



# Normas Mínimas en Materia de Servicios de Salud

## Índice

Introducción .....	219
1. Análisis .....	223
2. Lucha Contra el Sarampión .....	237
3. Lucha Contra las Enfermedades Transmisibles .....	242
4. Servicios de Salud .....	249
5. Capacidad en Materia de Recursos Humanos y Formación .....	254
Apéndice 1: Bibliografía Seleccionada .....	258
Apéndice 2: Lista Ilustrativa de Actividades para la Evaluación de la Situación Sanitaria Inicial .....	261
Apéndice 3: Modelo de Formulario de Informes de Vigilancia Semanal .....	264
Apéndice 4: Ejemplo de Presentación de un Conjunto de Datos sobre Mortalidad .....	266
Apéndice 5: Modelo de Formulario de Vacunación Contra el Sarampión .....	267
Apéndice 6: Modelo de Formularios para Datos sobre el Agua, el Saneamiento y el Medio Ambiente .....	268
Apéndice 7: Modelo de Formulario para Notificación de Casos de Violencia Sexual .....	269

*En los anexos 1 y 2 al final de la obra pueden consultarse, respectivamente, el glosario general y una lista de siglas.*

# *Normas Mínimas en Materia de Servicios de Salud*

## *Introducción*

Las Normas Mínimas en materia de servicios de salud son una expresión práctica de los principios y derechos enunciados en la Carta Humanitaria. La Carta centra la atención en las exigencias fundamentales que entraña la acción destinada a sustentar la vida y la dignidad de las personas afectadas por calamidades o conflictos, según se consigna en el corpus del derecho internacional relativo a los derechos humanos, el derecho internacional humanitario y el derecho de los refugiados. Esta es la base sobre la que los organismos humanitarios ofrecen sus servicios. Estos organismos se comprometen a actuar de conformidad con los principios de humanidad e imparcialidad y con los demás principios establecidos en el 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. La Carta Humanitaria reafirma la importancia fundamental de tres principios clave:

- el derecho a vivir con dignidad
- la distinción entre combatientes y no combatientes
- el principio de no devolución

Las Normas Mínimas se dividen en dos grandes categorías: las relacionadas directamente con los derechos de las personas, y las relacionadas con las actuaciones de los organismos que ayudan a lograr que las personas gocen de esos derechos. Algunas de las normas mínimas combinan las dos categorías.

## 1 Importancia de los servicios de salud en las situaciones de emergencia

En las situaciones de emergencia se ha documentado una gran pérdida de vidas a causa de la mayor incidencia de las enfermedades y traumatismos. Los desastres naturales (terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas, etc.) las guerras y conflictos armados así como los desastres tecnológicos suelen acarrear un exceso de mortalidad y morbilidad<sup>1</sup>. Las enfermedades que provocan tales aumentos también se han identificado: sarampión, diarreas (incluida la disentería y el cólera), infecciones respiratorias agudas, malnutrición y paludismo (allí donde prevalece). La elevada incidencia de las enfermedades se debe a los factores ambientales a los que están expuestas las poblaciones, a saber, hacinamiento, cantidad y calidad insuficientes del agua, saneamiento deficiente, refugio inadecuado y suministro de alimentos insuficiente.

La finalidad principal de prestar servicios de salud a una población afectada por un desastre es prevenir la mortalidad y morbilidad excesivas. Para ello es indispensable determinar prioridades mediante una evaluación rápida, y actividades de vigilancia y control continuas; las intervenciones deben responder a las prioridades determinadas en la evaluación inicial y deben ser técnicamente acertadas. La planificación, la ejecución y la vigilancia deben estar coordinadas entre los organismos participantes.

Debe atribuirse prioridad a las medidas de atención primaria de la salud (APS), incluida la asistencia multisectorial en áreas claves (agua, saneamiento, nutrición, alimentos, refugios). La participación de las autoridades sanitarias locales y de miembros calificados de la población afectada, incluidos agentes comunitarios y visitantes sociales es fundamental para la aplicación de las medidas de atención primaria de salud. En la mayor parte de las situaciones de emergencia, las mujeres y los niños son los principales usuarios de los servicios de salud, y es importante recabar las opiniones de las mujeres como medio de conseguir que los servicios sean equitativos, apropiados y accesibles para la población afectada en su conjunto. Las mujeres pueden contribuir a la comprensión de factores culturales y costumbres que tienen repercusión en la salud así como de las necesidades específicas de las personas vulnerables de la población afectada. En consecuencia, deben participar en la planificación y la prestación de los servicios de salud siempre que sea posible.

## 2 Guía del presente capítulo

El capítulo se divide en cinco secciones, cada una de las cuales comprende lo siguiente:

- **Las normas mínimas**, en las que se especifican los niveles mínimos que deben alcanzarse en cada área considerada.
- **Indicadores clave**, que son "señales" que permiten verificar si se ha cumplido la norma. Constituyen un medio de medir y comunicar los efectos o los resultados de los programas y de los procedimientos y métodos utilizados. Pueden ser de índole cualitativa o cuantitativa.
- **Notas de orientación**, que incluyen referencias a cuestiones específicas que es preciso considerar al aplicar la norma y los indicadores en diferentes situaciones; orientaciones acerca del mejor modo de resolver dificultades de orden práctico, y asesoramiento sobre cuestiones de carácter prioritario. También pueden incluir comentarios sobre cuestiones de especial importancia referentes a la norma o los indicadores, y señalar problemas, controversias o lagunas en los conocimientos en determinada materia. Llenar esas lagunas ayudará a mejorar las normas mínimas en materia de servicios de salud en el futuro.

En los apéndices de este capítulo se ofrece más información de interés y una bibliografía seleccionada.

La organización del capítulo refleja la división de actividades y responsabilidades que suele darse en las situaciones de emergencia. Cada una de estas áreas contribuye a alcanzar la finalidad general de satisfacer las necesidades de salud prioritarias.

Cada una de las secciones están interrelacionadas. En la evaluación sanitaria inicial se determinan necesidades, se establecen prioridades y se facilitan los datos para iniciar las intervenciones de carácter prioritario. Los datos del sistema de información sanitaria ilustran sobre las tendencias de la morbilidad y la mortalidad que sirven para detectar nuevos problemas o reasignar recursos. Tanto la evaluación inicial como el sistema de evaluación sanitaria sirven para determinar problemas de salud como la malnutrición, las enfermedades transmisibles o los traumatismos, que se abordan y controlan aplicando las normas expuestas en las secciones correspondientes a la lucha contra las enfermedades transmisibles y los servicios de salud. La sección 5, Capacidad en materia de recursos humanos y formación se aplica a todo el trabajo y se refiere a cuestiones relacionadas con la capacidad humana necesaria para llevar a cabo intervenciones sanitarias eficaces.

Los progresos realizados en el cumplimiento de las normas mínimas en un área determinan la importancia del progreso en otras áreas. Por ejemplo, un buen sistema de información sanitaria permite determinar los problemas y luego realizar actividades de control, preventivas y curativas apropiadas.

Las normas técnicas correspondientes a otras áreas de asistencia humanitaria se mencionan cuando tales referencias son pertinentes, con objeto de subrayar la interdependencia entre distintas áreas y señalar que el progreso logrado en cualquiera de ellas depende de la evolución en las demás. Se hace referencia a las normas técnicas de otros sectores cuando es pertinente para subrayar la estrecha vinculación del trabajo en un sector con el trabajo en otros sectores y señalar que el progreso en un área depende del alcanzado en otras. Por ejemplo, el suministro de agua salubre reducirá la diarrea, y el suministro de alimentos suficientes y apropiados reducirá los problemas nutricionales.

---

#### Nota

- 1 Se considera que hay exceso de mortalidad cuando la tasa bruta de mortalidad (TBM) es más alta que el nivel de mortalidad corriente de la población circundante de una zona de emergencia. En los países en desarrollo, una TBM superior a un deceso por 10.000 personas por día es la definición clásica de exceso de mortalidad. Este umbral procede de la TBM anual notificada en la mayoría de los países en desarrollo, aproximadamente 25 defunciones por 1.000 personas, lo que corresponde a una tasa diaria de  $0,6 \times 10.000$ . La tasa de mortalidad corriente en los países desarrollados puede variar respecto de la de los países en desarrollo, factor éste que hay que tener en cuenta en la evaluación inicial. Puede no ser viable o pertinente calcular la TBM cuando se trata de un desastre súbito, a menos que haya un desplazamiento de población permanente o importante.

## Las Normas Mínimas

# 1 Análisis

Las intervenciones destinadas a satisfacer las necesidades de poblaciones afectadas por desastres deben basarse en una cabal comprensión de la situación, incluidos los factores políticos y los relativos a la seguridad, así como en la evolución prevista de los acontecimientos. Los damnificados, los organismos humanitarios, los donantes y las autoridades locales necesitan saber que las intervenciones son apropiadas y eficaces. Por eso es imperativo proceder al análisis de los efectos del desastre y del impacto de las intervenciones sanitarias propuestas. Si la determinación del problema y su comprensión no son correctas, será difícil, y hasta imposible, llevar a cabo una acción acertada.

