daños de las estructuras de ingeniería civil	1	1	1	3	1
	Rotura de Tuberías maestras	1	2	2	1	1
	Daño de fuentes de agua	1	2	2	3	1
	Cortes de electricidad	1	1	2	2	1
	Contaminación (Biológica o química)	1	1	1	2	1
	Fallos de transporte, Escasez de personal	1	2	2	3	1

Efectos más frecuentes de eventos específicos ***en la salud ambiental***		Terremoto	Huracán	Inundación	Tsunami	Erupción Volcánica
	Sobrecarga del sistema (por desplazamiento de población)	3	1	1	3	1
	Escasez de equipamiento, partes y suministros	1	1	1	2	1
Manejo de desechos sólidos	Daños de las estructuras de ingeniería civil	1	2	2	3	1
	Fallo de los transportes	1	1	1	2	1
	Escasez de equipamiento	1	1	1	2	1
	Escasez de personal	1	1	1	3	1
	Contaminación del agua, suelo y aire	1	1	1	2	1
Manejo de los alimentos	Deterioro de los alimentos refrigerados	1	1	2	2	1
	Daño de las instalaciones de preparación de alimentos	1	1	2	3	1
	Fallo de los transportes	1	1	1	2	1
	Cortes de electricidad	1	1	1	3	1
	Inundaciones de instalaciones	3	1	1	1	1
	Contaminación/deterioro de los suministros de socorro	2	1	1	2	3
Control de vectores	Proliferación de criaderos de vectores	1	1	1	1	3
	Aumento de los contactos hombre/vector	1	1	1	2	1
	Alternación de los programas de control de enfermedades transmitidas por vectores	1	1	1	1	1
Higiene doméstica	Destrucción de daño de las estructuras	1	1	1	1	1
	Contaminación del agua y los alimentos	2	2	1	1	1
	Fallos de electricidad, calefacción, combustible, agua o los servicios de suministro de agua y eliminación de residuos	1	1	1	2	1
	Hacinamiento	3	3	3	3	3

1 : Efecto grave posible; 2 : Efecto menos grave posible; 3 : Efecto menor o imposible

1. Tipo, localización y magnitud de los daños;
2. Accesibilidad del lugar afectado y medios de transporte necesarios para llegar a él;
3. Capacidad operativa restante;
4. Cálculo de los recursos necesarios para efectuar las reparaciones (personal, equipamientos y materiales), y
5. Tiempo calculado para hacer las reparaciones.

Una evaluación rápida ayudará a identificar los recursos y a restablecer el sistema inmediatamente. Si la lista de necesidades ha de enviarse a una comunidad donante, la información deberá recopilarse con rapidez. En general, la respuesta de los donantes es alta en los días inmediatamente posteriores al desastre, pero disminuye pronto.

10.4 Recursos humanos

La carencia de especialistas en salud ambiental podría ser un factor limitante cuando hay que dirigir una situación de emergencia, los expertos que no están familiarizados con las condiciones y los servicios de salud ambiental locales pueden llegar a conclusiones erróneas sobre las prioridades. Por lo tanto, el personal disponible localmente debe considerarse primero. Hay que estimular a la población local para que contribuya a proporcionar los recursos y servicios necesarios.

Debe quedar claro que todas las actividades inmediatas o a corto plazo van dirigidas a restablecer los servicios que existían antes del desastre y no a mejorar los niveles previos. No obstante, la fase de rehabilitación proporciona una buena oportunidad para investigar la vulnerabilidad de los sistemas de abastecimiento de agua y de alcantarillado y para tomar las medidas que mitigarán los efectos que podría ocasionar un futuro desastre en el abastecimiento de agua.

10.5 Abastecimiento de agua

Es necesario revisar todos los suministros públicos de agua potable, comenzando por el sistema de distribución y progresando hacia las fuentes. Es esencial confirmar la integridad física de los componentes del sistema, la capacidad que aún persiste y la calidad bacteriológica y química del agua suministrada.

El aspecto más importante de seguridad pública en relación con la calidad del agua es su contaminación microbiana. La primera prioridad para garantizar la calidad del agua en situaciones de emergencia es la cloración; gracias a su eficacia, costo y disponibilidad, este es el mejor medio para desinfectar y hacer un tratamiento de urgencia del agua.

Se recomienda aumentar los niveles de cloro residual y elevar la presión del sistema de distribución del agua como parte de las operaciones de socorro. La baja presión aumenta la probabilidad de que se infiltren agentes contaminantes en las tuberías maestras. Las tuberías, depósitos y otras unidades que hayan sido reparadas deben limpiarse y desinfectarse.

En situaciones de emergencia, se recomienda un nivel mínimo de cloro residual de 0,7 mg/l. los análisis rutinarios del cloro residual deben iniciarse de inmediato mediante estuches sencillos de análisis, y deben mantenerse hasta la fase de rehabilitación. Si no se dispone de instrumentos de este tipo, se comprobará que el agua huele claramente a cloro. Si las pruebas indican ausencia de cloro residual en el agua potable, se considerará probable la contaminación bacteriana, salvo que los análisis bacteriológicos demuestren lo contrario. Sin embargo, estos análisis necesitan un largo periodo de incubación (al menos 8-24 horas), mientras que el cloro residual puede medirse en el terreno en pocos minutos.

La contaminación química y la toxicidad son una segunda preocupación en relación con la calidad del agua, por lo que es necesario identificar y analizar los posibles contaminantes químicos. Si se sospecha que la fuente del agua está contaminada con sustancias tóxicas a causa de un derrame o por metales pesados procedentes de la actividad volcánica, deberán buscarse fuentes alternativas.

10.6 Fuentes de agua alternativas

Por orden de preferencia, las posibles fuentes alternativas de agua son:

1. acuíferos profundos,
2. acuíferos superficiales y agua de manantiales,
3. agua de lluvia y
4. aguas superficiales.

Es frecuente que en la vecindad de la comunidad afectada por el desastre existan fuentes privadas de suministro de agua pertenecientes a fábricas de productos lácteos, de cerveza, alimentos y bebidas, centros turísticos y otros establecimientos industriales y agrícolas, los acuerdos previos que se hayan establecido con los propietarios de estos sistemas facilitarán su uso en caso de emergencia.

Las fuentes localizadas cerca o corriente abajo de vertederos de aguas negras, plantas químicas, vertederos activos o abandonados de desechos sólidos, minas activas o abandonadas o de cualquier otro lugar peligroso deben ser consideradas sospechosas hasta que un especialista en salud ambiental que conozca las condiciones locales establezca lo contrario.

Las fuentes de agua existente y nueva requieren las siguientes medidas de protección:

- ∑ Restricción del acceso a personas y animales. Si es necesario, se construirá un cerco y se colocará un guardia.
- ∑ Garantía de que la eliminación de excretas se hará a una distancia segura de la fuente de agua.
- ∑ Prohibición de bañarse, lavarse y criar animales, corriente arriba de los puntos de recogida en ríos y torrentes.
- ∑ Elevación de los pozos para protegerlos de la contaminación. Esto incluye un drenaje adecuado del agua vertida en una fosa de absorción situada a distancia segura de la boca del pozo;
- ∑ Cálculo de la producción máxima de los pozos; una extracción excesiva podría propiciar una intrusión salina (en áreas costeras> o hacer que el pozo se agotara. Si es necesario, se racionará el suministro de agua.

En muchas situaciones de emergencia, resulta necesario llevar el agua a las áreas afectadas por el desastre o a los campamentos de refugiados, los tanques para el transporte del agua pueden obtenerse localmente de empresas que venden agua, lecherías, cervecerías, plantas embotelladoras, etc. Antes de iniciar el transporte de agua, hay que inspeccionar todos los camiones para comprobar que son adecuados y que están limpios y desinfectados. Como regla general, no deben usarse camiones que han sido utilizados para transportar gasolina, productos químicos o aguas residuales.

Una de las razones para recomendar que se mantengan niveles elevados de cloro residual en el agua durante emergencias es que, de esta forma, se dispone de una capacidad desinfectante extra para controlar la contaminación en los tanques de almacenamiento provisional que permanecen abiertos (sobre todo, los de goma hinchable). El riesgo de contaminación de estos tanques puede reducirse grandemente añadiendo un grifo (si es posible) o un sifón que permita extraer el agua lo más cerca posible de la parte inferior del depósito, en lugar de introducir objetos para sacar agua, posiblemente contaminándola. Además, si se instala este grifo o sifón, el tanque podrá cubrirse (p. ej., con un plástico). Al solicitar tanques de agua para situaciones de emergencia, debe darse prioridad a los depósitos de agua cerrados que eviten el riesgo de contaminación.

Si existe localmente, puede utilizarse un equipo móvil de purificación de agua. Sin embargo, estas plantas requieren operarios cualificados, energía eléctrica auxiliar e instalaciones de mantenimiento y reparación y su producción de agua potable es limitada. La solicitud de un equipo móvil como parte de los suministros de emergencia debe considerarse con mucha cautela. La experiencia demuestra que se producen muchos fallos porque el equipo importado no se adapta a las condiciones del lugar afectado por el desastre. El envío de plantas móviles de tratamiento de agua debe ser siempre de baja prioridad, ya que son costosas, voluminosas y ocupan un lugar que sería preferible destinar a otros fines.

10.7 Distribución masiva de desinfectantes

La distribución masiva de tabletas, polvo o líquidos desinfectantes solo debe ser tomada en consideración en las circunstancias siguientes:

1. Si las personas afectadas saben cómo usarlos;
2. Si las personas afectadas pueden recibir adiestramiento para su uso inmediatamente después del impacto, mediante una enérgica campaña de información;
3. Si se distribuyen los depósitos de almacenamiento de agua adecuados;
4. Si el personal de salud pública o de salud comunitaria ayuda a asegurar el uso adecuado y continuo de los comprimidos;
5. Si existe una red de distribución local que garantice un suministro continuo y adecuado para cubrir las necesidades durante toda la fase de emergencia y al comienzo de la fase de rehabilitación.

En general, pueden distribuirse estos desinfectantes a personas o a grupos pequeños y controlados para que purifiquen pequeñas cantidades de agua potable durante una o dos semanas. Debe hacerse todo lo posible para restablecer la cloración normal y para proteger los pozos individuales y los tanques de almacenamiento. Esto puede lograrse sellando las grietas de las paredes de los pozos y los techos de los depósitos, creando el drenaje adecuado alrededor de los pozos y techando los reservorios.

10.8 Seguridad de los alimentos

La falta de higiene es la principal causa de las enfermedades transmitidas por los alimentos durante un desastre. Cuando se usan programas de alimentación, por ejemplo en refugios o campamentos, el saneamiento de las cocinas adquiere una importancia primordial, los utensilios han de lavarse en agua hervida o tratada y debe controlarse la higiene personal de las personas que preparan los alimentos.

Las provisiones de alimentos deben almacenarse en recipientes que eviten la contaminación por roedores o insectos. Es posible que deba improvisarse un sistema de refrigeración.

10.9 Saneamiento básico e higiene personal

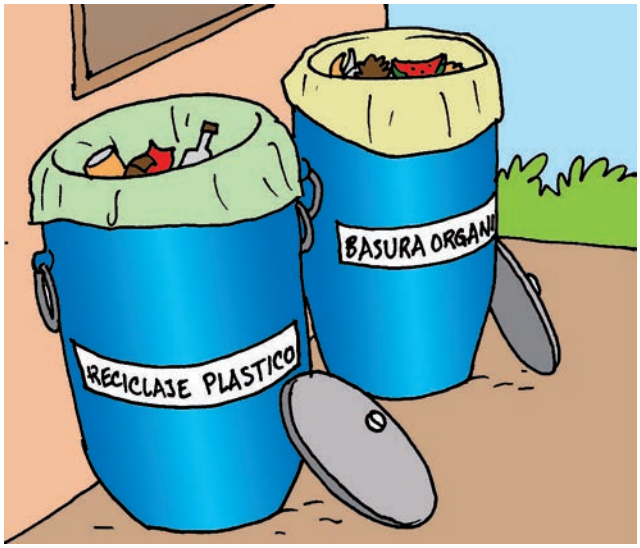
Muchas enfermedades transmisibles se propagan a través de la contaminación fecal del agua y los alimentos. Por tanto, debe hacerse todo lo posible para garantizar la eliminación higiénica de excretas. los desplazados, refugiados, el personal de socorro y los residentes en áreas cuyos servicios higiénicos quedaron destruidos deben disponer de letrinas de emergencia Aunque los servicios higiénicos no hayan sido dañados, será imposible lavarlos si no se dispone de agua. Para reducir el desarrollo del gas metano y de malos olores, debe usarse cal en las letrinas de trinchera comunales. Si no se dispone de ningún tipo de servicio de saneamiento, las personas deberán enterrar sus excrementos.

Tras los desastres naturales, la higiene personal tiende a disminuir, sobre todo en las áreas densamente pobladas y cuando el suministro de agua es escaso. Se recomienda poner en práctica las medidas siguientes:

1. Proporcionar instalaciones donde la gente pueda lavarse las manos (en refugios, asentamientos y campamentos temporales);
2. Proporcionar lugares adecuados para la limpieza, aseo y baño (en campamentos de refugiados y personas desplazadas);
3. Disponer de cantidades adecuadas de agua (en áreas afectadas por el desastre y campamentos de refugiados y personas desplazadas);
4. Evitar el hacinamiento en los dormitorios;
5. Iniciar campañas de educación sobre higiene personal, saneamiento básico y manejo de los residuos.

Las aguas residuales de los campamentos de refugiados y personas desplazadas, de los hospitales de campo, de los centros de alimentación, de los servicios de lavado, etc., requieren un sistema de eliminación adecuado. A estos efectos, lo más frecuente es utilizar fosas permeables, fosas de filtración o trincheras de absorción.

10.10 Manejo de los desechos sólidos



Frecuentemente el manejo de los desechos sólidos supone un problema especial en situaciones de emergencia. Tras un desastre, las autoridades no solo han de enfrentarse a las basuras y desechos, sino también a los escombros de edificios, servicios públicos, árboles, plantas y animales muertos. La limpieza rápida de los escombros es muy importante en relación con la posterior rehabilitación. Por ejemplo, al despejar las carreteras no solo se restablecen las vías de acceso, sino que se ejerce un impacto psicológico positivo en la población. La eliminación sanitaria de las basuras y otros desechos es, además, la forma más importante de controlar las enfermedades transmitidas por vectores. La recolección de desechos en las zonas afectadas debe restablecerse lo antes posible. Se recomienda enterrar o quemar los desechos sólidos orgánicos, evitando su acumulación a cielo abierto. los cadáveres de animales que esperan ser enterrados deben ser rociados con queroseno como protección frente a los predadores. Es difícil quemar los grandes cadáveres de animales, salvo que se construyan incineradores especiales, y estos necesitan enormes cantidades de combustible.

Para retirar los escombros, recoger los desechos sólidos y operar los sitios de eliminación, será necesario disponer de equipo pesado los acuerdos previos establecidos con los propietarios de estos equipos pueden facilitar su uso después de un desastre. Si no es posible proporcionar los servicios adecuados, deberán darse instrucciones a la población sobre la mejor forma de manejar sus residuos (por ejemplo, enterrándolos o quemándolos en solares). Los vertederos establecidos pueden hallarse inutilizados o ser inaccesibles durante períodos prolongados, por lo que quizá sea necesario establecer nuevas localizaciones.

La elección de estos nuevos lugares debe hacerse con el máximo cuidado, pues tan pronto como comienzan a depositarse los desechos en una zona, esta suele convertirse en un lugar de vertido permanente, los escombros de los edificios pueden usarse para mejorar las vías de acceso o en otras zonas donde se necesiten rellenos. Si es posible, los restos voluminosos deberán aplanarse con bulldozers.

Se deben tomar precauciones especiales en la eliminación de materiales peligrosos (por ejemplo, transformadores de alto voltaje dañados que contienen bifenilos policlorados). Los residuos potencialmente peligrosos deben ser almacenados en lugares seguros de los que puedan ser retirados más tarde para su identificación, recuperación, tratamiento o eliminación.

10.11 Control de vectores

En los períodos de emergencia y rehabilitación, han de intensificarse los programas de control de enfermedades transmitidas por vectores, sobre todo en las zonas en que estas enfermedades sean endémicas.

En situaciones de emergencia, deben ser objeto de especial preocupación la leptospirosis y la fiebre por mordedura de rata (ratas), el dengue y el paludismo (mosquitos), el titus (piojos, pulgas) y la peste (pulgas). En las zonas inundadas, las ratas abandonan sus madrigueras buscando escondrijos secos, a menudo en las viviendas. Las aguas de las inundaciones proporcionan muchas oportunidades para que se reproduzcan los mosquitos. los animales muertos y otros residuos orgánicos facilitan la alimentación de ratas y otros vectores.

Las siguientes medidas de emergencia son esenciales para el control de los vectores:

1. Reiniciar la recolección y eliminación sanitaria de los desechos lo antes posible;
2. Llevar a cabo campañas de educación pública para eliminar los criaderos de vectores en las viviendas y su proximidad y sobre las medidas para evitar las infecciones, incluida la higiene personal;
3. Investigar los campamentos y áreas densamente pobladas para identificar posibles lugares de reproducción de mosquitos, roedores y otros vectores;
4. Eliminar de forma permanente los lugares de reproducción de los vectores, drenando o rellenando los estanques, charcas y zonas pantanosas; invirtiendo o eliminando los envases; cubriendo los reservorios de agua y llevando a cabo la eliminación sanitaria de los desechos;
5. Reestablecer la fumigación de los interiores, si en las áreas inundadas se utilizaba este método para aplicar insecticidas residuales;
6. En las zonas donde se sabe que hay tifus, aplicar insecticida residual en polvo a las personas infectadas por piojos y a sus vestidos y ropas de cama en los campamentos y asentamientos provisionales (pueden emplearse DDT, lindando o, alternativamente, malatión o carbaryl, dependiendo de las cepas resistentes de cada localidad);
7. Almacenar los alimentos en áreas cerradas y protegidas.