La aplicación de métodos de análisis uniformes en todos los sectores considerados es de gran utilidad para determinar rápidamente las necesidades humanitarias más sobresalientes y lograr la movilización de recursos destinados a remediarlas. En esta sección se presentan normas e indicadores acordados para la recolección y el análisis de información con objeto de determinar las necesidades, diseñar las intervenciones, vigilar y evaluar su eficacia, y conseguir la participación de la población afectada.

El análisis comienza con una evaluación inicial inmediata que permite determinar la magnitud del desastre y qué conviene hacer en caso de que se decida intervenir. Prosigue con la vigilancia a través del sistema de información sanitaria, que permite conocer en qué medida las intervenciones contribuyen a la satisfacción de las necesidades, y determinar los cambios que se requieran. El sistema de información sanitaria finalmente proporciona datos que pueden utilizarse para evaluar la eficacia general de las intervenciones y extraer enseñanzas para el futuro.

Para tener un conocimiento cabal del problema y lograr que la asistencia humanitaria se preste de manera coordinada es fundamental que todos los interesados, incluidas las poblaciones afectadas, compartan la información y los conocimientos pertinentes. Registrar y difundir la información

originada en el proceso de análisis contribuye a la amplia comprensión de las consecuencias adversas para la salud pública y otras consecuencias de los desastres, y puede ayudar en la elaboración de mejores estrategias de prevención de desastres y mitigación de sus consecuencias.

### Norma 1 relativa al análisis: evaluación inicial

Mediante la evaluación inicial se debe determinar con la mayor precisión posible los efectos del desastre en la salud, identificar las necesidades en materia de salud y establecer prioridades para la programación sanitaria.

#### Indicadores clave

- Se procede de inmediato a una evaluación inicial conforme a procedimientos internacionalmente aceptados; la labor está a cargo de personal con la debida experiencia, incluido, de ser posible, un epidemiólogo por lo menos. La recolección de datos comienza antes de la evaluación en el terreno, utilizando mapas, perfiles del país y otros materiales disponibles.
- La evaluación inicial se realiza en cooperación con un equipo multisectorial (agua y saneamiento, nutrición, alimentos, refugios, y salud), las autoridades sanitarias nacionales, mujeres y hombres de la población afectada y los organismos humanitarios que se proponen brindar su asistencia.
- La información se recoge y se presenta de modo tal que permite que el proceso de adopción de decisiones sea coherente y transparente. En el apéndice 2 del presente capítulo figura una lista ilustrativa de actividades para la evaluación sanitaria inicial. La información reunida por lo general se refiere a lo siguiente:
  - Extensión geográfica del impacto del desastre.
  - Demografía de la zona afectada:
 

Población total afectada por el desastre (si no se dispone de un censo o es imposible hacerlo, se realiza una estimación).

Se recogen datos sobre la composición por sexo y por edad de la población afectada respecto de dos grupos de edad por lo menos: grupo de edad <5 años y grupo de edad de 5 y >5 años; si es factible obtener datos de edad más detallados, se utiliza el siguiente desglose: <1 año, 1-4, 5-14, 15-44, 45+.

- Tamaño promedio de las familias o grupos familiares, incluidas estimaciones del número de grupos familiares a cargo de una mujer o un niño y de mujeres embarazadas y madres lactantes.
  - Información sobre las enfermedades transmisibles, traumatismos y fallecimientos.
  - Presencia de riesgos continuos.
  - Situación nutricional de la población afectada.
  - Tasa bruta de mortalidad (TBM) de la población total, expresada como el número de fallecimientos por 10.000 habitantes por día.
  - Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años expresada como el número de fallecimientos por 10.000 habitantes por día.
  - Tasas de incidencia, por edad y por sexo, de los principales problemas y enfermedades.
  - Condiciones ambientales (acceso a agua potable, nivel de saneamiento, disponibilidad y conveniencia de los refugios, vectores de enfermedades, etc.).
  - Disponibilidad de alimentos.
  - Estado y calidad de la infraestructura de salud local (servicios y dotación de personal) y de los suministros médicos.
  - Estado del sistema de transporte.
  - Nivel de la red de comunicaciones.
  - Estimaciones de las necesidades de asistencia externa, sobre la base de las conclusiones preliminares.
- La TBM diaria de la población total así como la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años se calculan regularmente (a diario en las fases iniciales de la emergencia, si es necesario, y en adelante con menor frecuencia) para poder detectar cambios súbitos.
  - Cuando prevalecen condiciones de inseguridad, la evaluación inicial incluye un análisis de los factores que inciden en la seguridad personal de la población afectada.
  - La programación y las recomendaciones del equipo de evaluación

inicial apuntan desde el comienzo a prevenir el exceso de mortalidad y morbilidad así como a prever futuros problemas de salud pública resultantes de las circunstancias propias de la emergencia. Se formulan recomendaciones sobre la necesidad o falta de necesidad de asistencia externa para complementar los recursos de que se dispone en el país. Si se requiere asistencia, se formulan recomendaciones sobre las prioridades y se traza una estrategia para el suministro de los recursos humanos y materiales necesarios. También se tiene en cuenta:

- La estructura social y política de la población, incluida la posible afluencia de refugiados.
  - La atención especial que merecen los grupos expuestos a mayores riesgos.
  - Las posibilidades de acceso a la población afectada.
  - La inseguridad y la violencia.
  - Los sistemas de distribución.
  - Las previsiones sobre las consecuencias y el impacto ambiental a largo plazo que pueden tener las intervenciones propuestas.
- Las amenazas concretas a la seguridad con que se enfrentan los grupos vulnerables, especialmente las mujeres y las adolescentes, se tienen en cuenta al diseñar las intervenciones en materia de salud.
  - Se elabora un informe de evaluación inicial en el que se consignan las áreas clave así como recomendaciones apropiadas que se comparten de inmediato con las autoridades nacionales y locales, con representantes de la población afectada y con los organismos participantes.

## Notas de orientación

1. **Procedimientos de evaluación inicial internacionalmente aceptados:** véase OMS (1999).
2. **Indicadores de la situación sanitaria general:** durante la fase aguda de la emergencia, la tasa bruta de mortalidad (TBM) de la población total y la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años son indicadores muy importantes de la situación sanitaria general de la población afectada.

3. **Tasas brutas de mortalidad:** para calcular las tasas brutas de mortalidad durante períodos cortos (<1 mes) se utiliza el método siguiente:
  - a) Total de fallecimientos en un número determinado de días.
  - b) Se divide el total por el número de días durante los cuales se recogieron datos. Esto da el número promedio de fallecimientos por día.
  - c) Se divide este número por el tamaño de la población afectada.
  - d) Se multiplica por 10.000 para obtener la tasa bruta de mortalidad diaria.
4. **Puntualidad:** la puntualidad es un aspecto esencial de la evaluación inicial, tarea que hay que llevar a cabo lo antes posible después de producirse el desastre. De ser necesario, se debe atender de inmediato y simultáneamente las necesidades más apremiantes. Debiera elaborarse un informe tan pronto como sea posible tras la llegada al lugar del desastre, aunque esto depende de las circunstancias del caso de que se trate y de la situación general.
5. **Participantes en la evaluación inicial:** en esta tarea debería incluirse a personas capaces de obtener información de todos los grupos de la población afectada de manera culturalmente aceptable, especialmente por lo que respecta al análisis de género y las competencias lingüísticas. Lo ideal sería que participara un número equilibrado de hombres y mujeres.
6. **Procedimiento de evaluación:** antes de comenzar el trabajo sobre el terreno, todos los participantes deberían acordar la logística de la realización de la evaluación inicial así como la utilización de normas internacionalmente reconocidas y se deberían asignar en consonancia las tareas específicas a ese respecto.
7. **Obtención de información:** si bien en algunas situaciones de emergencia el conocimiento previo permitirá determinar las acciones necesarias, la mayor parte de las intervenciones de asistencia humanitaria han de basarse en ciertos datos de evaluación, aun cuando sean incompletos. Hay muchas técnicas diferentes para obtener información, por lo que es preciso escogerlas cuidadosamente, seleccionando las que convengan a la situación y al tipo de información requerida. Por regla general, conviene recoger información con más frecuencia cuando la situación evoluciona más rápidamente, y cuando se producen acontecimientos de especial importancia, como nuevos movimientos de población o un

brote epidémico de diarrea. Aunque toda evaluación inicial tal vez deba hacerse con rapidez y sin demasiado refinamiento, el análisis mejorará a medida que se disponga de más tiempo y más datos por conducto del sistema de información sanitaria. A medida que la situación de emergencia se estabilice, debe ser posible disponer de mejores datos sanitarios sobre mujeres embarazadas y madres lactantes, personas discapacitadas, ancianos, menores no acompañados y otros grupos de los expuestos a mayores riesgos. No obstante, debe procurarse reunir datos sanitarios sobre las necesidades en materia de salud reproductiva de la población afectada, desde el comienzo de la respuesta de emergencia.