Un control bien organizado de los lugares de reproducción de los mosquitos reduce enormemente la necesidad de fumigación, pero si la revisión demuestra que es necesario llevarla a cabo, deberán utilizarse los recursos locales. No obstante, no hay que olvidar el elevado costo de la fumigación y lo limitado de sus beneficios.

Las medidas de control de los vectores deben asociarse a otras intervenciones sanitarias, como la quimil profilaxis de la malaria, para reducir o eliminar el riesgo de infección. En el período inmediatamente posterior a un desastre natural, resulta casi imposible controlar satisfactoriamente las moscas y los roedores. Las únicas medidas aceptables frente a estas plagas son el saneamiento ambiental y la higiene personal.

10.12 Entierro de los muertos

Los peligros para la salud derivados de los cadáveres son mínimos. Especialmente cuando las muertes se debieron a traumatismos, es muy poco probable que los cadáveres provoquen brotes de enfermedades como la fiebre tifoidea, el cólera o la peste. Cuando los cadáveres contaminan los arroyos, pozos, u otras fuentes de agua, podrían transmitir gastroenteritis o síndromes de intoxicación alimenticia a los sobrevivientes.

Aunque los riesgos sanitarios son mínimos, los cadáveres presentan un problema social delicado. Siempre que sea posible, deberán seguirse las costumbres locales de entierro o cremación. El entierro, si es aceptable y físicamente posible, es el método mejor y más sencillo. No existe justificación sanitaria para la cremación y las cremaciones masivas requieren grandes cantidades de combustible. Antes de su entierro o cremación, es necesario identificar a los cadáveres y registrar dicha identificación. En muchos países, para poder disponer del cadáver son necesarios un certificado de defunción o una autopsia. Debe considerarse la conveniencia de incorporar un párrafo de renuncia en la legislación relativa a los desastres.

10.13 Información pública y medios de comunicación

Además de las medidas específicas antes mencionadas, hay que proporcionar una amplia información pública sobre los servicios y recursos de salud ambiental disponibles, su localización y las autoridades a las que hay que comunicar los problemas concretos. De esta forma, la población conocerá mejor la magnitud de la emergencia, disminuirá la confusión y mejorará la efectividad de las actividades de emergencia relacionadas con la salud ambiental.

Los medios de comunicación desempeñan un papel sumamente importante en la difusión de esta información, es esencial que las autoridades y los medios de comunicación estén de acuerdo acerca de los objetivos de la diseminación de la información y de los papeles que cada uno de ellos deben desempeñar ante el desastre. Se recomienda que se lleven a cabo reuniones o seminarios de preparación para las emergencias, con el fin de aclarar los distintos papeles y responsabilidades.

Capítulo 11

Planificación, diseño y gestión de asentamientos y campamentos

La administración sanitaria de desastres en ciertas ocasiones requiere de la evacuación de victimas, aunque esto es muy complejo ya que las personas afectadas temen dejar sus pertenencias. Es por ello que la autoridad encargada de la atención de los desastres considerara en los planes de emergencia, la ubicación de los albergues, los que en lo posible garantizaran el acceso a los servicios básicos y la comodidad de los albergados. Los albergues se planificaran para periodos cortos, ya que las familias afectadas necesitan incorporarse a la vida normal productiva.

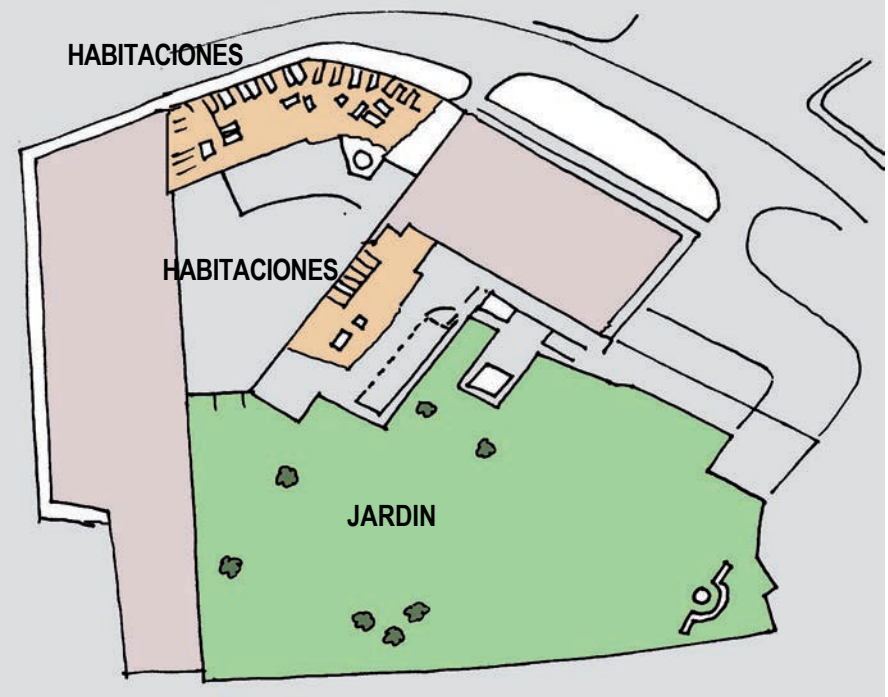
11.1 Introduccion[19]

En general, las autoridades sanitarias no tienen responsabilidad directa sobre el establecimiento y la administración de los campamentos y asentamientos provisionales. Sin embargo, como muchos de los aspectos de la administración del campamento repercuten en la salud de sus residentes, el coordinador del sector salud para la gestión de desastres debe intervenir en la toma de las decisiones lo más pronto posible.

11.2 Planificación de los asentamientos y campamentos

Los asentamientos provisionales o los campamentos más permanentes surgen por diferentes razones. Tras las inundaciones, las personas pueden verse forzadas a mudarse a tierras secas más elevadas. Estos asentamientos suelen desaparecer espontáneamente cuando las aguas vuelven a su nivel normal, pero pueden prolongarse si la inundación daña gravemente los terrenos agrícolas o donde hay construcciones.

ALBERGUE



Tras los terremotos o vientos destructivos, algunas personas que perdieron sus hogares pueden no encontrar alojamiento junto a parientes o amigos. Si los temblores persisten o si se percibe un riesgo continuado, las personas suelen desplazarse a espacios abiertos, parques o campos.

La asistencia humanitaria debe prestarse en el hogar de los damnificados o en su proximidad. Siempre que sea posible, deberá evitarse la creación deliberada de campamentos. Estos, al igual que los campamentos y asentamientos provisionales producen más problemas de los que resuelven, ya que conllevan mayores probabilidades de que aparezcan enfermedades transmisibles una vez pasado el período inmediatamente posterior al desastre y porque a menudo se convierten en permanentes, aún cuando no fuera esa la intención al crearlos.

[19] Los desastres naturales y la protección de la salud OPS, 2000.

Podría pensarse que al proveer de servicios a los campamentos la población tendiera a permanecer en ellos y volverse dependiente de la ayuda. Aunque ello puede ser cierto tras un período prolongado, rara vez se produce a corto plazo. En general, las personas prefieren recuperar sus vidas y entornos habituales y la dependencia, cuando surge, suele deberse a que no tienen otra alternativa.

11.3 Establecimiento de campamentos y asentamientos

El establecimiento de campamentos y asentamientos cumple dos objetivos. El primero consiste en garantizar que sus habitantes consigan un nivel de vida lo más parecido posible al que alcanzan grupos similares en el país que no residen en campamentos. Sobre todo en los asentamientos provisionales, los trabajadores y organizaciones voluntarias a veces proporcionan servicios, alimentos y viviendas muy superiores a los que los damnificados tenían antes y que volverán a tener una vez cese la emergencia. Esto produce roces con la población vecina y hace que los refugiados adquieran expectativas que las autoridades nacionales no podrán cubrir. El segundo objetivo consiste en minimizar los costos de capital y recurrentes y el grado en que el funcionamiento del campamento requiere una administración externa continua.

11.4 Selección del lugar

La localización de campamentos y asentamientos debe establecerse en los planes para desastres. Si no se hizo así, deberá elegirse un sitio adecuado lo antes posible, ya que ello afectará a todas las demás decisiones en cuanto a disposición y provisión de servicios.

> El lugar debe tener un buen drenaje y no debe ser propenso a las inundaciones estaciónales, a los derrumbes, maremotos ni marejadas y debe encontrarse lo más cerca posible de una carretera principal para facilitar los suministros.

Si se espera recibir ayuda internacional, debe optarse por un lugar que tenga acceso relativamente fácil a un aeropuerto o a un puerto. La localización del campamento fuera de las áreas urbanas ya existentes facilita el acceso y puede reducir los problemas administrativos, pero para un asentamiento a largo plazo, una localización próxima a una comunidad ya existente facilita el transporte y la búsqueda de empleo.

Alrededor de las áreas urbanas, donde la demanda de tierra es alta, los predios posibles para instalar campamentos podrían estar disponibles precisamente porque no son adecuados para uso residencial. Debe considerarse la posibilidad de comprar terrenos o de utilizar tierras del gobierno.

11.5 Diseño del campamento

Las comunidades permanentes se caracterizan no solo por sus construcciones y calles, sino también por sus lazos sociales. Cuando las personas comparten servicios y tienen necesidades comunes, se establece un sistema de obligaciones mutuas que regulan el comportamiento relacionado con la protección de la propiedad, los desechos y aguas residuales, el uso de letrinas y las áreas de juego de los niños. En las poblaciones marginales, estos mecanismos pueden ser inadecuados, pero en los campamentos pueden faltar por completo. Esta falta de cohesión social contribuye a la transmisión de enfermedades (p. ej., por no usar las letrinas) y dificulta la administración. Una atención adecuada y oportuna a la distribución física reducirá estos problemas.

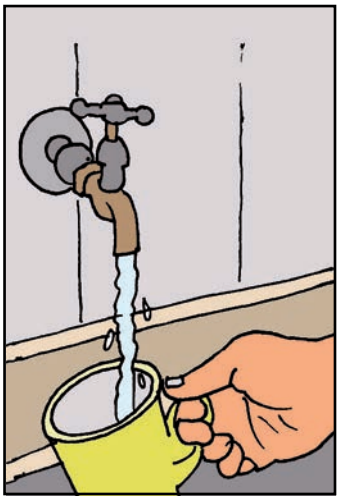
Los campamentos deben diseñarse de tal manera que agrupen pequeños núcleos familiares alrededor de los servicios comunales. El acceso a un grupo de servicios concretos (letrinas, puntos de distribución de agua) debe limitarse a un grupo determinado de personas y las "comunidades" individuales dentro del campamento deben ser lo suficientemente pequeñas como para estimular el desarrollo de estructuras sociales. Muchas de las tareas administrativas, como el mantenimiento de las letrinas o la vigilancia de las enfermedades, pueden delegarse en parte en estos grupos, en lugar de asignarías a una mano de obra asalariada. Este campamento puede ampliarse sin disminuir la calidad de los servicios, añadiendo unidades en su periferia. Deben crearse áreas para la administración, recepción y distribución de los residentes del campamento, servicios de almacenamiento, lugares de distribución de suministros y áreas recreativas.

Los diseños en cuadrícula, con áreas cuadradas o rectangulares para las viviendas cruzadas por calles paralelas, ampliamente utilizados en el pasado, ofrecen la ventaja de que resulta fácil incorporar los sistemas de agua, drenaje y electricidad al plano del campo cuando el terreno disponible es limitado y permiten, además, acomodar a una alta densidad de población. Esta última ventaja también puede ser una desventaja, ya que es probable que faciliten la transmisión de enfermedades. los campamentos en cuadrícula son relativamente inapropiados para familias y se deben evitar, especialmente, si se van a utilizar por mucho tiempo.

11.6 Servicios del campamento

11.6.1 Suministro de agua

La cercanía a una fuente segura de agua es uno de los criterios más importantes al elegir un sitio para establecer un campamento. Si este se encuentra cerca de un abastecimiento público de agua, podrá hacerse una conexión al mismo, lo que permitirá solucionar un problema importante.
usarse otros sistemas y fuentes, como las bombas y purificadores autónomos, pero estos son más costosos y requieren un mantenimiento continuo. En algunas áreas, los pozos entubados o excavados pueden proporcionar agua potable barata y de alta calidad.



Es frecuente que el agua almacenada en depósitos provisionales, como los tanques plegables o los contenedores domésticos, se contamine. Para prevenir este problema, debe mantenerse una cloración adecuada y el cloro residual y el estado bacteriológico del agua debe examinarse diariamente. El ACNUR (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados) recomienda suministrar un mínimo de 15 litros de agua potable por persona por día para cubrir las necesidades de los hogares.

11.6.2 Eliminación de excretas

El saneamiento adecuado es un elemento esencial para prevenir las enfermedades diarreicas. Debe disponerse de al menos una letrina por cada 20 personas y las letrinas deben estar situadas en lugares de fácil acceso desde cualquier punto del campamento, para estimular su uso. Lo ideal es que exista una letrina por familia.

11.6.3 Servicios de salud

Si el campamento está bien organizado y dispone de saneamiento, agua y alimentos suficientes, las condiciones de salud serán similares a las del resto de la población. A menos que se justifique por razones médicas, deberá evitarse que el cuidado de salud para los residentes sea superior al de la población general. Los servicios de salud pueden estar a cargo de voluntarios o del personal de salud gubernamental asignado al campamento, pero también pueden proporcionarse aumentando la capacidad del servicio de salud más cercano. Los servicios de salud deben centrarse, sobre todo, en la prevención de enfermedades transmisibles específicas y establecer un sistema de notificación de salud.

Capítulo 12

Sala situacional de salud

La Sala de Situación de Salud es un espacio físico y/o virtual donde la información en salud es analizada sistemáticamente por un equipo de trabajo para caracterizar la Situación de Salud de una población, especialmente durante situaciones de emergencia. La información es presentada y difundida en diversos formatos como tablas, gráficos, mapas, documentos técnicos o informes estratégicos.

12.1 Introducción[20] [21]

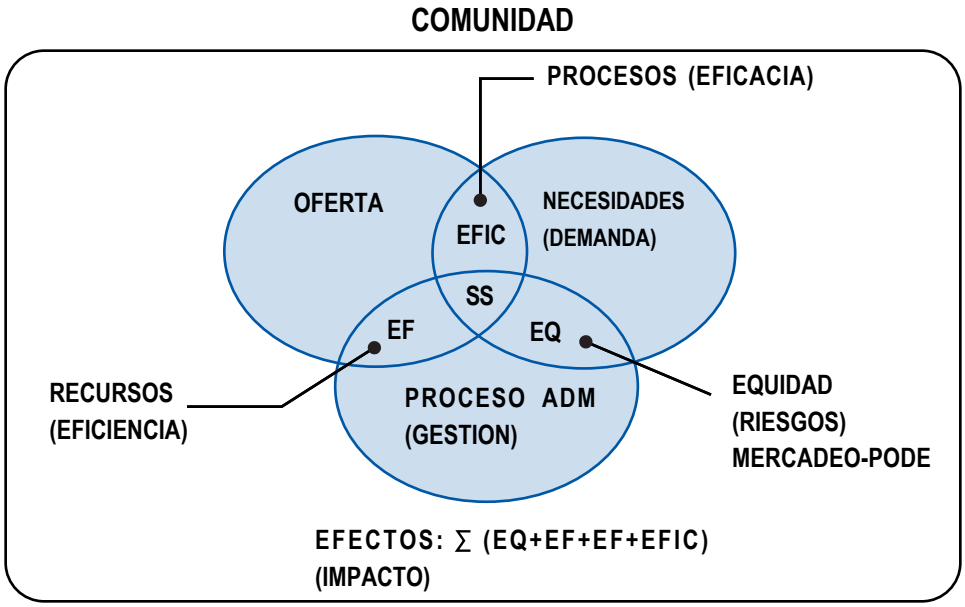
Es un hecho reconocido que el nivel de la salud está determinado por las condiciones de vida de las personas, familias y comunidades; y que estas condiciones de vida están vinculadas, a su vez, con el grado de desarrollo y de participación de los actores de la sociedad civil, en el ámbito local.

El instrumento, por excelencia, para lograr este cambio es la **Sala Situacional.** La sala situacional se convierte en la instancia para la articulación entre la planificación estratégica y la coyuntura para facilitar espacios para la negociación y concertación de los compromisos a ejecutar por los diferentes actores sociales involucrados en la producción social de salud, en el ámbito local.

12.2 Sala Situacional

La Sala Situacional es un espacio, virtual y matricial, de convergencia en donde se conjugan diferentes saberes para la identificación y estudio de situaciones de salud coyunturales o no, el análisis de los factores que los determinan, las soluciones más viables y factibles de acuerdo con el contexto local y el monitoreo y evaluación de los resultados obtenidos después de la aplicación de las decisiones tomadas.

Cuando hablamos de situaciones de salud no nos estamos refiriendo, como podría pensarse, a las tradicionales situaciones de analizar los daños y, en el mejor de los casos, evaluar los riesgos sino a todo tipo de situación empezando por las relacionadas con el análisis y evaluación del proceso de formulación de políticas y la fijación de prioridades hasta la evaluación del impacto en la población, pasando, por supuesto, por los asuntos relacionados con los recursos humanos, la tecnología empleada, el financiamiento del sector, el proceso de reforma y muchas otras variables que revisaremos a continuación. Vista y entendida así la sala situacional supera el que hacer tradicional de la epidemiología aplicada a los servicios de salud y se convierte en el instrumento idóneo para realizar la vigilancia de salud pública.



[20] Guía técnica operativa de las salas de situación. MSPAS, 2008.

[21] Sala Situacional, Instrumento de Vigilancia de Salud Pública, OPS-OMS 2006

Existen, al menos, tres elementos básicos en todo proceso de gestión de un programa en el sector salud, y este concepto es aplicable a la **Sala Situacional**.

Estos elementos están representados en la gráfica anterior. Para que la interacción entre la demanda y la oferta sea efectivamente correspondida, es necesario tener en cuenta, un componente usualmente dejado de lado, el proceso administrativo o la gestión para que dicha interacción sea posible en forma fluida.

Cuando se toman en cuenta estos tres elementos se puede visualizar, más fácilmente, las relaciones existentes con el impacto o efecto, las cuales aunque aparentemente lineales y sencillas, según la gráfica, tiene un alto grado de complejidad que sin pretender ignorarlo, lo hemos simplificado para efectos de mejor comprensión de nuestra propuesta conceptual.

De acuerdo con la gráfica el momento de medición de las inequidades es el resultado de un proceso de mercadeo en el cual se realiza una segmentación y estratificación de la población, mercado de necesidades para poder identificar y caracterizar con máximo de detalles las brechas o desigualdades entre grupos humanos sometidos a una estructura de riesgos que producen enfermedad, discapacidad y muerte prematura en dichos conjuntos poblacionales.

Se requiere, entonces, de una primera interacción entre el proceso administrativo y la demanda para hacer posible el conocimiento necesario para caracterizar la estructura de las necesidades y poder aplicar una metodología de priorización.

Una vez conocida la estructura y priorizadas las necesidades, el momento siguiente es la articulación entre esa demanda y la oferta y aquí lo que interesa es la eficacia de los procesos y programas de salud pública que se definan para modificar, positivamente, la estructura de las necesidades.

Para que los procesos implementados intervenciones- alcancen la eficacia esperada es necesario resolver un tercer momento, el cual se refiere a la eficiencia, es decir, la movilización de los recursos, de todo tipo en el tiempo y espacio, necesario para que se puedan implementar las intervenciones procesos . Y es entonces, y solo entonces, cuando podemos iniciar a pensar en los potenciales efectos -impacto- de las intervenciones sobre la población.

De manera que es prácticamente imposible, desde la perspectiva de este modelo, hablar de impacto sin antes haber definido con bastante detalle las desigualdades o brechas en salud entre los grupos humanos de interés, haber definido la eficacia esperada en los procesos que se aplicarán a las necesidades priorizadas y haber asegurados los recursos, humanos, físicos, financieros, tecnológicos, políticos, culturales, etc. para garantizar el mínimo de condiciones de éxito para la intervención.

Si aceptamos que la medición del impacto -efecto- tiene la forma de una ecuación en donde se requiere la sumatoria del conocimiento derivado de la equidad, eficacia y eficiencia; podremos decir que la sala situacional es el espacio en donde convergen diferentes saberes para intentar resolver los interrogantes que se dan en cada uno de estos momentos. Por lo tanto, esta es otra buena razón para pensar que la sala situacional es terreno de diferentes disciplinas del conocimiento y no del dominio exclusivo de la epidemiología.

La vigilancia de salud pública, entendida no solamente como el monitoreo de las desigualdades e inequidades en salud, sino también como la medición y evaluación de los factores que las determinan y su respectivo componente propositivo; será efectiva en la medida en que la sala situacional se convierta en el espacio de negociación y concertación de las intervenciones a ejecutar por los diferentes actores sociales involucrados en la producción social de salud, en el ámbito local.

"La principal preocupación del equipo que se reúna en forma matricial en la sala situacional debe ser la identificación, medición y reducción de las brechas o desigualdades injustas y evitables en salud que creen obstáculos para el desarrollo humano sostenible con equidad"

12.3 Estructura y organización

La sala de situación se compone de:

- ∑ Una infraestructura física
- ∑ Una infraestructura informativa
- ∑ Una infraestructura computacional dura
- ∑ Una infraestructura computacional blanda
- ∑ Un equipo humano técnico
- ∑ Una Institucionalidad expresa

Organización

La sala de situación debe de estar especialmente acondicionada para facilitar la discusión técnica, informada que culmine con decisiones acertadas y en equipo, contando con 3 espacios entre sí:

- ∑ Sala de comando
- ∑ Sala de trabajo
- ∑ Sala de decisiones

12.4 Fases de implementación de la sala situacional de salud

- ∑ Fase de Montaje (recolección)
- ∑ Fase de Organización y Análisis de Datos (Procesamiento y análisis)
- ∑ Fase de coordinación con los equipos técnicos para la definición de intervenciones (Toma de decisiones)

12.5 Usos y funciones de la sala de situacional de salud

- ∑ Producción de estudios sobre la situación de salud
- ∑ Monitoreo y evaluación de la situación de salud de grupos humanos
- ∑ Identificar necesidades de investigación.
- ∑ Gestión de la organización
- ∑ Negociación política y movilización de recursos
- ∑ Difusión de la información
- ∑ Interacción con medios masivos de comunicación

12.6 Indicadores en la sala situacional

- ∑ Indicadores
- ∑ Demográficos
- ∑ Indicadores sociales y económicos
- ∑ Indicadores de recursos humanos
- ∑ Indicadores epidemiológicos
- ∑ Indicadores de producción de servicios ambulatorios
- ∑ Indicadores de infraestructura
- ∑ Indicadores presupuestario sindicadores programáticos
- ∑ Indicadores de producción de servicios hospitalarios fuentes de información integración

12.7 Procesos de la sala de situación de salud

La Sala de Situación de Salud se define como un proceso continuo, sistemático de:

- ∑ Recolección de datos.
- ∑ Tabulación.
- ∑ Procesamiento.
- ∑ Graficación.
- ∑ Georeferenciación.
- ∑ Análisis.
- ∑ Estrategias.
- ∑ Toma de decisiones.

12.8 La equidad en salud y la sala situacional

La Oficina Panamericana de la Salud ha tomado a la EQUIDAD como un valor para promover la justicia social en el campo de la salud pública.

Más concretamente ella propone que los fondos públicos, en salud, deben ser puestos preferencialmente en aquellos servicios de salud que cumplan con los siguientes criterios: que sean costo/efectivos en generar grandes ganancias en el nivel de salud en el marco de la escasez de recursos económicos y que generen beneficios en salud que vayan más allá de los individuos que utilizan los servicios.

Entre los determinantes sociales y la salud de las poblaciones ha sido, cada vez más, estudiada y documentada y esto ha permitido construir argumentos de peso para la formulación de políticas públicas saludables que impacten a la mayoría de la población.

Medición de las Inequidades.

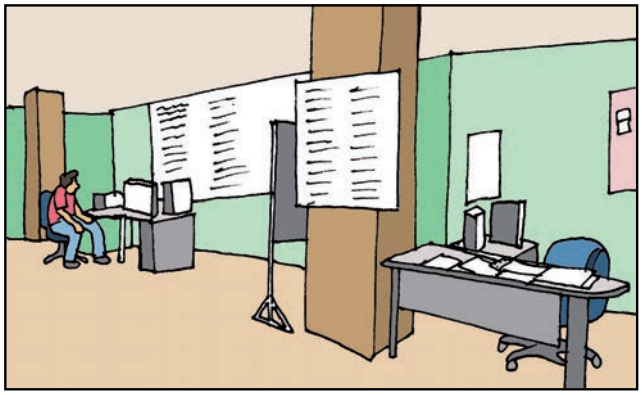
Existen muchas y variadas formas de cuantificar las inequidades, el rango de metodologías, técnicas e indicadores es realmente inagotable por lo que recomendamos utilizar, eclécticamente, aquellos que sirvan para resolver, en un determinado momento, la necesidad de medición, llamando la atención que todo proceso de medición exige atención a la precisión y a la validez de la medición. En general, las poblaciones pueden ser agrupadas –estratificadas- en función de algún o algunos criterios dependiendo del objetivo que se tenga en mente.

Un criterio muy utilizado es la condición económica; por su condición étnica o por género, también hay quienes las estiman en función de la ruralidad u ocupación.

Hay quienes prefieren hacerlas de acuerdo a la condición de salud en sí misma como saludable o no saludable o bien por la utilización de los servicios de salud y el financiamiento del mismo.

Finalmente en función de la equidad no se puede hablar del derecho de la salud si no existe primero el acceso para la restaurar la salud y en este aspecto debe tomarse en cuenta lo referido a la calidad de los servicios.

12.9 Objetivo de la sala situacional de salud



Desarrollar una cultura de análisis y uso de la información producida en los servicios de salud institucionales y comunitarios, para que mediante la aplicación del instrumento de sala situacional, se identifiquen las inequidades en salud y sus determinantes y se puedan aplicar las intervenciones más costo/efectivas, mejor sustentadas; para reorientar los servicios de salud hacia la atención de las prioridades identificadas, con eficacia y eficiencia; a fin de mejorar las condiciones de salud y de vida de la población, con calidad y equidad.

Específicos:

- ∑ Identificar y medir las desigualdades e inequidades existentes entre grupos humanos, especialmente los más postergados.
- ∑ Ajustar los planes operativos a las políticas, prioridades y compromisos de gestión en salud, para la reducción de las brechas detectadas.
- ∑ Fortalecer la capacidad de anticipar las amenazas que puedan profundizar las inequidades en salud pública y proponer la respuesta institucional y social organizada frente a dichas amenazas.

Incorporar, progresivamente, esquemas y procedimientos metodológicos prácticos e innovadores que faciliten combinar información de fuentes y sectores diversos, como un apoyo al proceso de crear escenarios favorables para la reducción de las inequidades y los mecanismos para su monitoreo y evaluación, en los diferentes niveles de gestión, con especial énfasis en el nivel local.

12.10 Elementos Básicos de la Sala Situacional de Salud

a) Datos e Información sobre población: Georeferenciada

El conocimiento, lo más cercano a la realidad, de la población sujeto de atención por parte de los servicios. Este elemento es básico pues constituye el conocimiento sobre las características fundamentales del cliente y, en consecuencia, será la base de toda la programación. Se debe conocer el volumen de la población, su distribución (urbana, semiurbana y rural), su composición (por sexos), su estructura (según edades, ciclo vital), su dinámica migratoria y crecimiento vegetativo.

Realizar un croquis y destacar en estos la relación de los asentamientos humanos urbanos, semiurbano y rurales, su relación espacio-temporal con la red de servicios y los horarios de prestación de los mismos.

Esto facilita la comprensión de la distribución del fenómeno o variable en estudio, en términos espaciales.

Elaborar un mapa para observar la distribución geo-referenciada de cada una de las prioridades, cuando aplique, según los distritos de salud, por ejemplo, mortalidad materna e infantil , rabia, TBC, etc., y su relación con alguno de los determinantes de la situación de salud, por ejemplo, con la situación económica -PIB-, social, cultural, política, étnica u otras.

Destacar las características ecológicas que faciliten la transmisión de algunas enfermedades, por ejemplo, el dengue, la malaria, diarrea, respiratorias, entre otros.

Tener la población según ciclos vitales (lactantes, niños, adolescentes, jóvenes, adultos y ancianos) y sexo, para poder ser selectivo en la aplicación de intervenciones.

b) Datos e Información sobre condiciones de vida

El conocimiento de las condiciones en que viven las personas, es decir, las características sociales y culturales, tales como la escolaridad, el empleo/desempleo, el ingreso, las principales actividades económicas (ocupaciones), tipo de viviendas y hacinamiento, fuentes de energía, dieta, ejercicio/sedentarismo, etnicidad, relaciones de género, uso de servicios de salud, gasto en salud (público y privado), cobertura y calidad de servicios ambientales básicos (agua potable, alcantarillado, recolección de basura, control de vectores y roedores), tenencia de animales domésticos en casa, recreación, entre otros.

En este apartado no es necesario hacer mucho esfuerzo por producir estos datos; es mejor identificar las fuentes que los produzcan y establecer negociaciones para obtenerlos con menor esfuerzo pero con el grado de detalle requerido, por ejemplo, si necesitamos la escolaridad por distrito y por sexo, es imperioso obtenerlo así.

c) Datos e Información sobre factores de riesgo

El conocimiento de los factores de riesgo, tanto los que protege como los que agreden a la salud, derivados de las condiciones de vida identificadas; son importantes para anticipar los daños a la salud que se enfrentarían a corto, mediano y largo plazo. Factores de riesgo como los biológicos, ambientes, nutricionales, sociales, culturales, conductuales y laborales.

En este apartado es necesario tener el mayor grado de detalle sobre los factores de riesgo, al menos por distrito y área de salud, y en la medida de lo posible según sexo y edad.

Los factores biológicos, ambientales y nutricionales tienen mucha influencia en los extremos de la vida, lactantes, niños y ancianos; mientras que los conductuales y culturales tienen una mayor influencia en los adolescentes, jóvenes y adultos (ejemplo, violencia, uso de drogas, tabaco, licor, entre otros).

d) Datos e Información sobre los daños

El conocimiento de los daños esperados como consecuencia de los datos e información sobre los puntos anteriores, medidos en términos de carga de enfermedad, discapacidad y muerte prematura evitable.

Este apartado tiene una gama amplia de fuentes de información muy bien reconocida, sobre todo para la morbilidad y mortalidad.

Aquí es recomendable tener las 10 primeras causas (el resto y total) de morbilidad y mortalidad, según edad y sexo, con el mayor grado de desagregación por unidad geográfica tratando de mantener un equilibrio con la precisión de los indicadores que se quieran estimar en función de numeradores y denominadores que se hacen pequeños. En el caso de la morbi-mortalidad infantil y materna, generalmente, basta con tener las cinco primeras causas.

Capítulo 13

Evaluaciones rápidas en salud

Una evaluación rápida en salud pública en el contexto de un desastre, se refiere a recoger información para medir el grado del daño causado e identificar las necesidades básicas de la población afectada que requiere respuesta inmediata. La evaluación siempre es rápida, ya que tiene que ser hecha en un tiempo limitado, durante o inmediatamente después de una emergencia y con frecuencia en condiciones muy difíciles.

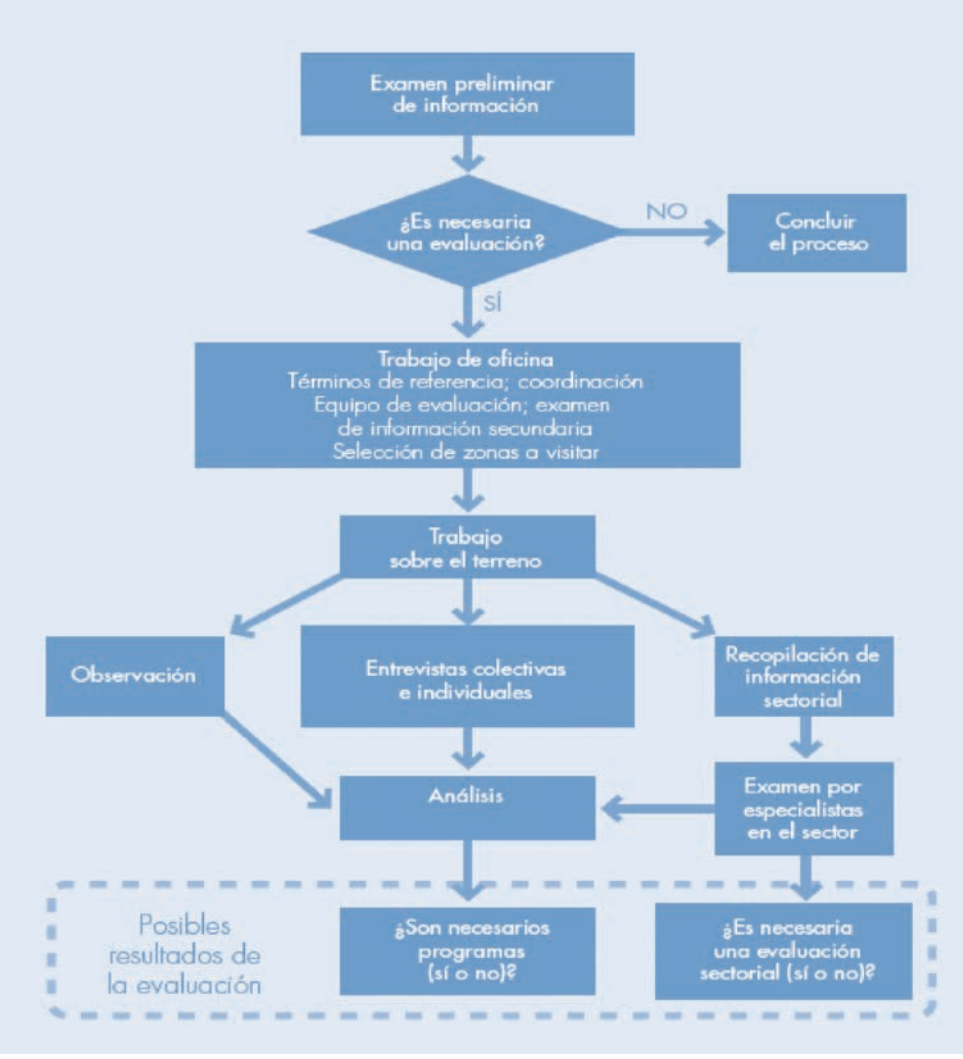
13.1 Introducción[22]

La evaluación es un elemento decisivo del proceso de planificación de programas, pues la información que en ella se obtiene forma la base para la toma de decisiones. Aunque la buena información no es garantía de un buen programa, la mala información sí es, casi siempre, sinónimo de un programa deficiente. Por otra parte, la utilización de una metodología estándar permite comparar los resultados de diferentes evaluaciones. Los generalistas desempeñan una función crucial en las evaluaciones de emergencia. Cuando se inicia la emergencia, es necesario realizar un análisis general para responder a las siguientes preguntas: ¿Cuáles son los principales problemas? ¿A quién afectan? Con la ayuda de las presentes Directrices, un equipo de generalistas puede dividirse una zona extensa y evaluarla en un período de tiempo breve, recopilando información sobre la situación general y sobre sectores claves (salud, agua potable, saneamiento, etc.). Recurriendo a generalistas se incrementa la flexibilidad y se reducen el tiempo y los gastos. No obstante, no por ello dejan de ser necesarios los especialistas. Los resultados de la evaluación general proporcionan la base para movilizar especialistas con fines más definidos.

13.2 Proceso de evaluación

Las actividades reflejadas en la figura 1, no siempre se realizan en el orden indicado. Por ejemplo el análisis y la revisión de información secundaria se llevan a cabo durante todo el proceso de evaluación.

Figura 13.1, Tomada Documento Directrices para las evaluaciones de emergencia, FICR 2005



[22] Directrices para evaluaciones de emergencia, FICR 2008

13.3 Categorías de las evaluaciones

13.3.1 Ciclo de Evaluación

Las evaluaciones se agrupan en tres categorías: Evaluaciones Rápidas, Evaluaciones detalladas y evaluaciones continuas.