8. **Fuentes de información:** puede compilarse más información para el informe de evaluación inicial a partir de publicaciones disponibles, material histórico pertinente, datos relativos a la situación anterior a la emergencia y también de discusiones con personas idóneas, bien informadas, incluidos los donantes, personal de organismos humanitarios y de la administración pública nacional, especialistas locales, dirigentes de la comunidad de ambos sexos, ancianos, personal de salud participante, maestros, comerciantes, etc. Los planes nacionales o regionales de preparación para casos de desastre pueden ser también una fuente de gran utilidad. Las discusiones en grupo con miembros de la población afectada pueden proporcionar información útil sobre prácticas y creencias. Tanto los métodos empleados para obtener información como los límites de su fiabilidad se deben comunicar con claridad. Nunca se debe presentar la información de modo tal que dé una imagen engañosa de la situación real.
9. **Cuestiones implícitas:** el conocimiento de los derechos de las personas afectadas por desastres, conforme al derecho internacional, debe servir de base a la evaluación inicial. Tanto ésta como el análisis ulterior de la información sanitaria deben revelar un conocimiento apropiado de los problemas estructurales, políticos, de seguridad, económicos, demográficos y ambientales subyacentes que inciden en la vida de la zona. Es imperativo tomar en cuenta la experiencia previa y lo que piensan los damnificados al analizar la dinámica y el impacto de la nueva emergencia. Por ello es preciso contar con la competencia técnica y los conocimientos locales tanto en la recogida de datos como en el análisis de los recursos, capacidades, vulnerabilidades y necesidades. También deberán considerarse las condiciones de vida de la población desplazada y no desplazada de la zona antes de la situación de emergencia e inmediatamente después, así como los recursos locales.

10. **Grupos en riesgo:** se deben tener en cuenta las necesidades de los grupos expuestos a daños adicionales, entre los que cabe mencionar a las mujeres, los adolescentes, los menores no acompañados, los niños, los ancianos y las personas con discapacidades. También habrá que determinar los papeles y funciones que incumben a las personas de uno y otro sexo en el sistema social.
11. **Áreas de actividad:** aunque cada situación de emergencia genera necesidades y problemas de salud particulares, es probable que sea preciso abordar las grandes áreas de actividades siguientes: vigilancia de enfermedades y traumatismos, lucha contra las enfermedades transmisibles, inmunización contra el sarampión, alimentos y nutrición, agua, saneamiento y refugios. Además, la evaluación inicial debe indicar la medida en que se necesitan servicios en las esferas de la atención preventiva y curativa, el envío de casos, la salud reproductiva, la salud de la mujer y del niño, la atención a la comunidad y la educación sanitaria, así como suministros médicos, personal y recursos de organización necesarios para el establecimiento y el funcionamiento de esos servicios de manera interrelacionada y coordinada.

## Norma 2 relativa al análisis: sistema de información sanitaria - recolección de datos

El sistema de información sanitaria debe recoger con regularidad datos pertinentes sobre población, enfermedades, traumatismos, condiciones ambientales y servicios de salud en un formato normalizado a fin de detectar los principales problemas de salud.

### Indicadores clave

- La vigilancia comienza al mismo tiempo que la evaluación inicial, y lo ideal es que utilice el sistema de información sanitaria local existente. En algunas emergencias, puede ser necesario un sistema nuevo o paralelo, aspecto éste sobre el que decide el equipo de evaluación inicial.
- La tarea de organizar y supervisar el sistema de vigilancia se asigna claramente a un organismo que se encarga de la coordinación entre todos los asociados si las autoridades locales no pueden cumplir esa función.

- En las fases iniciales de la emergencia el sistema de información sanitaria se concentra en la demografía, la mortalidad y sus causas, la morbilidad, y las actividades programáticas prioritarias (agua, saneamiento, alimentos, nutrición, refugios) según se especifica en la evaluación inicial.
- Los datos sobre mortalidad se obtienen de los servicios de salud y la comunidad, incluido el personal de cementerios, los distribuidores de mortajas y otros informantes clave, para evaluar la TBM diaria respecto de la población total y la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años. También se recogen datos sobre mortalidad por causas.
- Los datos sobre morbilidad por enfermedades, lesiones y trastornos de salud se obtienen de instalaciones de salud que prestan servicios ambulatorios, centros de nutrición, programas de alimentación y agentes de salud de la comunidad, con objeto de calcular: las tasas de incidencia de las causas principales de lesiones o enfermedades, y las tasas de incidencia por edad y por sexo, así como para detectar cambios o nuevos problemas de salud.
- Cada centro de atención de salud que presta servicios ambulatorios completa los formularios estándar de vigilancia sobre mortalidad y morbilidad proporcionando datos por edad, sexo y causa.
- En la mayoría de las situaciones de emergencia, los datos sobre los servicios de salud se obtienen de los organismos participantes, los centros de salud locales y los trabajadores de salud de la comunidad. Como el tipo de datos que se han de recoger varía en cada emergencia, el equipo de evaluación inicial determina las áreas prioritarias respecto de las cuales se recogen datos, por ejemplo, cobertura del programa de alimentación, cobertura de la inmunización contra el sarampión, violencia sexual, etc.
- La autoridad sanitaria local o el organismo al que se haya encomendado la responsabilidad de administrar el sistema de información sanitaria resume y da a conocer con regularidad los datos que recibe de los centros y servicios de salud de la comunidad, utilizando formularios estándar y métodos normalizados de compilación, asiento y análisis de datos.
- Se dispone de definiciones estándar de casos y de formularios de notificación normalizados que se utilizan en relación con cada una de las enfermedades que se han de vigilar. Las definiciones son sencillas y claras y están adaptadas a los medios de diagnóstico disponibles.

- Las personas que trabajan en los lugares de notificación reciben entrenamiento para la utilización de los formularios de notificación normalizados y las definiciones estándar de casos. Se especifica la frecuencia de las notificaciones, que está adaptada al tipo y a la fase de la situación de emergencia.
- Existen o se crean sistemas de comunicaciones y de logística para difundir y recibir los informes de vigilancia y las observaciones subsiguientes.
- El sistema de información sanitaria es objeto de evaluación periódica con el fin de determinar su grado de exactitud, exhaustividad, simplicidad, flexibilidad y oportunidad.

## Notas de orientación

### 1. *El sistema de información sanitaria sirve para:*

- a) Detectar rápidamente los problemas de salud y las epidemias y reaccionar con celeridad.
- b) Vigilar las tendencias del estado sanitario y ocuparse continuamente de las prioridades de la atención de salud.
- c) Evaluar la eficacia de las intervenciones y de la cobertura de los servicios.
- d) Conseguir que los recursos estén correctamente dirigidos a las áreas y los grupos más necesitados.
- e) Evaluar la calidad de las intervenciones en materia de salud.

### 2. *Presentación de informes:* véanse en el apéndice 3, modelo de formulario de informes de vigilancia semanal; en el apéndice 4, ejemplo de presentación de un conjunto de datos sobre mortalidad; en el apéndice 6, modelos de formularios para datos sobre el agua, el saneamiento y el medio ambiente, y en el apéndice 7, un modelo de formulario para informes sobre violencia sexual. Véanse asimismo los capítulos 1, Abastecimiento de agua y saneamiento, y 2, Nutrición.

### 3. *Definiciones de casos sintomáticos:* a continuación se presentan ejemplos de definiciones de casos sintomáticos para uso en algunas situaciones de emergencia y situaciones siguientes a la emergencia.

- **Sarampión:** erupción cutánea generalizada que dura más de 3 días y temperatura superior a 38°C y algunos de los siguientes síntomas: secreción intensa de moco nasal, ojos enrojecidos.

- **Disentería:** tres o más deposiciones líquidas por día y presencia de sangre visible en los heces.
  - **Diarrea común:** tres o más deposiciones líquidas y acuosas por día.
  - **Cólera:** diarrea acuosa, aguda y profusa, acompañada o no de vómitos.
  - **Infección respiratoria aguda (IRA):** tos o respiración difícil, >50/minuto en lactantes de dos meses a <1 año; respiración >40/minuto en niños de 1-4 años; y ausencia de tiraje torácico, estridor o signos de peligro.
  - **Malnutrición:** pueden verse definiciones detalladas en el apéndice 1 del capítulo 2, Nutrición.
  - **Paludismo:** temperatura superior a 38,5°C, y ausencia de otras infecciones.
  - **Meningitis:** súbito acceso de fiebre superior a 38,9°C y rigidez o púrpura en el cuello.
4. **Violencia sexual:** el número de casos de violencia sexual y doméstica notificados a los servicios de salud y a los oficiales de protección y seguridad debe vigilarse sistemáticamente.

### Norma 3 relativa al análisis: sistema de información sanitaria - examen de los datos

Se deben examinar y analizar sistemáticamente los datos del sistema de información sanitaria y los cambios ocurridos en la población damnificada a efectos de adoptar decisiones y dar una respuesta apropiada.

#### Indicadores clave

- Durante la fase de emergencia, la TBM y las tasas de incidencia de los principales problemas de salud (enfermedades y lesiones) se vigilan y analizan sistemáticamente a efectos de la adopción de decisiones. No obstante, en algunas situaciones de emergencia, el equipo de evaluación inicial puede recomendar un ciclo de análisis de menor frecuencia.

- Las informaciones acerca de problemas sanitarios (malnutrición, traumatismos, etc.) se verifican rápidamente y se investigan más a fondo; se adoptan de inmediato medidas apropiadas para evitar el exceso de mortalidad a causa del problema o los problemas identificados.
- Los casos aislados de enfermedades que pueden convertirse en epidemias (cólera, sarampión, etc.) y/o los brotes de enfermedades transmisibles se investigan lo antes posible y se confirman. Se adoptan medidas de lucha contra los brotes si así procede, y los casos reciben tratamiento apropiado. (Véanse las normas relativas a las enfermedades transmisibles.)