Evaluación Rápida:

Se realiza después de producirse un cambio importante, como por ejemplo: Un terremoto, un desplazamiento repentino de refugiados y proporciona información sobre las necesidades de los afectados, los posibles tipos de intervención y los recursos necesarios. Normalmente, la evaluación rápida se realiza en una semana o menos tiempo. Le sigue una evaluación detallada.

Evaluación Detallada:

La evaluación detallada se realiza por cualquiera de las siguientes razones: a) Se ha realizado una evaluación rápida y se requiere información más detallada; b) La Cruz Roja y Media Luna Roja piensa trabajar en una nueva zona y necesita información detallada sobre la cual basar sus decisiones; c) La Cruz Roja y Media Luna Roja opina que la situación esa cambiando poco a poco y necesita más información. (Por ejemplo en caso de una sequía que se agudiza lentamente). Las evaluaciones detalladas se realizan en aproximadamente un mes aunque pueden consumir más o menos tiempo en función de la extensión de la zona evaluada, la complejidad de los problemas y los recursos disponibles.

13.3.2 Componentes de la Evaluación Rápida de Salud[23]

Se han listado recursos para un estudio más a fondo.

Objetivos

- Discutir las diferencias entre una evaluación rápida de salud durante una emergencia y otro tipo de evaluaciones rápidas de salud.
- Aprender los lineamientos para planificar y conducir una evaluación rápida de salud.

Competencias claves

- Identificar la información necesaria para una evaluación
- Planificar y conducir una evaluación rápida

13.3.3 Propósito

Cuando se trata de salud pública en el contexto de un desastre, una evaluación se refiere a recoger información para medir el grado del daño causado e identificar las necesidades básicas de la población afectada que requiere respuesta inmediata. La evaluación siempre es rápida, ya que tiene que ser hecha en un tiempo limitado, durante o inmediatamente después de una emergencia y con frecuencia en condiciones muy difíciles.

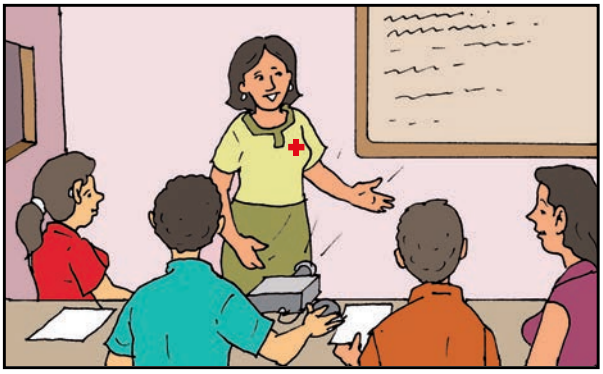
El propósito de una evaluación es:

- Evaluar el grado de la emergencia
- Describir el tipo y el impacto de la emergencia
- Medir el impacto de salud
- Evaluar la capacidad de la respuesta existente y necesidades adicionales
- Recomendar acciones de prioridad para una respuesta inmediata

[23] Protocolos de evaluaciones sanitarias rápidas en situaciones de emergencia, OMS 1999.

13.3.4 Planificando la evaluación

13.3.4.1 Determinando qué información obtener



Los dos criterios más importantes para decidir que tipo de información recoger en una evaluación rápida son su utilidad por la toma de decisiones a tiempo y por su importancia para la salud pública. Si una población desplazada está involucrada, la información debe ser recogida de la población que la recibe y de la población desplazada. La lista a continuación presenta alguna de la información a recoger, si es posible, en una evaluación rápida. Es importante adaptarla para desarrollar la evaluación a la situación que se tiene.

- ∑ Información pre-existente: estado de salud de la población antes de la emergencia, del gobierno, organizaciones y registros de las instituciones. Esto puede o no estar disponible pero si se puede es importante obtenerla.
- ∑ Tamaño de la población: Vea el módulo sobre Encuestas de Población para mayor información en cómo determinar el tamaño de la población, de nuevo, puede ser difícil obtener pero muy importante si por lo menos se obtiene un estimado del tamaño de la población.
- ∑ Estado de salud: Tasas de mortalidad, tasa de mortalidad de menores de 5 años, sexo/edad tasas de mortalidad, tasas de casos de fatalidad (CFR – case fatality rates)
- ∑ Demografía: distribución de la edad y el sexo de la población, incluyendo etnicidad, grupos vulnerables, y promedio del tamaño de los hogares.
- ∑ Saneamiento: Medidas de saneamiento adecuadas, número de letrinas, recursos de agua, practicas de saneamiento locales, quiebre de los sistemas de saneamiento
- ∑ Eventos con un potencial epidémico: enfermedades infecciosas que existan en el área, congregación de muchas personas en un área pequeña, acceso a la atención de salud, acceso a medicamentos de personas con enfermedades crónicas (medicamentos para Tb ó VIH/SIDA)
- ∑ Seguridad: violencia, violaciones sexuales, daños, situaciones generales de seguridad
- ∑ Estado nutricional: abastecimiento de comida y necesidades, distribución de agua y comida, calidad de agua, estado de la agricultura
- ∑ Recursos del área: instalaciones de salud, trabajadores de salud, acceso a medicamentos
- ∑ Red de contactos sociales: Identificar líderes comunitarios, vecinos, familias, amistades
- ∑ Situación política y económica: habilidad del gobierno para responder
- ∑ Logística: Transporte, comunicaciones, capacidad de combustible, almacenamiento y distribución de las provisiones
- ∑ Patrones de movimiento: patrones de migración hacia adentro y hacia fuera, población interna desplazada versus refugiados, actividades que son un riesgo constante (replicas, conflicto, etc.)
- ∑ Refugio y necesidades de ropa así como otras provisiones no comestibles: jabón, latas de jalea, utensilios de cocina

13.3.4.2 Coordine con diferentes organizaciones

Los equipos que hacen evaluaciones rápidas deben contactar lo más pronto posible a representantes de otras organizaciones que también brindan respuestas de emergencia, esto se hace para coordinar actividades y evadir duplicación de esfuerzos así como para abrir comunicación y compartir información de la comunidad. Coordinación y poner en común los recursos pueden producir una evaluación rápida más completa.

13.3.4.3 Seleccionando a las y los integrantes de los equipos

Idealmente, una evaluación rápida debe ser llevada a cabo por equipos multidisciplinarios con personal calificado, representando una gama de conocimientos.
Los siguientes criterios deben ser tomados en cuenta al seleccionar a las y los integrantes:

criterios

- Familiaridad con la región y población afectada
- Conocimiento de y experiencia con el tipo de emergencia
- Cualidades personales, por ejemplo, motivación y estado de salud, la capacidad de trabajo en equipo, y aceptación local de integrantes contratados fuera del país.
- Destrezas analíticas así como la habilidad de tomar las decisiones correctas con base a la poca información existente

13.3.4.4 Llevando a cabo la evaluación

Los pasos para llevar a cabo la evaluación son: recoger información, analizar la información, presentar los resultados y conclusiones, toma de decisiones, y monitoreo. Esto debe ser llevado a cabo en un periodo corto de tiempo dado la naturaleza de la evaluación.

13.3.4.5 Recogiendo la información

Las emergencias son a menudo caóticas, y la recolección de información durante una evaluación rápida de salud pueda que no proceda paso a paso, de una forma lógica. Sin embargo el plan para la recolección de información y su análisis debe ser sistemático. Además, las limitaciones de los diferentes recursos de salud deben ser tomadas en cuenta durante la recolección de la información y el análisis.

Cuando se recoja la información, es importante usar los mismos términos y definiciones en todas las etapas. Esta situación ayudará a asegurarse que la información es confiable y puede ser comparada a otras situaciones. Hay cuatro métodos principales para recoger información en evaluaciones rápidas:

- Revise la información existente
- Haga una inspección visual del área afectada
- Entrevístese con personas claves (entrevista a informantes claves)
- Encuestas rápidas
- Si el tiempo y los recursos lo permiten Ud. puede hacer una encuesta de muestreo breve (por favor lea el módulo de cálculos de población y encuestas para este tema)

13.3.4.6 Análisis de la información

La información recogida durante una evaluación rápida debe ser analizada rápidamente y de forma general, y los resultados deben estar disponibles a los y las tomadores de decisiones tan pronto sea posible para obtener el mayor uso de la información.

- ∑ El análisis debe ser lo más específico como sea posible para garantizar el mejor uso de los recursos e intervenciones
- ∑ Las fuentes de información deben ser siempre especificadas
- ∑ Confiabilidad de los recursos deben ser evaluados, tomando en cuenta que algunas personas con las que se hable tendrán otras agendas que puedan afectar la confiabilidad de los datos.

Confiabilidad: Es cuando un experimento o fuente brinda los mismos resultados cuando se repite la acción.

13.3.5 Revisando fuente de errores comunes

13.3.5.1 Logística

- ∑ Medios de transporte y combustible son suficientes para la evaluación
- ∑ Ud. puede tener acceso a ciertas área debido al desastre (las carreteras están inundadas, puentes colapsados, entre otros)
- ∑ Las comunicaciones son pobres o no funcionan
- ∑ No hay traductores o Ud. no toma en cuenta condiciones cultural que limitan reportes confiables

13.3.5.2 Organizativos

- ∑ Coordinación pobre, una organización líder no es asignada, las responsabilidades de las diferentes organizaciones son están bien definidas, y un líder del equipo no se ha asignado tampoco
- ∑ Tomadores de decisión clave y donantes potenciales ya sea que no son informados o se sienten presionados a responder a las demandas políticas antes de que los resultados sean dados a conocer – resultando en asistencia inapropiada
- ∑ La evaluación es demasiado tarde o toma demasiado tiempo
- ∑ La información que se ha recogido no es necesaria

13.3.5.3 Técnicos

- ∑ Especialistas no se han involucrado en la evaluación
- ∑ Los programas que pueden ser implementados inmediatamente están innecesariamente retrasados hasta que la evaluación esté completa
- ∑ Las conclusiones de la evaluación son basados en información que no necesariamente represente una realidad de las necesidades de la población
- ∑ La información que se recibe de los y las trabajadores de campo y de las entrevistas oficiales está siendo tomada en cuenta sin conocer las fuentes de información
- ∑ Los aspectos culturales de la evaluación no se han considerado
- ∑ Una sistema de evaluación se desarrolla de forma muy lenta

13.3.6 Presentando los resultados de la evaluación

El siguiente formato puede ser adaptado para presentar los resultados de la evaluación según las diferentes necesidades de información:

- **Antecedentes,** acá debe incluirse la razón del reporte:
  - Antecedentes de la comunidad en situaciones normales, sin emergencia (línea de base)
  - Llegada y evolución de la situación de emergencia
  - Otros riesgos adicionales que se identifiquen
- **Descripción del área afectada** (mapas, fotos, mapas, dibujos de la comunidad, si no hay otras fuentes disponibles)
- **Descripción de la población afectada**
  - Ubicación, número de personas afectadas, cálculos por edad, sexo, y riesgos o factores de vulnerabilidad, si son grupos étnicos relevantes
  - Calculo estimado del número total de muertes y daños
- **Impacto** (en términos de mortalidad y morbilidad)
  - Mortalidad diaria (número de muertes por día por 10,000 personas)
  - Otros indicadores, por ejemplo tasas de desnutrición, pérdida de infraestructura vital, pérdidas financieras y otra información socioeconómica.
- **Capacidad de respuesta existente** (en términos de recursos humanos y materiales):
  - Capacidad local, sub-nacional y nacional
  - Organizaciones internacionales (bilaterales, no gubernamentales, intergubernamentales)
- **Requerimientos adicionales:**
  - Necesidades vitales de la población afectada
  - Necesidades de inmediatas y de plazo medio para la construcción de capacidades.
- **Recomendaciones – Indican lo siguiente:**
  - Acciones prioritarias por proyecto y por razón (¿Por qué?)
  - Oficina responsable (punto focal nacional, contrapartes nacionales o internacionales)
  - Tiempo
  - Cálculo financiero para la acción, si fuera apropiado

Una sección que ilustre la programación de la evaluación, provee una síntesis de los métodos usados para recoger y analizar la información, y lista los recursos. También incluirá mapas, una copia de los cuestionarios usados y los documentos de los antecedentes que puedan haberse obtenido en las visitas de campo. Dependiendo de las necesidades de su organización una tabla de financiamientos también puede ser incluida.

Casos especiales

13 .3.6.1 Epidemias de origen infeccioso

La prevención en un brote es clave. En casos donde la prevención no es posible, una respuesta temprana a un brote o riesgo de epidemia frecuentemente reduce la mortalidad y morbilidad de la población afectada y limita la propagación de la enfermedad a otras poblaciones. Una evaluación rápida de salud es una

Los riesgos potenciales de una epidemia dependen de un número de condiciones:

- Estado de salud antes de la emergencia: niveles de las enfermedades, grado de inmunidad, y estado nutricional
- Factores ambientales
- Cambios en la densidad poblacional y movimiento de población
- Interrupción del agua y de aguas servidas
- Interrupción de los servicios básicos de salud
- Acceso a los servicios de salud

Las cinco preguntas más importantes a tomar en cuenta:

- ¿Cuál es la distribución geográfica de los casos y cuántas personas están en riesgo?
- ¿Qué tan seria es el curso clínico de la enfermedad?
- ¿Se está propagando la epidemia?
- ¿Cuáles serían los modos posibles de transmisión?
- ¿Pueden los establecimientos de salud salir adelante con la demanda?

Una evaluación rápida consiste en confirmar la existencia de una epidemia, evaluar su impacto en la salud, y evaluar la capacidad de respuesta existente y necesidades adicionales inmediatas.

13.3.6.2 Desplazamientos repentinos de población

Cuando se trata de poblaciones desplazadas internas y de refugiados, es muy importante para la evaluación rápida incluir a la población y organizaciones que les reciben ya que experimentarán un estrés adicional.

13.3.6.3 Impacto repentino de los desastres de origen natural

- Evaluando el impacto en la salud

Daños.

Una evaluación rápida debe:
- Calcular el número estimado de personas heridas
- Evaluar la severidad y tipo de daños y la edad y distribución por sexo de las y los afectados
- Determinar áreas posibles de alto riesgo que puedan generar mayor daño – edificios inestables, escombros, violencia

Si es posible, recoger la siguiente información de utilidad:
- Tipo de daños ó heridas (cortaduras, picazones, fracturas, quemadas)
- Partes del cuerpo dañadas (por ejemplo, brazos, espalda, piernas, cabeza)
- Edad aproximada y distribución por sexo de la población afectada

Enfermedades

Brotes de enfermedades transmisibles son muy raras en los días inmediatos al desastre. Sin embargo, con la falta continua de servicios (por ejemplo, agua y de agua servida), interrupción de los servicios de salud, y un entorno ambiental inapropiado, se incrementa el riesgo de un brote de enfermedades transmisibles.

Una evaluación rápida debe:

∑ Identificar los agentes causantes que están presentes, o que se introducirán de afuera del área afectada (por ejemplo, por trabajadores externos de salud o por personas desplazadas o migrantes de otros lugares)

∑ Identificar las mejores medidas de control de la enfermedad

Inmediatamente después de un desastre, campañas de vacunación masivas son frecuentemente innecesarias y contra productivas porque desvían recursos de otros que en realidad son esenciales. Sin embargo, en áreas densamente pobladas se debe poner atención al estado de inmunización de niños y niñas contra el sarampión, difteria y polio.

Ejemplo de lista de chequeo de evaluaciones rápidas de salud en desplazamientos de población repentinos.

*** Características de la población y ubicación**

Características demográficas

∑ Número total y tamaño
∑ Número de personas en la población menores de y mayores de cinco años de edad
∑ Tamaño de grupos de población en riesgo (hogares jefeados por mujeres, ancianos, personas con discapacidades, menores de 5 años, mujeres embarazadas)
∑ Promedio del tamaño de las familias

Antecedentes de la Información de Salud

∑ Problemas nutricionales y de salud antes del desplazamiento
∑ Cobertura de los programas de salud.
∑ Fuentes de atención medica
∑ Número y tipo de trabajadores de salud en la población
∑ Tradiciones y creencias de salud - ¿Dónde van las personas para obtener atención en salud?
∑ Organizaciones sociales y sistemas de apoyo

Nutrición

∑ Desnutrición a causa de la proteína-energética
∑ Deficiencias de micronutrientes

Mortalidad

∑ Tasas crudas de muertes
∑ Tasas de muertes en grupos poblacionales específicos (menos de y mayores de cinco años)
∑ Causas específicas de las tasas de muerte

Morbilidad

∑ Número de casos o tasas de afecciones especificas

Agua y Saneamiento

∑ Fuentes
∑ Cantidad
∑ Calidad
∑ Transporte y almacenamiento
∑ Excretas y practicas sanitarias
∑ Jabón
∑ Vectores, incluyendo ratas
∑ Sitios para enterrar muertos

Posesiones materiales
- ∑ Colchas y ropa
- ∑ Techo
- ∑ Utensilios domésticos
- ∑ Animales vivos y dinero

Ubicación
- ∑ Acceso
- ∑ Cantidad de tierra
- ∑ Otras amenazas
- ∑ Materiales de construcción y combustible
- ∑ Clima
- ∑ Topografía y drenaje

Capacidad de Respuesta
- ∑ Coordinación y servicios de organizaciones existentes

Disponibilidad de Comida
- ∑ Acceso a proveedores locales
- ∑ Tipo de comida
- ∑ Cantidad
- ∑ Calidad
- ∑ Programas alimenticios

Disponibilidad de servicios de Salud
- ∑ Acceso a y capacidad de los servicios locales
- ∑ Personal de salud
- ∑ Interpretes

- ∑ Tipo de instalaciones
- ∑ Tipo de estructuras
- ∑ Agua, refrigeración y generadores en las instalaciones
- ∑ Medicinas y vacunas disponibles

Otros materiales disponibles

Logística
- ∑ Transporte
- ∑ Combustible
- ∑ Almacenamiento de comida, vacunas, y otras provisiones
- ∑ Comunicaciones

Mecanismos de la población para salir adelante

- Formatos de Evaluación

  Ejemplo de formulario de seguimiento semanal de casos de mortalidad y morbilidad

Debe ser adaptada a situaciones específicas

De: __/__/__/ A: __/__/__/ Cantón/Municipio/Campamento: _____

Población

Población al principio de la semana	
Nacimientos de esta semana	+
Muertes de esta semana	-
Llegadas de esta semana	+
Salidas de esta semana	-
Estimado de población al final de la semana	
Población total menor de cinco años	

MORTALIDAD

Causa primaria de muerte reportada	Mujeres/Edad						Hombres/Edad						Total
	1	1-4	5-14	15-44	44-59	69	1	1-4	5-14	15-44	44-59	69	
Enfermedades diarreicas													
Enfermedades respiratorias													
Desnutrición													
Paludismo													
Sarampión													
Trauma													
Otra desconocida													
Total													

Tasas crudas promedio (muertes/población de 10,000 en total/día)
Promedio de muertes de menores de cinco años (muertes/población de 10,000 menores de cinco años)

MORBILIDAD

Síntomas Primarios/diagnósticos	Mujeres/edad						Hombres/edad						Total
	1	1-4	5-14	15-44	44-59	69	1	1-4	5-14	15-44	44-59	69	
Diarreas/deshidratación													
Fiebres con tos													
Fiebres con frio/paludismo													
Sarampión													
Traumas													
Otras/desconocidas													
Total													

13.3.6.4 Emergencias Humanitarias Complejas (EHC)

Emergencias humanitarias complejas: son situaciones donde las causas de la emergencia así como la asistencia a las zonas afectadas están ligadas a diferentes niveles de consideraciones políticas. Están también caracterizadas por varios grados de de inestabilidad e incluso con colapsa con autoridades locales.