### Norma 4 relativa al análisis: sistema de información sanitaria - vigilancia y evaluación

Los datos recogidos deben utilizarse para evaluar la eficacia de las intervenciones en la lucha contra las enfermedades y la preservación de la salud.

#### Indicadores clave

- Las medidas de la eficacia utilizadas en la evaluación comprenden:
  - La tasa de mortalidad decreciente apunta a menos de 1/10.000/día.
  - La tasa de mortalidad de niños menores de 5 años se reduce a no más de 2/10.000/día.
  - Las epidemias/enfermedades están controladas.
  - Las lesiones y el impacto de la violencia se han reducido o eliminado.
  - La cobertura de la vacunación contra el sarampión es superior al 95%.
  - Se tiene acceso a alimentos suficientes (véanse el capítulo 2, Nutrición, y el capítulo 3, Ayuda alimentaria).
  - Se tiene acceso al agua en cantidades suficientes (véase el capítulo 1, Abastecimiento de agua y saneamiento).
  - Se dispone de instalaciones de saneamiento adecuadas (véase el capítulo 1, Abastecimiento de agua y saneamiento).

## Notas de orientación

1. **Objetivo:** el objetivo de una intervención de emergencia debe ser conseguir lo antes posible una TBM de <math><1/10.000/\text{día}</math>, y una tasa de mortalidad de niños menores de 5 años de <math><2/10.000/\text{día}</math>.
2. **Integración:** el sistema de información sanitaria debe estar integrado en el sistema de la comunidad huésped y debe contar con instalaciones sanitarias y agentes de salud de la comunidad. Tanto la población damnificada como la comunidad huésped participan en el sistema de información sanitaria.
3. **Utilización de la información procedente de la vigilancia:** toda situación de emergencia es inestable y dinámica por definición. Por eso es indispensable disponer regularmente de información actualizada para cerciorarse de que las intervenciones siguen siendo pertinentes. La información obtenida gracias a la vigilancia continua de las intervenciones debe incorporarse a los exámenes y evaluaciones. En ciertas circunstancias, puede ser necesario modificar la estrategia para hacer frente a cambios importantes de la situación o de las necesidades de la población afectada por el desastre.
4. **Personas que participan en la vigilancia:** cuando la vigilancia requiere consultas, debería incluirse en la tarea a personas capaces de obtener información de todos los grupos de la población afectada de manera culturalmente aceptable, especialmente por lo que respecta al género y las competencias lingüísticas. Se alentará la participación de las mujeres.
5. **Evaluación:** la evaluación es importante porque sirve para medir la eficacia de la acción, sacar enseñanzas para futuras actividades de preparación para casos de desastre, mitigación y asistencia humanitaria, y fomentar la responsabilidad. La evaluación a que se hace referencia aquí comprende dos procesos interrelacionados:
  - a) la evaluación interna del programa, que normalmente realiza el personal como parte del análisis y el examen sistemáticos de la información procedente de la vigilancia. El organismo humanitario también debe evaluar la eficacia de todas sus intervenciones relacionadas con una situación de desastre determinada o comparar sus intervenciones en diferentes situaciones.
  - b) la evaluación externa, en cambio, puede formar parte de una actividad de evaluación más amplia realizada por los organismos y los donantes, y puede tener lugar, por ejemplo, una vez que ha terminado la fase

crítica de la situación de emergencia. Al realizar las evaluaciones, es importante que las técnicas y los recursos utilizados sean compatibles con la escala y la naturaleza de la intervención o el programa, y que en el informe se describan la metodología empleada y los procedimientos seguidos para sacar las conclusiones.

6. **Vínculos con otros sectores:** las actividades de vigilancia y evaluación exigen una estrecha cooperación con otros sectores (véanse los capítulos sobre Abastecimiento de agua y saneamiento, Nutrición, Ayuda alimentaria, y Refugios, asentamientos y planificación de emplazamientos), las autoridades del país anfitrión y otros organismos humanitarios.

## Norma 5 relativa al análisis: participación

La población afectada por un desastre debe tener la oportunidad de participar en la formulación y ejecución del programa de asistencia.

### Indicadores clave

- Se consulta y se hace participar en la toma de decisiones relacionadas con la evaluación inicial de las necesidades y la formulación y ejecución del programa a miembros de uno y otro sexo de la población afectada.
- Las mujeres y los hombres de la población afectada por el desastre reciben información acerca del programa de asistencia y tienen la oportunidad de formular observaciones al respecto al organismo de asistencia pertinente.

## Notas de orientación

1. **Equidad:** la participación de la población afectada por el desastre en la adopción de decisiones y la formulación y ejecución de los programas contribuye a que éstos sean equitativos y eficaces. Debe ponerse especial cuidado en lograr la participación de las mujeres así como una representación equilibrada de ambos sexos en el programa de asistencia. La participación en el programa de salud también puede servir para reforzar el sentido de dignidad y valor de las personas en momentos de crisis. Esa participación genera un sentido de comunidad y pertenencia que puede contribuir a la seguridad de quienes reciben asistencia así como a la de los encargados de su prestación.

2. **La población puede participar en los servicios de salud de diferentes maneras:** por ejemplo, interviniendo en la movilización social; comunicando mensajes fundamentales de información sanitaria a la población afectada, notificando tempranamente presuntos casos de enfermedad, procediendo a la detección de casos y la realización de encuestas casa por casa, ocupándose del registro y el apoyo en ocasión de actividades sanitarias determinadas (vacunaciones, suplementación de vitamina A, terapias de rehidratación oral a domicilio o en centros comunitarios designados, distribución de preservativos, etc.); prestando asistencia en tareas de logística en las instalaciones de salud (seguridad y prevención de disturbios) y ayudando en asuntos relativos al idioma y la cultura.
3. **Comités de coordinación:** los comités de coordinación contribuyen a promover la participación de la población en el programa de asistencia. Se debe velar por que sean verdaderamente representativos de la población afectada, para lo cual se tendrán en cuenta en su composición factores tales como el género, la edad, la etnicidad, y la situación socioeconómica. También tendrán que estar representados dirigentes políticos destacados, dirigentes comunitarios de ambos sexos y líderes religiosos. Al establecerse un comité, se deberán acordar sus funciones.
4. **Recabar opiniones:** la participación también puede lograrse mediante la organización sistemática de consultas de opinión y discusiones, que podrán celebrarse durante la distribución de raciones, en visitas a los hogares o en el curso de entrevistas sobre problemas o preocupaciones individuales. Las discusiones en grupo con miembros de la comunidad afectada pueden proporcionar información útil sobre creencias y prácticas culturales.

## 2 Lucha Contra el Sarampión

El virus del sarampión es uno de los más contagiosos y mortíferos conocidos. En situaciones de emergencia, las condiciones de hacinamiento y los movimientos de población imprevistos constituyen un medio ideal para la transmisión rápida e intensa del virus, que puede provocar altos niveles de morbilidad y mortalidad, especialmente entre los niños pequeños.

En situaciones de emergencia, debe darse lo antes posible la más alta prioridad a las campañas de vacunación contra el sarampión. Con la mayor brevedad debe reunirse en el lugar de la emergencia el personal, las vacunas, el equipo de cadena fría y otros suministros necesarios para realizar una campaña. La decisión acerca del momento de iniciar la campaña de vacunación debe basarse en factores epidemiológicos, por ejemplo, si una campaña masiva ha tenido lugar recientemente, o no, el grado de la cobertura de la vacunación contra el sarampión y el número estimado de personas susceptibles en la población afectada. En algunos casos, el equipo de evaluación inicial puede recomendar que se incluya en la campaña a personas de hasta 15 años o más si hay indicios de una alta susceptibilidad en ese grupo de edad.

### Norma 1 relativa a la lucha contra el sarampión: vacunación

En las poblaciones afectadas por desastres, todos los niños de seis meses a 12 años de edad deben recibir lo antes posible una dosis de vacuna antisarampionosa y una dosis apropiada de vitamina A.

## Norma 2 relativa a la lucha contra el sarampión: vacunación de los recién llegados

Los recién llegados a los asentamientos de personas desplazadas deben ser vacunados sistemáticamente. Todos los niños de seis meses a doce años de edad deben recibir una dosis de vacuna antisarampionosa y una dosis apropiada de vitamina A.