Una característica de las emergencias complejas es la violencia generalizada: contra los seres humanos, el medio ambiente, la infraestructura y la propiedad. La violencia tiene un impacto directo en términos de muertes, trauma físico y psicosocial, discapacidades y la habilidad de proveer ayuda.

Las emergencias humanitarias complejas pueden ser prolongadas con diferentes grados de acceso y seguridad. En estas situaciones la seguridad de la respuesta del personal así como de los equipos evaluadores son una prioridad sobre terminar la evaluación. Cuando la evaluación se elabora las limitaciones de la EHC debe ser considerada.

Los efectos del conflicto sobre la salud pública pueden ser mediados por una variedad de circunstancias que incluye:

Desplazamientos de población: Esto causa un incremento en el riesgo de infecciones respiratorias agudas, diarrea y disentería, sarampión y otras epidemias, incluyendo problemas de salud mental. La dependencia de las raciones de comida anticipa un riesgo de desnutrición.

Escasez de comida: La pérdida de oportunidades y reducción de población, provisiones de comida, y de capacidad de comprar, generalmente con la interrupción del comercio puede resultar en la propagación de la escasez de comida. La población puede recurrir a migración de una forma mucho más grande si todo esto es causado por la violencia.

Daño a la infraestructura: Ataques armados y minas, y que la población civil sea un objetivo militar, pueden dañar infraestructura clave, como por ejemplo carretera, reservas de agua, comunicaciones e inclusive infraestructura de salud.

Crisis económica: causada por la reducción de la población, pérdida de capital, e incremento en los gastos militares, pueden forzar recortes en los presupuestos de los sectores sociales.

Inseguridad y operaciones militares: Pueden restringir el acceso a territorios amplios y dificultar la distribución de los servicios de salud, así como las tareas generales de las operaciones de respuesta y recuperación.

Confiabilidad de la evaluación: Debido a los miedos por la pérdida de comida y provisiones las poblaciones de desplazados pueden artificialmente aumentar el número de miembros en sus hogares.

Los efectos de las infecciones respiratorias agudas (IRA), diarrea, sarampión, HIV/AIDS y otras epidemias están compuestas por el colapso de los servicios de salud, programas de inmunización y control de enfermedades. El resultado general es un incremento en el riesgo de enfermedades y muerte que va más allá del área en conflicto y trauma severo, agudo y crónico. Todo esto debe ser abordado por intervenciones de emergencia y de largo plazo.

Una consideración final es que las necesidades de salud incrementen tan pronto que el conflicto se termine. Alto al fuego puede ser acompañado por operaciones como repatriación de refugiados y desmovilización de soldados, quienes también necesitarán programas especiales de salud en los cuarteles, desmontaje de minas, que también requiere provisiones especiales para la evacuación médica.

La infraestructura de salud, debilitada por la guerra y la crisis económica, enfrentará demandas de cuidado, y un retraso en las medidas preventivas que no podrán ser implementadas por largos períodos de tiempo (por ejemplo, vacunación contra el sarampión) y aspectos alrededor de la salud mental y recuperación.

13.4 Técnicas de recolección de información en evaluaciones rápidas[24]

13.4.1 Entrevista

La Entrevista es la comunicación interpersonal establecida entre investigador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a los interrogantes planteados sobre el tema propuesto.

EL ENTREVISTADO deberá ser siempre una persona que interese a la comunidad. El entrevistado es la persona que tiene alguna idea o alguna experiencia importante que transmitir.

EL ENTREVISTADOR es el que dirige la Entrevista debe dominar el dialogo, presenta al entrevistado y el tema principal, hace preguntas adecuadas y cierra la Entrevista.

a) Funciones de la Entrevista: Existen cuatro funciones básicas y principales que cumple la Entrevista en la investigación científica:

- Obtener información de individuos y grupos
- Facilitar la recolección de información
- Influir sobre ciertos aspectos de la conducta de una persona o grupo (opiniones, sentimientos, comportamientos, entre otros.)

Es una herramienta y una técnica extremadamente flexible, capaz de adaptarse a cualquier condición, situación, personas, permitiendo la posibilidad de aclarar preguntas, orientar la investigación y resolver las dificultades que pueden encontrar la persona entrevistada

b) Tipos de Entrevista:

∑ **Entrevista estructurada:**

Llamada también formal o estandarizada. Se caracteriza por estar rígidamente estandarizada, se plantean idénticas preguntas y en el mismo orden a cada uno de los participantes, quienes deben escoger la respuesta entre dos, tres o más alternativas que se les ofrecen. Para orientar mejor la Entrevista se elabora un cuestionario, que contiene todas las preguntas. Sin embargo, al utilizar este tipo de entrevista el investigador tiene limitada libertad para formular preguntas independientes generadas por la interacción personal.

Entre las ventajas que tiene este tipo de entrevista, se mencionan:

- La información es más fácil de procesar, simplificando el análisis comparativo.
- El entrevistador no necesita está entrenado arduamente en la técnica.
- Hay uniformidad en la información obtenida.

Entre las desventajas se tienen:

- Es difícil obtener información confidencial.
- Se limita la posibilidad se profundizar en un tema que emerja durante la Entrevista.

∑ **Entrevista no estructurada**

Es más flexible y abierta, aunque los objetivos de la investigación rigen a las preguntas, su contenido, orden, profundidad y formulación se encuentran por entero en manos del entrevistador. Si bien el investigador, sobre la base del problema, los objetivos y las variables, elabora las preguntas antes de realizar la entrevista, modifica el orden, la forma de encauzar las preguntas o su formulación para adaptarlas a las diversas situaciones y características particulares de los sujetos de estudio.

24 Directrices para evaluaciones de emergencia, FICR 2008

Entre las ventajas de este tipo de Entrevista se tienen:

- Es adaptable y susceptible de aplicarse a toda clase de sujetos en situaciones diversas.
- Permite profundizar en temas de interés.
- Orienta posibles hipótesis y variables cuando se exploran áreas nuevas. Entre sus desventajas se mencionan:
  -Se requiere de mayor tiempo.
  -Es más costoso por la inversión de tiempo de los entrevistadores.
  -Se dificulta la tabulación de los datos.
  -Se requiere mucha habilidad técnica para obtener la información y mayor conocimiento del tema.

Dentro de la Entrevista no estructurada se comentarán tres tipos de: Entrevista a profundidad, Entrevista enfocada y Entrevista focalizada

∑ **Entrevista a Profundidad**

Es una técnica para obtener que una persona transmita oralmente al entrevistador su definición personal de la situación. La Entrevista comprende un esfuerzo de inmersión (más exactamente re-inmersión) del entrevistado frente a/o en colaboración con el entrevistador que asiste activamente a este ejercicio de representación casi teatral. La Entrevista a profundidad, al igual que la observación puede plantearse holísticamente, pero también puede ceñirse a un solo acto, experiencia social (entrevistada enfocada).

∑ **Entrevista Enfocada:**

Se puede decir que la Entrevista enfocada, es una Entrevista en profundidad pero específicamente dirigida a situaciones concretas. Va dirigida a un individuo concreto, caracterizado y señalado previamente por haber tomado parte de la situación o experiencia definida.

∑ **Entrevista Focalizada:**

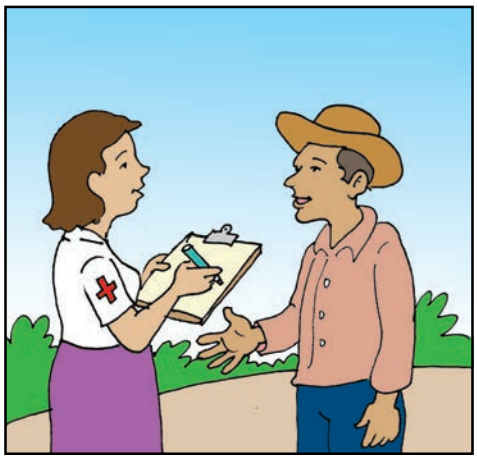
Es una forma de llevar la Entrevista en profundidad en forma grupal. La Entrevista en grupo ofrece unas oportunidades de conocimiento y de análisis que la Entrevista individual no ofrece. La experiencia en grupo promueve un ambiente en el cual se intercambian puntos de vista, los individuos encuentran una mayor facilidad de reflexión sobre el tema tratado.

c) Partes de una entrevista.

- La presentación suele ser breve, pero no suficientemente informativa. En ella no se habla del entrevistado, sino del tema principal de la entrevista.
- El cuerpo de la entrevista está formado por preguntas y las respuestas. Es importante elegir bien las preguntas para que la entrevista sea buena, las preguntas deben ser interesantes para el público, y adecuadas para el entrevistado trasmita sus experiencias. También deben ser breves, claras y respetuosas.
- El cierre de la entrevista debe ser conciso. El entrevistador puede presentar un resumen de lo hablado o hacer un breve comentario personal.

d) Lo que debe ser y lo que no debe ser una entrevista.

- **Ambiente personas y diálogo.**
  Una entrevista debe ser simple reflejo de lo que ha sido. Condiciones necesarias, saber describir el ambiente, saber ver que la persona con quien nos entrevistamos y dominar el dialogo.



- **No recargar demasiado**
  Un hombre no es una simple suma d rasgos. Lo que interesa es su alma, un carácter que s refleje en algunos de esos rasgos. Lo que interesa, en realidad son los rasgos son principalmente los ojos, la boca y las manos.

- **El arte de preguntar**
  Una entrevista no debe hacerse para que el entrevistador luzca con facilidad interrogatorio lo que debe buscar es la fuerza de la personalidad. Y un hombre no se le descubre a la fuerza para interrogarle, si dejándole hablar, que es lo mismo. Hay pues, que saber preguntar en su momento y saber callar cuando es la ocasión lo exige.
  La entrevista ha de ser reflejo del dialogo, que nunca exclusivamente una suma de preguntas y respuestas, sino algo más complejo: afirmaciones, negaciones, titubeos, gestos y reservas.

- **Se deben tomar notas**
  El tomar notas, depende del momento, del interlocutor, de nosotros mismos.

  Pero muy buena retentiva que se tenga, siempre convendrá tomar alguna rápida nota (más o menos disimulada o, terminada la entrevista, al salir a la calle). Tales notas nos servirán para recordar un gesto, una frase, algo característico.

  Otras veces, en un cambio, no preciso recurrir apenas a las notas, por lo que nuestro interlocutor se presta más al trabajo de síntesis que al análisis.

- **Grupos Focales:**
  Una reunión de un grupo de individuos seleccionados por los investigadores para discutir y elaborar, desde la experiencia personal, una temática o hecho social que es objeto de investigación. Erróneamente, los grupos focales generalmente son considerados una modalidad de talleres participativos por lo cual es importante hacer una distinción entre ellos. Los talleres participativos implican la participación de un número de personas y el énfasis está puesto en el desarrollo de unas preguntas y unas respuestas entre los talleristas y los participantes.

En cambio, los grupos focales requieren de procesos de interacción, discusión y elaboración de unos acuerdos dentro del grupo acerca de unas temáticas que son propuestas por el investigador. Por lo tanto el punto característico que distingue a los grupos focales es la participación dirigida y consciente y unas conclusiones producto de la interacción y elaboración de unos acuerdos entre los participantes.

Porqué utilizar las técnicas de grupos focales.

El principal propósito de la técnica de grupos focales en la investigación social es lograr una información asociada a conocimientos, actitudes, sentimientos, creencias y experiencias que no serian posibles de obtener, con suficiente profundidad, mediante otras técnicas tradicionales tales como por ejemplo la observación, la entrevista personal o la encuesta social.

Estas actitudes sentimientos y creencias pueden ser parcialmente independientes de un grupo o su contexto social, sin embargo son factibles de ser reveladas por medio de una interacción colectiva que puede ser lograda a través de un grupo focal. Comparada con la entrevista personal, la cual tiene como objetivo obtener información individualizada acerca de actitudes, creencias y sentimientos; los grupos focales permiten obtener múltiples opiniones y procesos emocionales dentro de un contexto social. Sin embargo, una de las ventajas de la entrevista personal, la de un mayor control sobre el informante, se convierte en desventaja para el investigador en un grupo focal, debido a que los participantes pueden tomar la iniciativa y la conducción de la discusión y ocultar esa opinión individual tan valiosa.

Capítulo 14

Gerencia en salud

El uso de la administración es la principal herramienta que establece la diferencia entre la eficacia e ineficacia en el manejo de la Salud en Situaciones de Emergencia. El éxito que se tiene al alcanzar con resultados positivos en el control de las intervenciones depende en gran medida, que los integrantes de las instituciones utilicen herramientas administrativas; tales como: Procedimientos, informe de de situación, sala situacional, mapas, evaluaciones rápidas, entre otras.

14.1 Introducción[25]

El manejo es fundamental para cualquier actividad humana y un proceso continuo de tomar decisiones operativas y supervisar todo el proceso de aplicación.

14.2 Los objetivos de la gestión incluyen

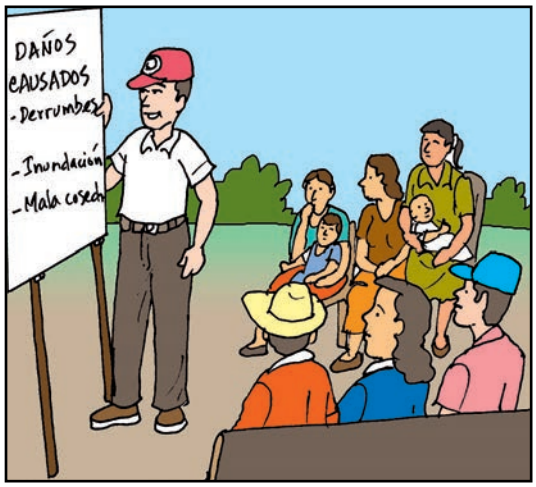
1. Definir los problemas existentes y las necesidades prioritarias.
2. Integrar las perspectivas y prioridades de los beneficiarios con las de locales autoridades y organizaciones.
3. Controlar la calidad y el rendimiento y motivar al personal.
4. Hacer un uso óptimo de los recursos (locales y externos).
5. Coordinar las actividades y cooperar con otras partes interesadas.

14.3 Instrumentos de gestión

El ciclo de planificación puede ser usado como una herramienta de gestión de base, cuando no existen directrices uniformes dentro de una organización.

14.3.1 Evaluar la situación

La primera respuesta a una crisis es una evaluación rápida que recoge la información básica para aumentar la comprensión sobre la magnitud de los problemas (por ejemplo, el número de personas desplazados, la falta de alimentos, suministros de agua contaminada y la amenaza de brotes de enfermedades), los recursos disponibles (mano de obra, suministros, equipo e infraestructura), la capacidad de respuesta local, regional y global. Porque los problemas son a menudo más complejo que tal y como aparecen en la superficie, una minuciosa evaluación adicional es necesaria para identificar las causas fundamentales, ya que una errónea hipótesis puede resultar en una inadecuada planificación de las intervenciones.



Es importante entender que la evaluación es un proceso continuo que continúa incluso después de que un proyecto se ha iniciado. Se convierte en parte de la vigilancia y la de identificar las lagunas y las nuevas formas de mejorar el rendimiento y los resultados del proyecto. Igualmente importante para los evaluadores es una visión clara de lo que van a evaluar: el impacto de la catástrofe en sí. El dilema es a menudo que el país afectado o área podría estar en mala forma antes del desastre.

Uno debe tener una visión clara de en qué medida los factores deben ser incluidos. En cualquier caso, el anteproyecto objetivo es llenar la brecha de servicios y satisfacer las necesidades causados por la catástrofe.

[25] Adaptacion Public Health Guide en Emergencies, The Johns Hopkins and Red Cross Red Crescent, Geneva, 2,008.

14.3.2 Dar prioridad a las necesidades

Si los problemas detectados y las causas son demasiados, trate de agrupar todos los que están relacionados, a fin de hacerlos más manejables. Se debe identificar lo que se está haciendo y por cuánto tiempo; posteriormente se debe utilizar un sistema de ranking para determinar a qué grupo de problemas se le debe dar la prioridad más alta y cual pueda tener el mayor impacto, en comparación con los demás.

Sin embargo, otras necesidades menos urgentes no debe olvidarse, ya que no son menos importantes, estas deben ser controladas y evaluarse de nuevo, así como prestar más atención en la medida que la situación se vuelve estable.