### Indicadores clave

- Se ha establecido y está en marcha la coordinación con las autoridades sanitarias locales (Programa Ampliado de Inmunización - PAI) y los organismos humanitarios participantes.
- Se ha vacunado a más del 95% de los niños del grupo destinatario (incluidos los recién llegados). (Véase en el apéndice 5 del presente capítulo un modelo de formulario de vacunación contra el sarampión.)
- Los suministros in situ de vacuna antisarampionosa corresponden al 140% del grupo destinatario, incluido un 15% que se pierde por deterioro y un 25% de reserva; se hacen proyecciones de las necesidades de vacuna para quienes lleguen ulteriormente y se compra la vacuna en caso de que ya no se disponga de ella.
- Sólo se utilizan vacunas y jeringas autodestructibles que cumplen las especificaciones de la OMS.
- La cadena fría es objeto de mantenimiento y vigilancia continuos desde la fabricación de la vacuna hasta el lugar de vacunación.
- Los suministros in situ de jeringas autodestructibles corresponden al 125% de los grupos destinatarios previstos, incluido un 25% de reserva. Se dispone de suficientes jeringas de 5 ml para la dilución de viales de dosis múltiple. Se requiere una jeringa por cada vial diluido.
- Se utilizan suficientes "cajas de seguridad" recomendadas por la OMS para guardar las jeringas autodestructibles y de dilución antes de su eliminación. Las cajas se eliminan de acuerdo con las recomendaciones de la OMS.
- Los suministros in situ de vitamina A corresponden al 125% del grupo destinatario, incluido un 25% de reserva si la vitamina A se debe suministrar como parte de una campaña de vacunación masiva.
- La fecha de la vacunación contra el sarampión se anota en la cartilla sanitaria de cada niño. De ser posible, se facilitan cartillas sanitarias para el registro de las vacunaciones.

- Los lactantes vacunados antes de los 9 meses deben volver a vacunarse al llegar a esa edad.
- Los servicios de salud están en condiciones de proceder a la vacunación sistemática contra el sarampión de los recién llegados si se trata de personas desplazadas, y de determinar cuáles son los lactantes que deben ser revacunado a los 9 meses.
- Se transmiten consignas pertinentes en el idioma local a los grupos de madres gestantes o al personal asistencial sobre los beneficios de la vacunación contra el sarampión, sus posibles efectos secundarios, la fecha de revacunación, si ésta es necesaria y la importancia de conservar la cartilla sanitaria.
- Los agentes comunitarios realizan una campaña de información pública antes de iniciar una campaña de vacunación masiva.

### Notas de orientación

1. **Temperatura:** las vacunas se deben conservar a la temperatura inferior a 8°C recomendada por el fabricante para mantener su potencia.
2. **Cartilla sanitaria:** deben proporcionarse cartillas sanitarias para registrar en ellas las vacunas contra el sarampión administradas, pero tal vez no siempre sea posible disponer de ellas o expedirlas en una situación de emergencia; la falta de tales cartillas no debe retrasar el desarrollo de las actividades de vacunación.
3. **Grupo destinatario:** puede ser necesario aumentar la edad del grupo destinatario de la vacuna antisarampionosa de los 12 a los 15 años o más en algunas zonas si los datos epidemiológicos indican que ese grupo de más edad es susceptible. En otros casos, puede ocurrir que la evaluación inicial recomiende un grupo destinatario de menos de 12 años de edad.
4. **Durante las campañas de vacunación masiva:** la OMS recomienda la integración de la suplementación de vitamina A como sigue:
  - Lactantes de 6-12 meses: 100.000 Unidades Internacionales (repetir cada 4-6 meses).
  - Niños > 12 meses: 200.000 UI (repetir cada 4-6 meses).
5. **Dotación de personal:** la experiencia adquirida indica que la dotación de personal para las actividades de vacunación (incluida la administración de vitamina A) debe ser, como mínimo, un supervisor y un oficial de logística que pueda supervisar un equipo o más. El equipo que se describe a continuación debería ser capaz de vacunar hasta 500-

700 personas en 1 hora aproximadamente, aunque el número de vacunadores necesarios dependerá del tamaño de la población que se ha de inmunizar: cuatro miembros del personal que preparen las vacunas; dos que las administren; seis encargados del registro y el recuento; y seis encargados de mantener el orden (prevención de disturbios).

### Norma 3 relativa a la lucha contra el sarampión: control de los brotes

Se debe organizar una respuesta sistemática ante cada brote de sarampión en la población afectada por el desastre y la población de la comunidad huésped.

#### Indicadores clave

- Un caso aislado (presunto o confirmado) justifica una investigación inmediata in situ que incluye la averiguación de la edad y el estado de inmunización del caso presunto o confirmado.
- Las medidas de lucha comprenden la vacunación de todos los niños de seis meses a 12 años de edad (o mayores si están afectadas personas de más edad) y el suministro de una dosis apropiada de vitamina A.

### Norma 4 relativa a la lucha contra el sarampión: tratamiento de casos

Todos los niños que contraen el sarampión deben recibir atención adecuada para evitar secuelas graves o la muerte.

#### Indicadores clave

- Está en funcionamiento un sistema a nivel de toda la comunidad para la detección activa de casos valiéndose de la definición estándar de caso y del envío de los casos de sarampión presuntos o confirmados.
- Cada caso de sarampión recibe vitamina A y un tratamiento apropiado para evitar complicaciones como la neumonía, la diarrea, la malnutrición grave y la meningoencefalitis que causan la mortalidad mayor.
- Se vigila el estado nutricional de los niños con sarampión, y de ser necesario, los niños son inscritos en un programa de alimentación suplementaria.

### Notas de orientación

1. **Vacunas del PAI:** como la inmunización contra el sarampión es tan importante en las primeras fases de una emergencia en muchos países, la vacunación no debe demorarse. En algunas emergencias se pueden administrar otras vacunas del PAI junto con la vacuna antisarampionosa, siempre que la vacunación contra el sarampión, no quede pendiente hasta que se disponga de esas otras vacunas del PAI. Si solamente se procede a la vacunación contra el sarampión, se administrarán otras vacunas del PAI sólo cuando se hayan satisfecho las necesidades inmediatas de la población damnificada.
2. **En situaciones de conflicto:** el UNICEF y otros organismos algunas veces han logrado el acuerdo de las partes beligerantes para un cese temporario del fuego a fin de que se pueda realizar una campaña de vacunación en condiciones de seguridad.
3. **Revacunación:** cuando se indica una vacunación masiva contra el sarampión y no se dispone de registros individuales de vacunación, la inmunización de niños que pudieran haber recibido previamente la vacuna no es nociva. Es más importante revacunar a un niño que dejarlo sin vacunar y expuesto a contraer la enfermedad.
4. **En el tratamiento de casos de sarampión o el tratamiento de la carencia de vitamina A** la administración de vitamina A contribuye a reducir la mortalidad y las secuelas del sarampión. La OMS recomienda:
  - Lactantes <6 meses: 50.000 UI el primer día; 50.000 UI el segundo día
  - Lactantes de 6-12 meses: 100.000 UI el primer día; 100.000 UI el segundo día
  - Niños de >12 meses: 200.000 UI el primer día; 200.000 UI el segundo día.
5. **Si ya hay sarampión en la población afectada,** es posible que los niños que son vacunados durante el período de incubación aun así padezcan la enfermedad.

## 3 Lucha Contra las Enfermedades Transmisibles

Las causas principales de mortalidad y morbilidad en una población afectada por un desastre son el sarampión, las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias agudas, la malnutrición y, en áreas donde es endémico, el paludismo. En ciertas circunstancias, pueden declararse brotes de otras enfermedades transmisibles, como meningitis meningocócica, hepatitis, fiebre tifoidea, tifus y fiebre recurrente. Las enfermedades diarreicas y las enfermedades transmisibles como la tuberculosis suelen aparecer al inicio de la situación de emergencia y pueden ser también los primeros síntomas manifiestos de VIH/SIDA.

Es probable que las autoridades sanitarias locales, incluidos los agentes de salud de la comunidad y los visitantes sociales, estén en la primera línea de la lucha contra las enfermedades transmisibles, cuando los recursos lo permiten, y actúen de concierto con los centros de salud y los organismos participantes. La población afectada desempeña un importante papel en la prevención y el control de las enfermedades mediante la aplicación y la observancia de buenas prácticas de salud pública.

La prevención es una prioridad clave en la lucha contra las enfermedades transmisibles por lo que la ejecución satisfactoria de las actividades de otros sectores como agua, saneamiento, nutrición, alimentos y refugios es de vital importancia. El hacinamiento de la población, la contaminación del agua, el saneamiento deficiente y la baja calidad de la vivienda son todos factores que contribuyen a la rápida propagación de las enfermedades. La mala alimentación, particularmente de los niños pequeños, aumenta la susceptibilidad a las enfermedades y favorece las altas tasas de mortalidad.

También es importante considerar qué medidas pueden necesitarse para el control y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH. Las medidas que se adopten dependerán de la información epidemiológica disponible concerniente a la población afectada y a la índole del desastre.

### Norma 1 relativa a la lucha contra las enfermedades transmisibles: vigilancia

Se debe vigilar la aparición de enfermedades transmisibles.

#### Indicadores clave

- Se determina claramente cuál es la dependencia u organismo encargado de la vigilancia y la lucha contra las enfermedades y todos los participantes en la emergencia saben a dónde se deben enviar las notificaciones de enfermedades transmisibles presuntas o confirmadas.
- Personal con experiencia en epidemiología y en la lucha contra las enfermedades forma parte de la dependencia u organismo de vigilancia y lucha contra las enfermedades.
- Se mantiene una vigilancia permanente para detectar rápidamente las enfermedades transmisibles y reaccionar ante los brotes.

### Norma 2 relativa a la lucha contra las enfermedades transmisibles: investigación y control

Se deben investigar y controlar las enfermedades que pueden dar lugar a epidemias conforme a normas y estándares internacionalmente aceptados.