14.3.3 Establecer metas y objetivos

El objetivo general y objetivos específicos a través de la cual la meta se alcanzará deben ser definidos. Los objetivos son declaraciones de carácter general acerca de lo que uno quiere lograr a través del programa; ellos pueden ser derivados directamente de las necesidades identificadas en la evaluación en materia de salud. No más de uno o dos objetivos se necesitan para el programa general. Los objetivos específicos son las posiciones que necesitan ser alcanzados para alcanzar el objetivo general; ellos deben responder a la solución de los problemas prioritarios identificados en la evaluación inicial.

Los objetivos deberían ser específicos, medibles, apropiados, realistas, y realizables en un plazo determinado.

Existen muchos organismos que son demasiado ambiciosos y a menudo no logran alcanzar sus objetivos.

14.3.4 Plan de Actividades

En este plan se debe especificar las medidas a adoptarse para alcanzar los objetivos, con los insumos requeridos y el los resultados esperados. Además de definir la población objetivo y el calendario del proyecto. En esta etapa también se debe identificar los indicadores para vigilar el progreso en el cumplimiento de los objetivos; si es posible seleccionar unos indicadores de calidad, a pesar de que podría ser difícil de medir. Durante el proceso de planificación, coordinación y cooperación con otros organismos, los gobiernos y la Federación Internacional es absolutamente vital para garantizar que no hay lagunas en el servicio, así como evitar la duplicación de la programación.

14.3.5 Aplicar el Plan

Aplicar el plan significa llevar a cabo las actividades especificadas en el plan de acción detallado, necesarias para alcanzar el conjunto de objetivos. La aplicación requiere un examen periódico de imprevistos o retos que puedan surgir y que requieren acciones preventivas o correctivas.

14.3.6 Vigilar la aplicación

El cumplimiento de las actividades, como del programa, se debe monitorear a fin de determinar si los resultados son entregados a los beneficiarios como estaba previsto. El seguimiento proporciona información sobre cualquier desviación de los objetivos del proyecto y permite a los administradores hacer ajustes si es necesario. Para ello es importante establecer un sistema de vigilancia con una estructura simple, precisa y fiable

14.3.7 Evaluar el programa

Las evaluaciones periódicas deben llevarse a cabo para confirmar si los objetivos del programa se han logrado alcanzar, así como importantes lecciones para futuras intervenciones. Indicadores importantes para medir el impacto de los proyectos son, eficiencia, eficacia y sostenibilidad.

Los datos de indicadores de seguimiento también se pueden utilizar en la evaluación del proyecto. Las evaluaciones se deben llevar a cabo durante el desarrollo del programa o proyecto.

14.3.8 El Marco Lógico

El marco lógico es una herramienta que ayuda a los desarrolladores del proyecto a pensar lógicamente acerca de lo que un proyecto está tratando de lograr (los objetivos), lo que se debe hacer para lograr esos objetivos y lo que hay que hacer para lograr esos productos. El marco lógico también puede ser una base para un plan de acción, así como un presupuesto.

Esto es aplicable principalmente en la fase de estabilización, durante la recuperación y rehabilitación y desarrollo y, hasta cierto punto, durante las situaciones de conflicto.
En otras palabras, el marco lógico es simplemente una herramienta que proporciona una base para la planificación y la gestión de proyectos.
Tiene el aspecto de una tabla (o marco) que presenta información sobre principales componentes del proyecto de forma clara, concisa, lógica y sistemática.

El modelo de marco lógico se ha convertido en popular entre los donantes.

La simplificación de la presentación de un resumen del proyecto hace que sea apropiado para la planificación, así como para la supervisión y evaluación de los proyectos. Sin embargo, para que un marco lógico sirva como guía para la aplicación de un proyecto, debe contener más información acerca de los insumos, productos y actividades sin ser demasiado detallado. La siguiente información debe ser completada en un marco lógico de un formato estándar:

- ¿Cuáles serán los logros del proyecto?
- ¿Qué actividades se llevarán a cabo para alcanzar sus resultados y el propósito?
- ¿Qué recursos (insumos) se necesitan?
- ¿Cuáles son los problemas potenciales que podrían afectar el éxito del proyecto?
- ¿Cómo se medirá el progreso y se verificará el éxito al final del proyecto?

Si el marco lógico se desarrolla en manera participativa por los que serán responsables directos de la ejecución, tal vez no requiera cambios importantes. Para garantizar que la información es correcta, los administradores del proyecto pueden buscar respuestas a las siguientes preguntas:

- ¿Qué impacto tendrán los objetivos y los indicadores sobre trabajo actual?
- ¿Qué es viable?
- ¿Hay suficiente tiempo para reunir la información solicitada?

14.4 El proceso administrativo y la salud en emergencias[26]

Administrar es planear, Organizar, dirigir, coordinar y controlar. Henry Fayol.

El uso de la administración es la principal herramienta que establece la diferencia entre la eficacia e ineficacia en el manejo de la Salud en Situaciones de Emergencia. El éxito que se tiene al alcanzar resultados positivos en el control de las Intervenciones depende en gran medida, que sus integrantes utilicen herramientas administrativas; tales como: Procedimientos, Informe de de situación, Sala Situacional, mapas, Evaluaciones Rápidas entre otros.

14.4.1 Proceso administrativo

Se refiere a planear, organizar, dirigir y controlar la estructura y funcionamiento de órganos y cargos que componen una institución o empresa. Se ha comprobado que la eficiencia de la institución o la empresa es mucho mayor que la suma de las eficiencias de sus integrantes y que ella debe alcanzarse mediante la racionalidad, es decir, la adecuación de los componentes y cargos a los fines que se desean alcanzar, muchos autores consideran que el administrador debe tener una función individual de coordinar, sin embargo parece más exacto concebirla como la esencia de la habilidad general para armonizar los esfuerzos individuales que se encaminan al cumplimiento de las metas del grupo.

Por tanto cabe decir que la administración es el proceso de planificar, organizar, dirigir y controlar las actividades de los miembros de la organización y el empleo de todos los demás recursos organizacionales, con el propósito de alcanzar metas establecidas por la organización.

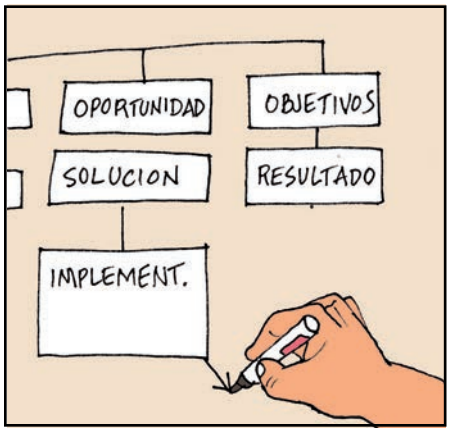
Manejar una emergencia consiste en un proceso sistemático de orientar los esfuerzos interinstitucionales hacia el mejoramiento de la situación de los afectados y a su posterior recuperación.

[26] Manual sobre Organización y Funcionamiento para Centros de Operaciones de Emergencias, CREPD, 2,008.

Figura 14.1. Tomada de Manual sobre organización y funcionamiento para centros de operaciones de emergencias, CREPD, FICR, 2,008

Veamos a continuación como los elementos del proceso administrativo se relacionan con el manejo de las emergencias o desastres.

14.4.1.1 Planificar



"La Planificación es decir con anticipación, qué hacer, cómo, cuándo y quién ha de hacerlo". "Anticipar el curso de acción que ha de tomarse con la finalidad de alcanzar una situación deseada (BID, 1985)".

La planeación es un proceso intelectualmente exigente; requiere la determinación de los cursos de acción y la fundamentación de las decisiones, en los fines, conocimientos y estimaciones razonadas. La tarea de la planeación es exactamente: Minimización del riesgo y el aprovechamiento de las oportunidades.

La planeación establece un esfuerzo coordinado, de dirección tanto a los administradores como a lo que no lo son, reduce el impacto del cambio, minimiza el desperdicio, la redundancia y fija los estándares para facilitar el control.

Durante la planificación para emergencias se diseñan los objetivos y se establecen los procedimientos idóneos para alcanzarlos, esto consiste en diseñar los planes según el nivel de riesgo existente, entiéndase por ello: Planes de Acción, entre otros.

Los planes constituyen una guía para:

a) Obtener y comprometer los recursos que se requieren para alcanzar los objetivos.
b) Para hacer que las instituciones desempeñen actividades congruentes con los objetivos y los procedimientos elegidos.
c) Controlar el avance hacia los objetivos durante la puesta en marcha del plan cuando ocurre una emergencia o desastres,
d) Asignar responsabilidades y funciones específicas.

14.4.1.2 Organizar

"Organizar es el proceso para ordenar y distribuir el trabajo, la autoridad y los recursos, de tal manera que estos puedan alcanzar los resultados deseados."

Se trata de determinar:

a) Los recursos y las actividades que se requieren para alcanzar los objetivos de la organización.
b) Se debe diseñar la forma de combinar esas actividades y recursos con criterio de departamentalización.
c) La asignación de responsabilidades y la autoridad formal asignada a cada puesto.

Pasos básicos para organizar

Dividir la carga de trabajo entera en tareas que puedan ser ejecutadas, en forma lógica y cómoda, por personas o grupos. Esto se conoce como la división del trabajo.

1. Combinar las tareas en forma lógica y eficiente. Esto se conoce como la departamentalización.
2. Especificar quien depende de quién en la organización, esta vinculación de los departamentos produce una jerarquía de la organización.
3. Establecer mecanismos para integrar las actividades de los departamentos que todo sea congruente y vigilar la eficacia de dicha integración. Este proceso se conoce con el nombre de coordinación.
4. En términos de organización para desastres, diferentes objetivos requieren de estructuras de distinto nivel, a fin de sectorizar los objetivos, actividades, procesos, personal y recursos de la organización, a través de la aplicación de la división del trabajo y la especialización, a esto se le llama departamentalización.

14.4.1.3 Dirigir

"Es la capacidad de influir en las personas para que contribuyan a las metas de la organización y del grupo, Implica mandar y motivarlos para que realicen tareas esenciales. La dirección incluye motivación, enfoque de liderazgo, recursos, trabajo en equipo y comunicación."

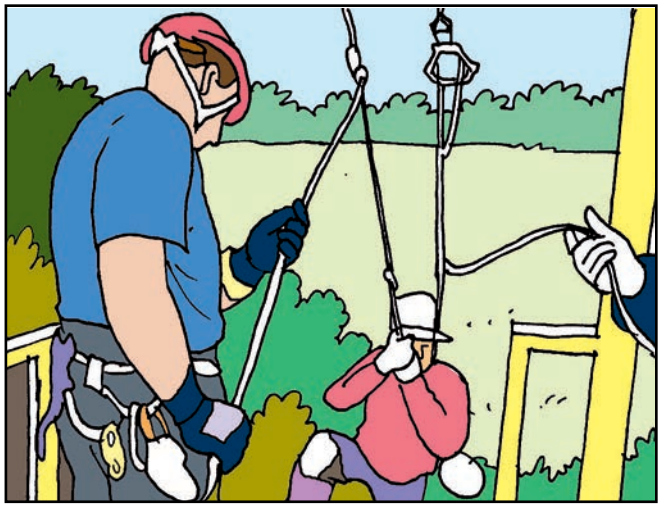
Dentro de la planificación de emergencias la dirección implica autoridad, influir y motivar a los personas para que realicen tareas planificadas dentro del plan de acción.

Aquí se destaca una acción sumamente importante que se llama "coordinación", que debe practicarse como actividad de la fase de preparación a fin de que esta se desarrolle sin problemas.

Las relaciones inter-institucionales deben ser horizontales, a fin de que haya correspondencia y reciprocidad, de tal manera que quien coordine los procesos lo haga teniendo en cuenta que su autoridad es técnica y funcional mas no jerárquica.

Durante el proceso de administrar la emergencia la dirección / coordinación no recae en una sola persona sino en varias, de distinto nivel y rango, es decir que las decisiones no constituyen una actividad aislada, sino un proceso descentralizado presente en toda la organización.

14.4.1.4 Controlar



Es la función administrativa que consiste en medir y corregir el desempeño individual y organizacional para asegurar que los hechos se ajusten a los planes y objetivos. Implica medir el desempeño contra las metas y los planes, muestra donde existen desviaciones con los estándares y ayuda a corregirlas.

El control facilita el logro de los planes, aunque la planeación debe preceder al control. El propósito y la naturaleza del control es fundamentalmente garantizar que los planes tengan éxito al detectar desviaciones de los mismos, ofrece una base para adoptar acciones a fin de corregir desviaciones indeseadas reales o potenciales.

La función de control consta de cuatro pasos básicos:

1. Señalar niveles medios de cumplimiento; establecer niveles aceptables de productividad. En el sistema esto sería equivalente al establecimiento de prioridades, cursos de acción y evaluación.
2. Establecer el desempeño a intervalos regulares (la periodicidad dependerá del evento, de las prioridades y las necesidades del nivel político), es decir, el jefe de operaciones debe evaluar por medio de reuniones cortas o actualizaciones de situación, el cumplimiento de los cursos de acción establecidos para la situación.
3. Determinar si existe alguna variación de los cursos de acción establecidos.
4. Si existiera alguna variación, tomar medidas, tales como el replanteo de los cursos de acción. Si no existe ninguna variación, continuar con la actividad.

Fases del Control: Un proceso de control corriente, cuyo propósito sea ayudar a vigilar las actividades periódicas consta de las siguientes fases:

a. Comparar el desempeño (resultados reales) con las metas y normas planificadas.
b. Preparar un informe de desempeño que muestre los resultados reales, los resultados planificados y cualquier diferencia entre ambos.
c. Analizar las variaciones y las operaciones relacionadas para determinar las causas subyacentes de las variaciones.
d. Desarrollar cursos de acción opcionales para corregir cualquier deficiencia y aprender de los éxitos.
e. Hacer una selección (acción correctiva) del menú de alternativas y ponerla en práctica.
f. Hacer el seguimiento necesario para evaluar la efectividad de la corrección; continuar con la información previa para efectos de replanteo de la planificación.

El control eficaz exige la información previa. En otras palabras, se supone que los objetivos, los planes, las políticas y las normas se han desarrollado y comunicado a aquellas personas que son responsables del desempeño.

Por lo tanto, el control debe apoyarse en procesos de retroalimentación, el cual exige mediciones de desempeño y acciones correctivas para asegurar el logro de los objetivos.

Cuando los planes se hacen operacionales, debe ejercerse el control para medir el avance. En algunos casos, el control tiene también como resultado la modificación de los planes, cambios en la operación y reasignación de los recursos.

14.4.2 Cómo funciona esto dentro de los ENI

Información previa: Informe preliminar de situación de la emergencia, la cual debe ser compartida entre todos los involucrados. El informe de situación preliminar servirá para hacer la identificación de los problemas, prioridades y elección de cursos de acción que serán ejecutados por la institución; posteriormente estos cursos de acción serán evaluados con el objeto de mantener aquellos que hayan sido efectivos y modificar aquellos que no lo han sido.

14.4.3 Ventajas de la aplicación del proceso administrativo

i. Se ofrece un marco de trabajo conceptual el cual está basado en procesos orientados a cumplir metas y objetivos, tales como mitigar las necesidades de las personas afectadas.
ii. Proporciona fundamentos al trabajo organizado y promueve el entendimiento, el trabajo conjunto y cooperativo.
iii. Garantiza el desempeño deseado.
iv. Permite comparar el desempeño real (las acciones en términos de respuesta a favor de las víctimas) contra lo planificado (los cursos de acción).
v. Permite identificar desviaciones en los cursos de acción planificados y ejecutados por medio de la actualización de situación.
vi. Permite hacer un análisis de las causas de las desviaciones y tomar las medidas correctivas pertinentes.
vii. Permite hacer mediciones y evaluaciones de proceso para retroalimentar el proceso de toma de decisiones.
viii. Se obtiene flexibilidad, si bien es cierto en una situación de emergencia ocurren una variedad de situaciones, el proceso brinda a los ENI el margen necesario para adaptarlo a un conjunto particular de situaciones.
ix. El uso de la administración en los ENI proporciona herramientas para analizar y comprender los problemas derivados de la emergencia que los lleve a determinar los objetivos y los medios para alcanzarlos.

Capítulo 15

Informe de situación

El informe de situación es una herramienta muy importante en la administración de las emergencias, ya que presenta un panorama general de la misma y las acciones iníciales emprendidas.

15.1 Introducción[27]

El informe de situación es una herramienta muy importante en la administración de las emergencias, ya que nos da un panorama general de cómo estamos y las acciones iniciales emprendidas.

Definición: Descripción escrita, de las características y circunstancias de un suceso o asunto que afectan a alguien o algo en un determinado momento.

15.2 Componentes de un informe de situación

- Fecha
  Fecha en la que se entrega el informe.
- Período de informe
  El período de tiempo cubierto por el informe.

15.2.1 Contexto

En este apartado se debe ofrecer una perspectiva resumida (1-4 páginas como máximo) y general del desastre, para garantizar que alguien que no esté al tanto de los acontecimientos pueda situar el informe en su contexto. Se deben incluir:

- La fecha del desastre,
- El número de personas afectadas por el desastre (muertos, heridos, personas sin hogar, desplazados, personas que carecen de alimentos, personas en campos de refugiados, etc.).
- Una descripción del área geográfica afectada (localización, dimensión, tipo de terreno) y de la magnitud del daño (viviendas destruidas, daños a cultivos y ganado, etc.),
- La fecha en que comenzó la operación de socorro de la Sociedad Nacional,
- El número de personas a las que se aspira a beneficiar con la operación de la Sociedad Nacional.

15.2.2 Últimos acontecimientos

Este apartado ofrece un análisis de situación de salud de la situación general de salud, incluido los factores sociales, políticos y económicos pertinentes con:

- Últimos acontecimientos (desde el último informe de situación),
- Una evaluación que muestre si la situación general está mejorando o empeorando, y por qué.

Destaque, concretamente, todos los acontecimientos o cambios que puedan tener un impacto sobre la situación y sobre las actividades de la Sociedad Nacional operante.