#### Indicadores clave

- En la evaluación inicial se determinan las enfermedades que pueden dar lugar a epidemias; existen protocolos normalizados para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento, que se comparten convenientemente con los centros de salud y los agentes de salud de la comunidad/visitadores sociales.
- Personal calificado investiga las notificaciones de casos y los rumores de aparición de enfermedades.
- Se confirma el diagnóstico.
- Se adoptan medidas de lucha contra los brotes, entre ellas:
  - Atacar la fuente, mediante la reducción de las fuentes de infección para evitar la propagación de la enfermedad a otros miembros de la comunidad.

Según sea la enfermedad, esto puede implicar el pronto diagnóstico y tratamiento de casos (por ejemplo, cólera), el aislamiento de casos (fiebres hemorrágicas víricas, ébola) y el control de los reservorios de animales (por ejemplo, peste).

- Proteger grupos susceptibles con objeto de reducir el riesgo de infección: inmunización (por ejemplo, meningitis y sarampión); mejor nutrición, y en ciertas circunstancias, quimioprofilaxis de los grupos expuestos a mayores riesgos (por ejemplo, durante un brote de paludismo puede ser conveniente someter a las mujeres embarazadas a ese tipo de profilaxis); suministro de sangre inocua y preservativos para prevenir las infecciones de transmisión sexual y el VIH.
  - Interrumpir la transmisión para reducir al mínimo la propagación de la enfermedad mediante el mejoramiento de la higiene ambiental y personal (en el caso de todas las enfermedades transmitidas por vía fecal-oral), la educación sanitaria, la lucha antivectorial (fiebre amarilla y dengue), y la desinfección y esterilización (por ejemplo, hepatitis B, ébola).
- Personal de extensión calificado (agentes de salud, visitadores sociales), participa en las medidas de lucha a nivel de la comunidad transmitiendo consignas de prevención y ocupándose del tratamiento adecuado de los casos (administración de terapias de rehidratación oral (TRO) y medicamentos, cumplimiento del tratamiento prescrito, seguimiento a domicilio, etc.), de conformidad con directrices acordadas.
  - La información pública y las consignas de promoción de la salud en relación con la prevención de las enfermedades forman parte de las actividades de lucha.
  - Los dirigentes de la comunidad y los agentes de salud de la comunidad/visitadores sociales facilitan el acceso a los grupos de población y difunden consignas de prevención básicas.
  - Sólo se utilizan medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos esenciales de la OMS.

## Notas de orientación

1. **Normas y estándares internacionalmente aceptados:** véase OMS (1997), publicación incluida en la Bibliografía seleccionada bajo el epígrafe “Sistema de información sanitaria”.

2. **Rumores:** es común que en las poblaciones afectadas por desastres, incluidas las de refugiados, circulen noticias y rumores acerca de brotes de enfermedades; cada vez que esto suceda, será preciso comprobar su veracidad.
3. **Determinación de la existencia de una epidemia:** se entiende por "epidemia" un número excesivo de casos de una enfermedad en relación con la experiencia previa concerniente a un tiempo y una población determinados. A veces puede ser difícil decidir si existe o no una epidemia, por lo que se deben establecer (por la dependencia de vigilancia) criterios para determinar umbrales de epidemia respecto de las enfermedades que entrañan esa posibilidad. Como para muchas enfermedades no se ha definido un umbral de epidemia, toda epidemia presunta o confirmada debe notificarse a la dependencia encargada de la vigilancia y la lucha contra las enfermedades.
4. **Instalar un laboratorio clínico no es una prioridad en la mayoría de las emergencias:** la mayoría de los casos se diagnosticarán clínicamente y el tratamiento será presuntivo o sintomático. Será necesario identificar a algunos agentes infecciosos así como recoger material de muestras para su análisis y envío a un laboratorio de referencia. La dependencia encargada de la vigilancia y la lucha contra las enfermedades puede determinar todos estos procedimientos.
5. **Lucha contra las enfermedades diarreicas:** las enfermedades diarreicas son una causa importante de mortalidad entre las poblaciones afectadas por desastres, principalmente debido al hacinamiento, la falta de agua y la insuficiencia de la higiene y el saneamiento, que facilitan la transmisión de esas enfermedades. Habida cuenta de que el tratamiento de la diarrea común se basa en la prevención de la deshidratación mediante TRO, los servicios básicos de salud de una zona afectada por un desastre deben incluir una red de puntos de administración de TRO. Como el estado nutricional deficiente contribuye a aumentar la tasa de letalidad de la enfermedad, todos los niños con diarrea deben someterse a examen para determinar si padecen malnutrición y ser tratados como corresponda. El suministro de agua salubre en cantidad suficiente, la construcción de letrinas, la distribución de jabón y la planificación apropiada de los asentamientos para evitar el hacinamiento, son los medios más eficaces de luchar contra la morbilidad y la mortalidad relacionadas con la diarrea.<sup>1</sup>
6. **Lucha contra las infecciones respiratorias agudas (IRA):** en los países en desarrollo, entre el 25% y el 30% de las defunciones de niños

menores de 5 años son causadas por IRA, y 90% de ellas son atribuibles a la neumonía únicamente. El tratamiento adecuado de los casos es el elemento central de la prevención de fallecimientos por neumonía. La OMS y el UNICEF han elaborado un método de diagnóstico clínico, basado en la observación de la respiración del niño, que puede utilizarse para el reconocimiento temprano de casos en una población de refugiados. El cotrimoxazol sigue siendo el medicamento más conveniente en el tratamiento ambulatorio de la neumonía porque es fácil de administrar y eficaz con relación al costo.

7. **Prevención del VIH:** en la fase grave siguiente al desastre se deben tomar medidas para reducir al mínimo el riesgo de infección. La naturaleza del desastre y el estado epidemiológico de las personas afectadas determinarán qué intervenciones en la esfera del VIH/SIDA se requieren y qué es posible hacer. La respuesta básica a toda emergencia debe apuntar al mantenimiento del respeto de los derechos individuales de las personas con infección de VIH o SIDA y a la prevención de la transmisión nosocomial del VIH (transmisión que ocurre en el propio centro de salud). La intervención debe asegurar las transfusiones de sangre inocua, el acceso a preservativos, la disponibilidad de materiales y equipo necesarios para las precauciones universales; así como la información, la educación y las comunicaciones pertinentes.<sup>2</sup>
8. **Lucha contra la disentería:** en América Latina, el sur de Asia y África central uno de los principales problemas de salud pública es la infección por *S. dysenteriae tipo 1* (Sd1). Sd1 ha demostrado su extraordinaria capacidad para desarrollar resistencia a los antibióticos. En algunas zonas, actualmente el único agente antimicrobiano efectivo contra Sd1 es la ciprofloxacina (régimen de cinco días), lo que complica más el tratamiento de los pacientes y aumenta su costo hasta un nivel que puede hacer imposible su utilización en gran escala.
9. **Lucha contra el cólera:** se observan con frecuencia brotes de cólera en algunos contextos de Asia y África. Cuando se trata adecuadamente la enfermedad, las tasas de letalidad pueden mantenerse por debajo del 1% durante los brotes que se declaren en situaciones concernientes a refugiados. El control de los brotes se basa en la activa detección y el apropiado tratamiento de los casos. Los pacientes muy deshidratados reciben tratamiento intravenoso. Los casos de cólera leves se tratan con TRO. Un corto tratamiento con antibióticos puede reducir la duración de la enfermedad y la OMS lo sigue recomendando para los pacientes con deshidratación grave. La transmisión del cólera se reduce mediante

un apropiado manejo de los desechos y un adecuado tratamiento del agua (cloración). Para controlar los brotes de cólera nunca se ha recurrido a la vacunación masiva y hay acuerdo en que la vacunación tendría muy poco o ningún impacto una vez que se ha declarado el bote (estrategia de reacción) y absorbería recursos de otras actividades de lucha indispensables

10. **Lucha contra el sarampión:** el sarampión sigue siendo una de las principales causas de mortalidad infantil en todo el mundo. Aunque el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) ha conseguido niveles generales de cobertura satisfactorios en algunos países, esos niveles varían mucho de una región a otra del mundo. Los brotes pueden declararse en campamentos y otros sitios muy poblados donde una concentración de individuos susceptibles es un importante factor de riesgo de transmisión del virus. Las tasas de mortalidad elevadas se deben al estado nutricional insuficiente, la carencia de vitamina A y la intensa exposición al virus a causa del hacinamiento. La alta mortalidad por sarampión se puede prevenir, y la inmunización masiva acompañada de la distribución de vitamina A es una prioridad absoluta en toda situación de emergencia.
11. **Lucha contra el paludismo:** el paludismo causado por *Plasmodium falciparum* sigue siendo el principal peligro para la salud en las zonas tropicales de todo el mundo. Incluso para las poblaciones desplazadas de una zona muy endémica, la prevención del paludismo se basa en la protección individual con mosquiteros impregnados y la protección colectiva mediante la lucha antivectorial. La distribución en gran escala de mosquiteros impregnados con insecticida puede tener un efecto importante en la transmisión del paludismo al reducir la población de mosquitos y crear un efecto de escudo, con lo que se benefician incluso las personas que no usan mosquitero. La quimioprofilaxis masiva no se ha recomendado porque es sumamente difícil de poner en práctica y vigilar en gran escala y también porque puede acelerar el desarrollo de resistencia a los medicamentos. En principio, la estrategia ideal es tratar los casos con parasitemia confirmada, aunque esto pocas veces es posible en la práctica. Cuando no se dispone de laboratorios y se trata de zonas sumamente endémicas, el tratamiento suele administrarse exclusivamente sobre bases clínicas. La terapia debe ajustarse al programa de lucha contra el paludismo del país huésped, pero adaptarse a las características epidemiológicas de la población afectada. Es preferible que esto se haga una vez concluida la fase de emergencia, cuando se pueden evaluar mejor las tendencias epidemiológicas.