15.2.3 Acción de la Sociedad Nacional – Logros principales

Este apartado debe describir el progreso logrado por la Sociedad Nacional operante para cada operación, en cada fase, y según el orden propuesto en el llamamiento inicial. Las preguntas clave a las que se debe dar respuesta y la información ofrecida deben incluir:

Objetivo estime él % logrado comentarios/explicaciones (tal y como se describió en el llamamiento)

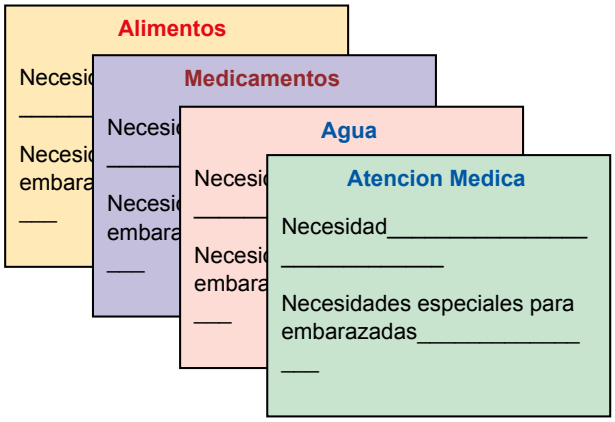
- ¿Qué se ha llevado a cabo desde el último informe de situación, dónde y quién lo ha hecho?.

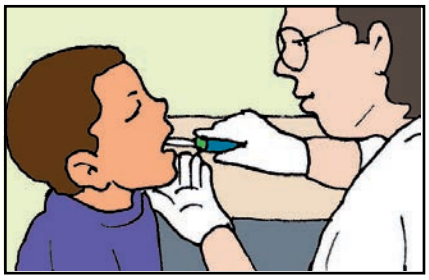
[27] Adaptación del modulo de capacitación ENI BASICO, CREPD 2009

- ∑ División de trabajo/roles respectivos de la Sociedad Nacional, incluidos el número de empleados y voluntarios de la Sociedad Nacional implicados en la operación, y las estructuras de gestión utilizadas.
- ∑ Problemas y logros principales y respuesta operativa correspondiente.
- ∑ Datos estadísticos sobre las provisiones de socorro distribuidas u otros servicios prestados durante el período correspondiente, y los totales consolidados desde el comienzo del año. Si es posible, indique los beneficiarios por categorías (niños menores de 5 años, madres en período de lactancia, mujeres gestantes, personas mayores que no pueden abandonar sus hogares, etc.).

15.2.4 Necesidades pendientes

Este apartado debe destacar todas las necesidades pendientes que deben satisfacerse para que la Sociedad Nacional operante alcance sus objetivos operativos. Exponga si esas necesidades pueden cubrirse a nivel local, para lo que haría falta dinero en efectivo, o si se van a enviar bienes y servicios en especie.





15.2.5 Relaciones exteriores

Este apartado debe destacar el contexto general de socorro en el que está actuando la Sociedad Nacional operante, el rol de otras organizaciones y los esfuerzos de coordinación de todos los organismos involucrados. Debe incluir:

- ∑ Las acciones del Gobierno, de ONG locales, organismos de las Naciones Unidas y de ONG internacionales,
- ∑ Recursos materiales y financieros procedentes del gobierno y otros organismos,
- ∑ Cooperación entre diferentes organismos implicados en la operación y mecanismo de coordinación (sesiones de información del gobierno, encuentros entre organismos, etc.),
- ∑ Interés de los medios de comunicación locales e internacionales por la operación de la Sociedad Nacional.

15.2.6 Conclusión

La conclusión debe recoger todos los aspectos importantes del informe y reiterar los mensajes clave.

1.2.7 Anexos

Se puede adjuntar al informe, en forma de anexos, parte o todo lo mencionado a continuación:

- ∑ Informes detallados de distribución y existencias,
- ∑ Mapas y fotografías,
- ∑ Balances financieros.

Capítulo 16

Plan de acción

El Plan de Acción es un proceso de planificación e implementación que facilita la cooperación, organiza los recursos necesarios y moviliza la energía de cada individuo hacia la acción.

16.1 Plan de acción[28]

Definición

Es una herramienta que describe de forma ordenada los propósitos, las actividades, los recursos y las responsabilidades a implementar en la respuesta a emergencias y desastres.

Las situaciones de respuesta a emergencia también son procesos organizados y planificados que deben garantizar la atención a los damnificados de manera eficiente y eficaz.

El Plan de Acción es un proceso de planificación e implementación que facilita la cooperación, organiza los recursos necesarios y moviliza la energía de cada individuo hacia la acción.

16.2 Aspectos que deben de tomarse en cuenta para la elaboración del plan de acción

a) La secuencia lógica de los eventos.
b) El talento humano de la Sociedad Nacional, ver nuestra capacidad interna
c) Las áreas de trabajo a considerar
d) Los recursos logísticos, técnicos y financieros disponibles
e) El talento humano de otras organizaciones relacionadas con la respuesta
f) Otros recursos logísticos, insumos y aportes financieros que pueden ser gestionados en el contexto del Movimiento y de la cooperación nacional.

- **Cuándo se hace un Plan de Acción:** Cuando el evento hace necesario movilizar recursos (materiales, logísticos financieros y humanos) que requieren una planificación y gestión especial (Ej. terremotos, huracanes y otros)
- **Quiénes elaboran el Plan de Acción:** Este debe ser elaborado con los aportes de los posibles beneficiarios, gerentes o presidentes, técnicos, voluntariado, personal administrativo, médicos, etc. Es necesario involucrar a otros actores como instituciones públicas, organizaciones sociales, autoridades y ONG´s con las que la Cruz Roja normalmente tiene espacios de cooperación, coordinación y trabajo conjunto.

- **Secuencia lógica de los eventos:** En este apartado deberá explicar el o los eventos y su evolución, así como sus efectos a corto, mediano y largo plazo, todo ello en orden de prioridad y las acciones emprendidas.

28 Adaptación del modulo de capacitación ENI BASICO, CREPD 2009

Se recomienda considerar aspectos tales como:

- Necesidades más apremiantes
- Políticas y estrategias de actuación de la Sociedad Nacional
- Capacidades y recursos internos y externos
- Identifica áreas prioritarias
- Roles y responsabilidades se definen claramente
- Que acciones pueden realizarse de manera rápida y razonable, que contribuya a una mejoría de largo plazo con respecto a la vulnerabilidad de las personas afectadas.

Talento Humano: Este aspecto es fundamental dado que servirá de base para la solicitud de apoyo externo especializado. Se recomienda considerar:

- Necesidades de personal que el trabajo necesita
- Las capacidades potenciales entre la población que esta siendo asistida
- Se requiere personal especializado en búsqueda y rescate?.
- Residencia del voluntariado en relación al lugar de atención
- Cuanto tiempo se requerirá el trabajo intensivo del voluntariado y demás.

16.3 Componentes del Plan de Acción

Los Planes se deben definir en función de las necesidades, todo Plan debe contener la información mínima que permita tomar decisiones con rapidez y tener claridad de los recursos, pasos a seguir y los roles y responsabilidades en el momento de una emergencia, en un plan se puede incorporar información de diferente naturaleza, pero ésta debe ser FIABLE y de CALIDAD y tener un FIN o PROPOSITO dentro del PLAN. Para facilitar su elaboración se sugiere considerar los siguientes pasos:

a) **Breve Descripción del Desastre:** Partiendo de la realidad y necesidad hacer una breve descripción del tipo de desastre, características del escenario del desastre y de las acciones realizadas hasta el momento.

b) **Evolución Esperada:** Señalar las expectativas de desarrollo en el escenario de desastre y las repercusiones de eventos posteriores.

c) **Necesidades identificadas:** Justificación, sectores a apoyar. (El análisis de capacidades y vulnerabilidades es particularmente útil en este apartado).

De acuerdo a la escala de categorías y a la misión de la cruz Roja, roles y funciones descritas. Utilice "*Normas Mínimas de Esfera*" para la definición de soluciones.

d) **Grupo objetivo, criterios, tamaño, justificación:** Es la descripción de la población y sus características. priorización de vulnerabilidad.

e) **Objetivo general de la operación (incluyendo mediano y largo plazo si es relevante):** Analizar de que manera la implementación del Plan de Acción contribuirá a las operaciones de emergencia.

f) Objetivos Específicos: Deben referirse a los aspectos que se van a priorizar, mejorar y fortalecer con el propio Plan para que la Sociedad Nacional pueda ofrecer una respuesta humanitaria oportuna y de calidad. Normalmente estarán referidos a aspectos tales como:

∑Identificación de Riesgos y Escenarios
∑Toma de Decisiones
∑Roles y Responsabilidades
∑Aspectos de Coordinación
∑Identificación de Recursos y Capacidades
∑Áreas distintivas y estrategia de actuación institucional
∑Priorización de grupos vulnerables

Se sugiere analizar:
¿Quiénes de la SN están involucrados en el propósito?
¿Qué recursos de la SN están involucrados?
¿Referencias de tiempo y lugar que cubre el PLAN?

g) Analizar las posibles limitantes internas y externas que pudieran afectar la ejecución del plan de no preverse a tiempo, dentro de las limitantes internas debemos considerar: El Talento Humano, la cobertura institucional, la logística, disponibilidad de fondos, la coordinación con otros actores y las relaciones con otros miembros del Movimiento. Dentro de las limitantes externas se sugiere analizar: La Infraestructura afectada, los medios de transporte (disponibilidad de transporte aéreo, fluvial, terrestre, costos de flete), Organización político administrativa del país (legislación, voluntad política, organización institucional y del estado), coordinación y organización comunitaria.

h) La cobertura y Alcance: La cobertura se refiere al área o áreas geográficas que se pretenden cubrir o atender con el PLAN especificando Departamentos, Municipios, zonas, regiones, comunidades, etc. Si hay lugares especialmente priorizados por alguna razón estos deben ser mencionados. El alcance se refiere: al tipo de acciones o servicios que se espera dar como institución aquí se recomienda detallar el tipo de atención, cobertura de población y áreas distintivas de trabajo de la Sociedad Nacional en un contexto dado. También es bueno hacer referencia a la complementariedad y coordinación con otras instituciones o actores para explicar la razón del alcance que se haya definido. (Señalar relación con CAS = Convenio Marco de Cooperación impulsado por FICR).

i) Cronograma de Ejecución: Considerando la relación entre actividades, tiempo o periodo de ejecución y responsables.

j) Presupuesto: Permite especificar los insumos y costos necesarios para llevar a cabo el Plan de Acción.

k) Monitoreo y Evaluación: Es sumamente importante definir los mecanismos de monitoreo a los aspectos de: logro de los objetivos, la realización de las actividades, los gastos en comparación con el presupuesto, los riesgos.

Anexos

Anexo 1

Ejemplo de Formulario para evaluaciones rápidas en emergencias complejas

Área: _____
Cantones/municipios aledaños: _____
Fecha: _____
Asesor/a: _____

Contexto

Población Total – actual _____ antes de la guerra _____
Edad y distribución de sexo:
∑ Población debajo de los cinco años
∑ ¿Otros grupos vulnerables?
Clima – actual:_____ Proyectado: _____
¿Quién esta a cargo? _____

Comida y agricultura

¿Qué comen la población personas ahora? _____
Recursos de comida: _____
Última fecha de distribución de comida (aire o tierra): _____
¿Cómo está siendo distribuida la ayuda humanitaria? _____
¿Alcanza para todas la población? _____
Disponibilidad del mercado (y precios), incluyendo contrabando, si es posible.
Evaluación visual de los animales de granja, vivos: _____
Evaluación del combustible para cocinar: _____
Hay semillas disponibles para sembrar: _____
Evaluación general de la disponibilidad de comida y necesidades varias – incluye tiempo límite para las semillas, entre otros.

Salud y Nutrición

¿Quién esta a cargo? _____
¿Qué servicios de salud existen? _____
Evaluación y daño de la infraestructura de salud:
¿Qué programas de salud están en operación en estos momentos (vacunación, entre otros)?
Evaluación de la mortalidad (tasas y causas):
Evaluación de la morbilidad (tasas y causas):
Evidencia de las epidemias: (poner atención a: sarampión, hepatitis, diarreas)
Personal actual: _____
Aprovisionamiento de medicinas actual: _____
Aprovisionamiento de equipo médico actual: _____
Evidencia de desnutrición: _____
Evidencia de deficiencias de micronutrientes: _____
Evaluación general de salud – incluir prioridades de asistencia:

Agua y Saneamiento

¿Quién está a cargo? _____
Evaluación de los daños de las viviendas: _____
Disponibilidad de los materiales de construcción, plásticos, entre otros _____
¿Qué tipo de ropa usa la población? _____
Disponibilidad de colchas, bolsas para dormir, entre otros: _____

Logística y seguridad

¿Quién está a cargo? _____
Rutas posibles para hacer llegar la ayuda humanitaria: _____
Evaluación de puentes y carreteras, etc.: _____
Disponibilidad de lugares para el almacenamiento: _____

Seguridad

_____
∑ Puntos de chequeo _____
∑ Seguridad local _____
Evaluación general: _____
En general: prioridades fundamentales, limitaciones, entre otros.

GLOSARIO

Acción Humanitaria: Conjunto diverso de acciones de ayuda a las víctimas de desastres (desencadenados por catástrofes naturales o por conflictos armados), orientadas a aliviar su sufrimiento, garantizar su subsistencia, proteger sus derechos fundamentales y defender su dignidad, así como, a veces, a frenar el proceso de desestructuración socioeconómica de la comunidad y prepararlos ante desastres naturales.

Albergue Temporal: Lugar físico destinado a presentar asilo, amparo, alojamiento y resguardo a personas ante la amenaza, inminencia u ocurrencia de un fenómeno destructivo. Generalmente es proporcionado en la etapa de auxilio. Los edificios y espacios públicos son comúnmente utilizados con la finalidad de ofrecer los servicios de albergue en casos de desastres.

Atención Primaria en Salud: Estrategia para la organización y la gestión del sistema de salud que tiene como objetivo garantizar el acceso universal a unos servicios sanitarios mínimos mediante una distribución equitativa de los recursos, la participación comunitaria y la implicación de las políticas de otros sectores

Cadena Alimentaria: es el proceso de transferencia de energía alimenticia a través de una serie de organismos, en el que cada uno se alimenta del precedente y es alimento del siguiente. También conocida como cadena alimenticia, es la corriente de energía y nutrientes que se establece entre las distintas especies de un ecosistema en relación con su nutrición.

Capacidades: Opciones que una persona puede elegir de cara a realizar acciones o alcanzar estados de existencia con los que conseguir el bienestar o afrontar un desastre. El desarrollo consiste en un proceso de aumento de las capacidades de las personas y de consiguiente reducción de su vulnerabilidad.

Condición de Vida: Estado o situación en que se halla un grupo de personas en un contexto histórico determinado, que va a generar un comportamiento grupal de seres sociales. Las condiciones de vida se relacionan a grupos humanos. En la actualidad, se considera que la familia, como grupo particular con condiciones de vida similares, que determina la salud del grupo familiar y sus miembros, lo que lleva a un estilo de vida familiar

Cruz Roja: Organización internacional humanitaria con presencia en casi todos los países del mundo, en los que realiza un trabajo de prevención y alivio del sufrimiento humano tanto en tiempo de guerra como de paz. El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (antes denominado Cruz Roja Internacional) comprende el conjunto de las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja oficialmente reconocidas, la Federación Internacional de las Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, y el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR).

Demografía: Disciplina que estudia tanto la estructura como la dinámica de la población, en relación con los medios de subsistencia, los recursos medioambientales y el desarrollo.

Derechos Sexuales y Reproductivos: Derechos de las mujeres y los hombres a tener control respecto de su sexualidad, a decidir libre y responsablemente sin verse sujetos a la coerción, la discriminación y la violencia; el derecho de todas las parejas e individuos a decidir de manera libre y responsable el número y espaciamiento de sus hijos y a disponer de la información, la educación y los medios para ello, así como a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. Así definieron los derechos sexuales y reproductivos de las personas tanto la Conferencia sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) como la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995).

Desarrollo Humano: Proceso de ampliación de las opciones y capacidades de las personas, que se concreta en una mejora de la esperanza de vida, la salud, la educación y el acceso a los recursos necesarios para un nivel de vida digno.

Emergencia Compleja: Tipo de crisis humanitaria que ha proliferado desde el final de la Guerra Fría y que es causada por la combinación de diversos factores: el desmoronamiento de la economía formal y de las estructuras estatales, los conflictos civiles, las hambrunas, las crisis sanitarias y el éxodo de la población.

Eficacia: Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera, sin que priven para ello los recursos o los medios empleados". Esta es una acepción que obedece a la usanza y debe ser reevaluada por la real academia; por otra parte, debe referirse más bien a equipos.

Eficiencia: "Capacidad para lograr un fin empleando los mejores medios posibles". Aplicable preferiblemente, salvo contadas excepciones a personas y de allí el término eficiente.

Equidad: es un valor de connotación social que se deriva de lo entendido también como igualdad. Se trata de la constante búsqueda de la justicia social, la que asegura a todas las personas condiciones de vida y de trabajos dignos e igualitarios, sin hacer diferencias entre unos y otros a partir de la condición social, sexual o de género, entre otras

Estilo de Vida: La condición de vida a nivel individual o sea de una persona se refiere a las formas sociales y culturalmente que determinadas la forma de vivir de las personas

Flujo Piroclástico: Se denomina a un fenómeno que acompaña a la erupción de un volcán. También es llamado nube piroclástica, colada piroclástica o nube ardiente. Este fenómeno se produce cuando lava con alto contenido en gases (por ejemplo dióxidos, sulfuros o vapor de agua) se enfría y descomprime al alcanzar la superficie durante una erupción volcánica.

Género: Categoría que subraya la construcción cultural de la diferencia sexual, esto es, el hecho de que las diferentes conductas, actividades y funciones de las mujeres y los hombres son culturalmente construidas, más que biológicamente determinadas.

Georreferenciación: es el posicionamiento en el que se define la localización de un objeto espacial (representado mediante punto, vector, área, volumen) en un sistema de coordenadas y datum determinado. Este proceso es utilizado frecuentemente en los Sistemas de Información Geográfica.