12. **Por lo que respecta a la lucha contra enfermedades más raras o menos graves** véanse las referencias facilitadas en la bibliografía del apéndice 1 del presente capítulo, en particular, *Médecins sans Frontières* (1997).
13. **Resistencia a los medicamentos:** en algunos casos, será preciso realizar estudios para evaluar la resistencia a los medicamentos.
14. **Entierro de los muertos:** véase la nota de orientación 5, en la norma 2 relativa al manejo de los desechos sólidos, capítulo 1, Abastecimiento de agua y saneamiento.

---

### Notas

1. Las notas sobre la lucha contra las enfermedades diarreicas, incluida la disentería y el cólera, las IRA, el sarampión y el paludismo proceden, adaptadas y modificadas, de la obra de C. Paquet y G. Hanquet *Control of Infectious diseases in Refugee and Displaced Populations in Developing Countries*, publicada en el Bulletin Institut Pasteur, 1998, 96, 3-14.
2. Adaptado de *Guidelines for HIV Interventions in Emergency Settings*, publicado por ONUSIDA, 1996, reimpresión 1998.

## 4 Servicios de Salud

### Norma 1 relativa a los servicios de salud: atención médica apropiada

La atención de salud de emergencia de las poblaciones afectadas por un desastre debe basarse en una evaluación inicial y en datos procedentes de un sistema de información sanitaria en funcionamiento, y servir para reducir el exceso de mortalidad y morbilidad gracias a una atención médica apropiada.

#### Indicadores clave

- Las intervenciones están concebidas para atacar las causas principales de exceso de mortalidad, enfermedades y traumatismos que se han determinado.
- De ser posible, las autoridades sanitarias locales dirigen la acción en materia de atención de salud y los organismos humanitarios participantes utilizan y fortalecen los centros de salud locales. Si ello no es posible, un organismo externo está a la cabeza de esa acción, colabora con los centros existentes que necesiten un apoyo sustancial y coordina las actividades de los organismos participantes.
- Todos los organismos humanitarios participantes convienen en coordinar su acción con la autoridad principal de atención sanitaria que se designa en el momento de la evaluación inicial.
- El sistema de atención de salud está en condiciones de atender una elevada demanda de servicios.
- El sistema de atención de salud es lo suficientemente flexible para adaptarse a los cambios señalados por el sistema de información sanitaria.

### Norma 2 relativa a los servicios de salud: reducción de la morbilidad y la mortalidad

La atención de salud en las situaciones de emergencia debe ajustarse a los principios de la atención primaria de salud (APS) y estar dirigida a los problemas de salud que causan un exceso de morbilidad y mortalidad.

## Indicadores clave

- Las intervenciones de atención de salud de emergencia se llevan a cabo por medio del sistema de APS en vigor, en caso de haberlo. El sistema de APS comprende los siguientes niveles de atención:
  - Nivel familiar.
  - Nivel comunitario, incluidos los agentes de salud de la comunidad y los visitantes sociales.
  - Las instalaciones sanitarias periféricas (dispensario, puesto de salud o centro médico).
  - Servicios de salud centrales (centro médico).
  - Hospital de referencia.
- Las intervenciones de atención de salud se llevan a cabo en el nivel apropiado de APS. No todas las situaciones de emergencia necesitarán todos los niveles de atención y en la evaluación inicial se puede determinar los que convengan. Si no existe un sistema de atención de salud local se utilizan sólo los niveles necesarios para prevenir el exceso de mortalidad y morbilidad.
- La atención de salud de emergencia, incluido el tratamiento de enfermedades y lesiones, se presta principalmente a nivel de la comunidad. Algunos tratamientos tienen lugar en centros de salud y un pequeño número de casos graves se envían a centros de referencia.
- La dotación de personal en cada nivel del sistema de APS es adecuada para atender a las necesidades de la población y sólo se utilizan o se habilitan los niveles necesarios para reducir el exceso de mortalidad y morbilidad.
- En los servicios de salud se integra a profesionales de la salud de la población damnificada en la mayor medida posible. Se seleccionan agentes de extensión de la comunidad, que reflejan el perfil de género y cultural de la población determinado en la evaluación inicial.
- Todos los prestadores de asistencia sanitaria deben concertarse en favor del recurso a procedimientos normalizados por lo que respecta a las técnicas de diagnóstico y el tratamiento de las principales enfermedades prioritarias que causan un exceso de mortalidad y morbilidad.
- Se utilizan los nuevos botiquines médicos de emergencia (1/10.000 habitantes) para iniciar la intervención, pero los pedidos para satisfacer las necesidades ulteriores de medicamentos se hacen conforme a la Lista de medicamentos esenciales recomendada por la OMS.

- Los paquetes de servicios iniciales mínimos se utilizan desde el comienzo de la intervención para atender a las necesidades de la población.
- Las donaciones de medicamentos no solicitadas que no se ajustan a las directrices para las donaciones de medicamentos se descartan y los fármacos se eliminan en condiciones de seguridad.
- Se enseñan y se ponen en práctica precauciones universales para prevenir y limitar la propagación de las infecciones.
- Se organiza el transporte adecuado de los pacientes hasta los centros de referencia.

## Notas de orientación

1. **Disponibilidad de servicios de salud:** la población damnificada y, cuando hay personas desplazadas, también la población huésped, deben disponer de servicios de atención de emergencia. Al llevar a cabo las intervenciones es preciso tener en cuenta la geografía, la etnicidad, y el idioma y las características de género de las poblaciones afectadas.
2. **Los servicios prestados en los diferentes niveles del sistema de APS habitualmente comprenden lo siguiente:**
  - **Nivel familiar:** la propia familia, parientes cercanos o los agentes de salud de la comunidad prestan algunos servicios preventivos y curativos como la administración de medicamentos o de terapias de rehidratación oral.
  - **Nivel comunitario:** obtención de datos; TRO, observancia de los tratamientos, visitas médicas y detección de casos; envío de pacientes a los centros pertinentes; promoción de la salud y educación sanitarias.
  - **Niveles periférico:** servicios ambulatorios de primer nivel; TRO; curaciones; envío de pacientes al nivel superior; obtención de datos, vacunación.
  - **Nivel de servicios de salud centrales:** diagnósticos; departamento ambulatorio (primer nivel y referencia); curaciones e inyecciones; TRO; servicio de urgencias; partos sin complicaciones, actividades de salud reproductiva (que incluyen planificación de la familia, atención maternoinfantil, servicios de maternidad sin riesgos y tratamiento y orientación en relación con la violencia sexual y la violencia basada en el género, las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA); cirugía sencilla, farmacia; vigilancia sanitaria; hospitalización básica; envío de pacientes al hospital; eventualmente: laboratorio, transfusiones; vacunación contra el sarampión.

- **Nivel del hospital de referencia:** cirugía, principales urgencias de obstetricia; laboratorio de referencia.
3. **Se debe prevenir la morbilidad y mortalidad neonatal y materna de la siguiente manera:** estableciendo servicios prenatales que permitan estar preparados para urgencias obstétricas; facilitando y distribuyendo botiquines para partos higiénicos, velando por que en los centros de salud se disponga de los botiquines del UNICEF para parteras tradicionales o materiales de emergencia del FNUAP para la atención de problemas de salud reproductiva. Los encargados de la atención sanitaria deben prever la prestación de servicios completos de salud reproductiva escogiendo lugares para la futura prestación de esos servicios.
4. **Dotación de personal:** la dotación de personal puede variar de un nivel a otro del sistema de APS. Las cifras siguientes se basan en pautas generales tomadas de Médecins Sans Frontières, *Refugee Health. An Approach to Emergency Situations*:
- **Nivel comunitario:** 1 visitador social por 500-1.000 habitantes; 1 partera tradicional por 2.000 habitantes; 1 supervisor por 10 visitadores sociales; 1 supervisor principal.
  - **Nivel de servicios sanitarios periféricos** (para 10.000 personas, aproximadamente): entre 2 y 5 trabajadores, con un mínimo de 1 agente de salud calificado sobre la base de 1 persona por 50 consultas diarias; 1 persona adiestrada localmente para la administración de TRO, curaciones y registro de pacientes.
  - **Nivel de servicios de salud centrales** (para 50.000 habitantes, aproximadamente): 1 médico para diagnósticos, 1 agente de salud por 50 consultas/día; 1 agente de salud cada 20-30 camas (turnos de 8 horas); 1 encargado de TRO; 1 ó 2 personas para la farmacia; 1 ó 2 personas para curaciones/inyecciones/esterilización. Personal no médico: 1 ó 2 oficinistas; 1 a 3 guardias (turnos de ocho horas); y personal de limpieza.
  - **Nivel del hospital de envío de casos:** variable, por lo menos un médico; una enfermera cada 20-30 camas ( turnos de 8 horas).
5. **El paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM):** el PSIM tiene por objeto prevenir y tratar las consecuencias de la violencia sexual, reducir la transmisión del VIH, prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad

neonatal y materna y prever la prestación de servicios completos de salud reproductiva. Los servicios de esta combinación deben estar a cargo de personal debidamente capacitado desde el comienzo de la intervención de emergencia. Su prestación, que se debe coordinar con otros organismos y sectores, conlleva la necesidad de notificar a los servicios de salud los casos de violencia sexual, así como de disponer de suministros para las precauciones universales (guantes, ropa de protección y facilidades para la eliminación de objetos punzantes o cortantes), cantidades suficientes de preservativos para la población afectada y botiquines para partos higiénicos.