Indicadores de Salud: Parámetros estadísticos de carácter universal que permiten conocer el estado de salud de los individuos y de las comunidades de manera objetiva, a fin de poder llevar a cabo una planificación y gestión adecuadas de las políticas y programas de atención sanitaria

Lahares: Un lahar (en inglés mudflows o flujos de lodo) es un flujo de barro que se moviliza desde las laderas de los estratovolcanes. Durante los últimos siglos, los lahares han destruido más propiedad pública o privada que cualquier proceso volcánico y han sido los causantes de la pérdidas de miles de vidas humanas. Los lahares, junto con la caída de tefra, son la principal causa de riesgo asociado a volcanes.

Malnutrición: Condición física caracterizada por un desorden nutricional, el cual es producido por una alimentación insuficiente o inadecuada que no aporta todos los nutrientes necesarios para una vida activa y saludable.

Marco Lógico: (ML) es una herramienta analítica, desarrollada en los años 1970, para la planificación de la gestión de proyectos orientado por objetivos. Se considera que la ejecución de un proyecto es consecuencia de un conjunto de acontecimientos con una relación casual interna. Estos se describen en: insumos, actividades, resultados, objetivo específico y objetivo global. Las incertidumbres del proceso se explican con los factores externos (o supuestos) en cada nivel. De modo general, se hace un resumen del proceso de desarrollo en una matriz que consiste en los elementos básicos arriba mencionados, dicha matriz es conocida como la Matriz del Proyecto (MP) (a veces es conocida como Matriz de Planificación).

Método anticonceptivo: es el que impide o reduce la posibilidad de que ocurra la fecundación o el embarazo al mantener relaciones sexuales. Por lo general implica dispositivos o medicamentos en las que cada uno tiene su nivel de efectividad. También se le llama contracepción o anticoncepción, en el sentido de ser formas de control de la natalidad.

Modo de Vida: La condición de vida a nivel de la sociedad (conjunto de grupos humanos) lo cual determina su forma de producción, de consumo, la política y su cultural. En este sentido, el modo de vida refleja lo social y abarca lo individua y en los grupos humanos empezando por la familiar.

Mortalidad Materna: La Organización Mundial de la Salud define la mortalidad materna como "la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales".

Obstetricia: (del latín *obstare* «estar a la espera») es una rama de las Ciencias de la salud que se ocupa del embarazo, parto y puerperio, comprendiendo también los aspectos psicológicos y sociales de la maternidad.

Personas Desplazadas: Personas o grupos de personas que han sido forzadas u obligadas a abandonar sus hogares o lugares de residencia habitual, en particular como resultado de o para evitar los efectos del conflicto armado, situaciones de violencia generalizada, violaciones de derechos humanos o desastres naturales o causados por el hombre, y que no han cruzado fronteras reconocidas internacionalmente"

Personas con Retos Especiales: La discapacidad es una realidad humana que ha sido percibida de manera diferente en diferentes períodos históricos y civilizaciones. La visión que se le ha dado a lo largo del siglo XX estaba relacionada con una condición o función que se considera deteriorada respecto del estándar general de un individuo o de su grupo. El término, de uso frecuente, se refiere al funcionamiento individual, incluyendo la , la , la , la , , y varios tipos de .

Protección Civil: es el sistema por el que cada país proporciona la protección y la asistencia para todos ante cualquier tipo de catástrofe (entiéndase desastre) o accidente relacionado con esto, así como la salvaguarda de los bienes del conglomerado y del medio ambiente.

Red de Apoyo Social: Una red social es el tejido que diferentes grupos sociales construimos para la comunicación y la ayuda entre nosotros. Es decir, la red social nos sirve para la interacción y la integración social; pero vale anotar, que la constituimos de manera instrumental y funcional porque su fin es que intercambiemos recursos, apoyo, contactos, ganancias e influencias.

Refugiado: se aplicará a toda persona que debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de tal país; o que, careciendo de nacionalidad y hallándose, a consecuencia de tales acontecimientos, fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera regresar a él". Artículo 1(A)2 de la Convención de Ginebra de 1951 sobre el Estatuto de los Refugiados.

Rehabilitación: es un proceso de reconstrucción y reforma después de un desastre, que sirve de puente entre las acciones de emergencia a corto plazo y las de desarrollo a largo plazo, con las cuales puede en parte solaparse. Su cometido consiste en sentar las bases que permitan el desarrollo, aprovechando la experiencia y resultados del trabajo de emergencia previamente realizado

Residuo Solido: Material que no representa una utilidad o un valor económico para el dueño, el dueño se convierte por ende en generador de residuos. Desde el punto de vista legislativo lo más complicado respecto a la gestión de residuos, es que se trata intrínsecamente de un término subjetivo, que depende del punto de vista de los actores involucrados (esencialmente generador y fiscalizador)

Riesgo: es la probabilidad de que una amenaza se convierta en un desastre. La vulnerabilidad o las amenazas, por separado, no representan un peligro. Pero si se juntan, se convierten en un riesgo, o sea, en la probabilidad de que ocurra un desastre.

Salud Publica: la salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones de la comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal; organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud.

Salud Reproductiva: La salud reproductiva es "un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia" (párrafo 7.2 de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, CIPD, El Cairo, 1994).

Salud Comunitaria: conjunto de estrategias, métodos y actividades orientadas a mejorar el estado de salud de una población definida.

Sistemas de Salud: Conjunto de infraestructuras sanitarias que, siguiendo una determinada política, tiene como objetivo contribuir a mejorar la salud de la población. El sistema de salud, también llamado *sistema sanitario*, está constituido por diferentes instituciones, organismos y servicios que, a través de acciones planificadas y organizadas, llevan a cabo una variedad de programas de salud. En otras palabras, los sistemas de salud, son modelos del funcionamiento de la atención de la salud, estructuras organizativas que reflejan la política sanitaria de cada país

SIDA o Sida: acrónimo de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, en inglés AIDS) es una enfermedad que afecta a los humanos infectados por el VIH (virus de inmunodeficiencia humana). Se dice que una persona padece de sida cuando su organismo, debido a la inmunodepresión provocada por el VIH, no es capaz de ofrecer una respuesta inmune adecuada contra las infecciones que aquejan a los seres humanos.

Vacunación: Estrategia preventiva de bajo coste y alta eficacia basada en el uso de vacunas contra un número limitado de importantes enfermedades infecciosas de la infancia, que sirve además para erradicar en ocasiones algunas de tales enfermedades

Vinculación Emergencia Desarrollo: Expresión que denomina al debate sobre la necesidad de vincular la ayuda de emergencia con la cooperación para el desarrollo, de forma que sus objetivos se complementen y refuercen mutuamente

Vulnerabilidad: Nivel de riesgo que afronta una familia o individuo a perder la vida, sus bienes y propiedades, y su sistema de sustento (esto es, su medio de vida) ante una posible catástrofe. Dicho nivel guarda también correspondencia con el grado de dificultad para recuperarse después de tal catástrofe.

Zoonosis: es una enfermedad que puede transmitirse de otros animales vertebrados a seres humanos o viceversa. La palabra se deriva del griego zoon (animal) y nosos (enfermedad). En general se trata de enfermedades que existen normalmente en otros animales vertebrados, pero también afectan a los seres humanos

Referencias bibliográficas

1) Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental, AIDIS. Publicaciones, Calidad del Agua, 2,005. http://www.aidis.org.br/span/htm/index_esp.htm
2) Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente, CEPIS, Publicaciones. Calidad del Agua, El Agua, 2,005. http://www.cepis.ops-oms.org/cepis
3) Centro Regional de Referencia en Preparación para Desastres, CREPD, Cruz Roja Salvadoreña, Manual de Campo para ENI, El Salvador,2,007. http://www.cruzroja.org/desastres/redcamp/crepd.htm
4) Centro Regional de Referencia en Preparación para Desastres, CREPD, Cruz Roja Salvadoreña, Manual sobre Organización y Funcionamiento para Centros de Operaciones de Emergencias, El proceso administrativo y su relación con el sistema de manejo de control de operaciones de emergencia y Teoría del centro de operaciones de Emergencia, Funcionamiento del COE, El Salvador, 1 Edición, 2,008. http://www.cruzroja.org/desastres/redcamp/crepd.htm
5) Comité Permanente entre organismos, IASC, Las Directrices aplicables a las Intervenciones contra la violencia por razón de género en situaciones humanitarias, Ginebra, Suiza, Septiembre de 2,005, 108 pp. http://www.humanitarianinfo.org/iasc/publications/asp
6) Comité Permanente entre organismos, IASC, Manual sobre cuestiones de género en la acción humanitaria, Genero, seguridad alimentaria y nutrición en situaciones de emergencia y Genero y salud en situaciones de emergencia, New York, EE.UU, Marzo de 2,008, 142 pp. http://www.humanitarianinfo.org/iasc/gender
7) CRECC, Centro Regional de Referencia en Educación Comunitaria para la Prevención de Desastres, Cruz Roja Costarricense, Primeros Auxilios Psicológicos, Modulo 6 , Primera Edición, Costa Rica. http://www.cruzroja.org/desastres/redcamp/crrec/modulo6.htm
8) Cruz Roja Ecuatoriana, Control de vectores y agua segura, Orientación para la comunidad, Quito, Ecuador, agosto del 2,006, 1 edición, 69 pp. www.cruzroja.org.ec
9) Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, USDA, Cocinando para grupos, Guía de Seguridad Alimentaria para Voluntarios, Washington, D.C. Octubre de 2,001. www.fsis.usda.gov/oa/pubs/cfg/CookGroups_sp.pdf
10) El Comité Permanente entre Organismos IASC, Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes, Ginebra, Suiza, 2,007 112 pp. http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products.
11) Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, FICR, Directrices para evaluaciones de e emergencia, Conceptos básicos, Planificación de la evaluación, Organización y gestión y recopilación de la Información, Ginebra, Suiza 2,005, 100 pp. http://www.crid.or.cr/digitalizacion/pdf/spa/doc17196/doc17196.htm, http:/www.ifrc.org
12) Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, FICR, Directrices Generales para la Evaluación de la Seguridad Alimentaria, Guía explicativa destinada a las sociedades nacionales, Ginebra, Suiza,, 2,008. 92 pp. http://www.ifrc.org/sp/what/disasters/Types/famine/food-security.asp
13) Genero y Salud en situaciones de Emergencia., OPS, 2,001
14) Internacional Network ACF, Departamento de salud y nutrición, Guía practica para cooperantes en el terreno, Programa estratégico de intervención en nutrición comunitaria, abril del 2,007, 174 pp. http://www.accioncontraelhambre.org/alai.php?p=1559
15) Manual de Salud Pública en Emergencias, OXFAM 2,006
16) Manual de Metodologías Participativas y Educativas SARAR en Agua y Saneamiento, Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, El Salvador, 2006.
17) Ne cal at yejc, La Casa del Agua Saludable, Ministerio de Salud, El Salvador. Año 2006.
18) Noji, Eric k, Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, Impacto de los Desastres en la Salud Pública, Aspectos generales, Bogotá, Colombia, Septiembre de 2,000, 484 pp. http://www.ops.org/desastres/publicaciones
19) Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, Gestión de Cadáveres en Situaciones de Desastres, Serie Manuales y Guías sobre Desastres, Nº 6, Riesgos de las enfermedades infectocontagiosas, recuperación de cadáveres y almacenamiento de cadáveres, Washington, D.C., 2006 . 58 pp. http://www.paho.org/Spanish/dd/ped/GestionCadaveres-capitulos.pdf

Bibliografía

20) Organización Panamericana de la Salud, OPS/PAHO, Publicaciones, Guía de Saneamiento en Albergues y Campamentos, 1998. http://www.ops.org/desastres
21) Organización Panamericana de la Salud, OPS/PAHO, Publicaciones, Roedores en Caos de Desastres, 1998. http://www.ops.org/desastres
22) Organización Panamericana de la Salud, OPS/PAHO, OMS, Preparativos de Salud para Situaciones de Desastres, Serie Manuales y Guías sobre Desastres N° 3 Ecuador, 2,003, 91 pp. http://www.ops.org/desastres
23) Organización Panamericana de la Salud, OPS/PAHO, OMS, Manual de Evaluación de Daños y Necesidades en Salud en Situaciones de Desastres, Serie Manuales y Guías sobre Desastres N° 4 Ecuador, 2,004, 203 pp. http://www.ops.org/desastres
24) Organización Panamericana de la Salud, OPS/PAHO, Manejo de cadáveres en situaciones de desastre, Serie Manuales y Guías sobre Desastres, Nº 5, Washington, D.C., agosto de 2004, 204 pp. www.paho.org/spanish/dd/ped/ManejoCadaveres.htm
25) Organización Panamericana de la Salud, OPS/PAHO, Vigilancia epidemiológica sanitaria en situaciones de desastres, Guía Para el nivel local, Serie Manuales y Guías sobre Desastres, Nº 2 Washington, D.C., septiembre, 2,002, 56 pp. www.paho.org/spanish/dd/ped/vigep_des.htm
26) Organización Panamericana de la Salud, OPS/PAHO, Los desastres naturales y la protección de la salud, Peru, 2,000, 144 pp. http://www.helid.desastres.net/
27) Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, INCAP, Seguridad alimentaria y nutricional en la comunidad, Costa Rica, 2,002, 31 pp. http://www.cor.ops-oms.org/TextoCompleto/documentos/san.pdf
28) Organización Mundial de la Salud, OMS Protocolos de evaluación sanitaria rápida en situaciones de emergencia, Ginebra, Suiza, 1,999, 116 pp. http://whqlibdoc.who.int/publications/9243545159.pdf http://cidbimena.desastres.hn/docum/ops/publicaciones/who78s/index.htm
29) Política de Salud Pública en Emergencias, http://www.ifrc.org/sp/who/policy/health.asp
30) Política de Preparación para Desastres, http://www.ifrc.org/sp/who/policy/dppolicy.asp
31) Política de Ayuda Alimentaría y Nutrición. http://www.ifrc.org/sp/who/policy/foodaid.asp
32) Política de Seguridad Alimentaría y Nutrición, http://www.ifrc.org/sp/who/policy/foodaid.asp
33) Política de Apoyo Psicosocial, http://www.ifrc.org/sp/who/policy/psycholog.asp
34) Política de rehabilitación posterior a los desastres, http://www.ifrc.org/sp/who/policy/rehab.asp
35) Política de VIH e ITS, http://www.ifrc.org/sp/who/policy/hivaids.asp
36) Programa Mundial de Alimentos, Seguridad Alimentaria y Emergencias, 2,005
37) Proyecto Esfera, Manual Proyecto Esfera, Anexos 2, Código de Conducta Relativo al Socorro en Casos de Desastre para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja y las organizaciones no gubernamentales (ONG). Edición 2,004, 408 pp. http://www.sphereproject.org/spanish/manual/index.htm
38) Proyecto Esfera, Manual Proyecto Esfera, Esfera, La carta humanitaria y Capitulo 1, normas mínimas comunes a todos los sectores, Edición 2,004, Ginebra, Suiza, 408 pp. http://www.sphereproject.org/spanish/manual/index.htm.
39) Protocolos de Movilización Equipos de Respuesta de las Sociedades Nacionales, IFRC, 2,001
40) Salud Sexual y Reproductiva, PNUD, 2,006, 28 pp.
41) Seaman, John, Organización Panamericana de la Salud, OPS/PAHO, OMS, Epidemiología de los desastres Naturales, OMS, México. D.F. 1,989, 161 pp. http://www.disaster-info.net/infovolcanes/pdf/spa/doc728/doc728.htm
42) The Johns Hopkins and Red Cross Red Crescent, Public Health Guide en Emergencies, Reproductive health care, Epidemiology and surveillance, Water, sanitation and hygiene in emergencies, Food and nutrition y Management, Switzerland, Geneva, 2,008, 603 pp. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACU086.pdf. http://www.ifrc.org/what/health/relief/guide.asp

Los Principios Fundamentales del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja

Humanidad
El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, al que ha dado nacimiento la preocupación de prestar auxilio, sin discriminación, a todos los heridos en los campos de batalla, se esfuerza, bajo su aspecto internacional y nacional, en prevenir y aliviar el sufrimiento de los hombres en todas las circunstancias. Tiende a proteger la vida y la salud, así como a hacer respetar a la persona humana. Favorecer la comprensión mutua, la amistad, la cooperación y una paz duradera entre todos los pueblos.

Imparcialidad
No hace ninguna distinción de nacionalidad, raza, religión, condición social ni credo político. Se dedica únicamente a socorrer a los individuos en proporción con los sufrimientos, remediando sus necesidades y dando prioridad a las más urgentes.

Neutralidad
Con el fin de conservar la confianza de todos. El Movimiento se abstiene de tomar parte en las hostilidades y en todo tiempo, en las controversias de orden político, racial, religioso e ideológico.

Independencia
El movimiento es independiente. Auxiliares de los poderes públicos en sus actividades humanitarias y sometidas a las leyes que rigen los países respectivos, las Sociedades Nacionales deben, sin embargo, conservar una autonomía que les permita actuar siempre de acuerdo con los principios del Movimiento.

Voluntariado
Es un movimiento de socorro voluntario y de carácter desinteresado.

Unidad
En cada país puede existir una Sociedad de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja, que debe ser accesible a todos y extender su acción humanitaria a la totalidad del territorio.

Universalidad
El movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, en cuyo seno todas las Sociedades tienen los mismos derechos y el deber de ayudarse mutuamente, es universal.

Together for humanity
Emsemble pour l'humanité
Juntos por la humanidad

"El Centro de Referencia en Preparación para Desastres (CREPD) es una herramienta de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, que contribuye al fortalecimiento de las capacidades de las Sociedades Nacionales en la reducción de riesgos de desastres, propiciando el desarrollo de metodologías, herramientas y procesos de armonización, aplicando el conocimiento técnico y las prácticas idóneas de las diferentes cruces rojas de la región.

La Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja promueve las actividades humanitarias de las Sociedades Nacionales en favor de las personas vulnerables

Mediante la coordinación del socorro internacional en casos de desastres y el fomento de la asistencia para el desarrollo, se propone prevenir y aliviar el sufrimiento humano.

La Federación Internacional, las Sociedades Nacionales y el Comité Internacional de la Cruz Roja constituyen, juntos, El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.

Con el apoyo

Cruz Roja Española
Cruz Roja Noruega
Cruz Roja Holandesa

COMISION EUROPEA
Ayuda Humanitaria