6. **Precauciones universales:** las precauciones universales para prevenir y limitar la propagación de las infecciones deben comprender medidas para reducir la transmisión del VIH. Es posible que el personal de salud deba recibir formación o nueva formación en esta esfera. Véase también la norma 2 relativa a la lucha contra las enfermedades transmisibles: investigación y control, nota de orientación 7, prevención del VIH.
7. **Fortalecimiento de los servicios de salud locales:** durante toda la emergencia y después de ella, los organismos humanitarios deben procurar fortalecer los servicios de salud locales antes que crear servicios paralelos. (Véase la norma 3 relativa a la capacitación y formación de los recursos humanos: capacidad local.)
8. **Utilización de los servicios médicos:** se debe considerar qué factores afectan el uso de los centros médicos y la asistencia a los mismos. Puede tratarse incluso de factores culturales y en situaciones de conflicto también de factores relacionados con preocupaciones en materia de seguridad. Aunque la prestación imparcial de atención de salud se ha de considerar como un acto neutral, las facciones beligerantes no siempre lo perciben así, y los centros de salud pueden llegar a ser blanco de ataques. Estas consideraciones se deben tener en cuenta siempre que sea posible al determinar el emplazamiento y la dotación de personal de las instalaciones.

### Nota

Cabe señalar que los miembros de Caritas Internationalis no pueden suscribir la nota de orientación 7 de la sección relativa a la lucha contra las enfermedades transmisibles relacionada con los preservativos; ni la nota de orientación 5 de la sección de servicios de salud, relativa al paquete de servicios iniciales mínimos.

## 5 Capacidad en Materia de Recursos Humanos y Formación

En todos sus aspectos, la asistencia humanitaria depende de las calificaciones, los conocimientos y el compromiso del personal y los voluntarios, que trabajan en condiciones difíciles y a veces inseguras. Las exigencias a que están sometidos pueden ser considerables, y para que puedan realizar su trabajo de modo tal que se logre la aplicación de las normas mínimas, es indispensable que tengan una experiencia y una formación apropiadas y que estén dirigidos y apoyados adecuadamente por el organismo al que pertenecen.

### Norma 1 relativa a la capacidad: competencia

Las intervenciones sanitarias estarán a cargo de personal con calificaciones y experiencia apropiadas para el cumplimiento de las tareas pertinentes, que debe ser dirigido y apoyado de manera adecuada.

#### Indicadores clave

- Todos los miembros del personal al servicio de una intervención sanitaria están informados de la finalidad de las actividades que se les encomiendan y de los métodos para realizarlas.
- El personal que desempeña funciones técnicas y de dirección cuenta con apoyo para fundamentar las decisiones clave y verificar su cumplimiento.
- La evaluación inicial, la formulación de las intervenciones y la adopción de las decisiones principales de carácter técnico están a cargo de personal que posee las calificaciones técnicas pertinentes (epidemiología, agua, saneamiento, alimentos, nutrición, refugios, y atención de salud), y experiencia en situaciones de emergencia.

- El personal y los voluntarios que participan en la vigilancia sanitaria (como parte de los procesos de evaluación, vigilancia o examen) reciben instrucciones detalladas y son supervisados sistemáticamente.
- El personal responsable de la lucha contra enfermedades transmisibles y de las intervenciones de atención de salud en la población afectada posee experiencia o formación previa y está supervisado sistemáticamente por lo que respecta a la utilización de los protocolos, directrices y procedimientos de tratamientos recomendados.
- El personal y los voluntarios conocen las cuestiones de género relativas a la población afectada. Saben cómo notificar los incidentes de violencia sexual.
- La introducción de nuevos suministros o equipo médico se acompaña de una explicación detallada y es objeto de supervisión.
- El personal del programa de vacunación tiene probada capacidad para aplicar el programa, incluido el asesoramiento acerca de las vacunas, sus efectos secundarios y otras informaciones pertinentes.
- Los procedimientos en materia de atención de salud dirigidos a grupos específicos se realizan conforme a directrices y protocolos claramente redactados.
- El tratamiento de las enfermedades o lesiones graves es supervisado por un profesional de la salud debidamente calificado y experimentado que ha recibido formación específica en ese campo.
- Los agentes de salud, nutrición y/o extensión que tienen contacto con personas que padecen malnutrición leve o con quienes les prestan asistencia (a domicilio, en centros de alimentación, en dispensarios, etc.), tienen probada capacidad para prestar asesoramiento y apoyo apropiados.
- El personal de salud tiene probada capacidad para aconsejar a las madres y a las personas que las asisten acerca de la alimentación apropiada de los lactantes y los niños pequeños y otras prácticas de carácter prioritario.

### Norma 2 relativa a la capacidad: apoyo

Los miembros de la población afectada por el desastre deben recibir apoyo para adaptarse a su nuevo entorno y poder hacer uso óptimo de la asistencia que se les brinda.

## Indicadores clave

- Los encargados de la asistencia reciben información acerca de las actividades de prevención prioritarias como la necesidad de vacunarse, utilizar jabón, mosquiteros y letrinas, y los buenos comportamientos que favorecen la buena salud.
- Todos los miembros de la población damnificada reciben información acerca de la disponibilidad de agentes de salud de la comunidad y de visitantes sociales y sobre la ubicación de los centros y servicios de salud.

### Norma 3 relativa a la capacidad: capacidad local

En las intervenciones sanitarias de emergencia se deben utilizar y mejorar la capacidad y las competencias locales.

## Indicadores clave

- En las intervenciones sanitarias intervienen también los profesionales de la salud locales, agentes de salud, dirigentes y hombres y mujeres de la población damnificada.
- El personal comprende la importancia de fortalecer las capacidades de los sistemas de salud locales con miras a la obtención de beneficios a largo plazo.
- En el curso del programa de asistencia humanitaria se aprovecha y fortalece la base de conocimientos especializados de los colaboradores y las instituciones locales y de la población afectada.
- Se imparte formación a los agentes de extensión de la comunidad.

## Notas de orientación

1. **Véase:** Instituto de Desarrollo de Ultramar/People in Aid (1998), *Code of Best Practice in the Management and Support of Aid Personnel*.
2. **Vínculo con la nutrición:** véase también la norma 1 relativa a la capacidad en materia de recursos humanos y formación, en el capítulo 2, Nutrición.

3. **Dotación de personal:** el personal y los voluntarios deben ser idóneos para cumplir sus tareas respectivas. Además, deben conocer los aspectos fundamentales de los convenios relativos a los derechos humanos, el derecho internacional humanitario y los *Principios Rectores de los Desplazamientos Internos* (véase la Carta Humanitaria).

Es importante proporcionar formación y apoyo como parte de la preparación para casos de emergencia si se quiere contar con personal calificado que preste servicios de calidad. Como muchos países no están preparados para casos de emergencia, los organismos humanitarios deben seleccionar personal calificado y competente y prepararlo convenientemente antes de asignarlo a una situación de emergencia.

Al asignar personal y voluntarios a una misión, los organismos deben procurar que el número de mujeres y de hombres en los equipos de emergencia sea equilibrado.

# Apéndice 1

## Bibliografía Seleccionada

### Evaluación de la situación sanitaria inicial

ACNUR (1994), *People-Oriented Planning at Work: Using POP to Improve UNHCR Programming*. ACNUR, Ginebra.

FICR (1997), *Handbook for Delegates. Needs Assessment, Targeting Beneficiaries*. Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, Ginebra.

MSF (1996), *Evaluation Rapide de l'Etat de Santé d'une Population Déplacée ou Réfugiée*. Médecins Sans Frontières, Paris.

OMS (1999), *Rapid Health Assessment Protocols for Emergencies*. Organización Mundial de la salud, Ginebra.

RHR Consortium (1997), *Refugee Reproductive Health Needs Assessment Field Tools*. Reproductive Health for Refugees Consortium, Nueva York.

### Sistema de información sanitaria

OMS (1997), *Communicable Disease Surveillance Kit*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

OMS (1999), *Recommended Surveillance Standards* (WHO/CDS/ISR/99.2). Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

### Lucha contra el sarampión

OMS (1996), *Safety of Injections in Immunization Programs*. WHO Recommended Policy. (WHO/EPI/LHIS/96.05). Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

OMS (1997), *Immunization in Practice. A Guide for Health Workers Who Give Vaccines*. Macmillan, Londres.

OMS (1997), *Surveillance of Adverse Events Following Immunization*. (WHO/EPI/TRAM/93.02 Rev.1), Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

OMS (1998), *Integration of Vitamin A Supplementation With Immunization: Policy and Programme Implications*. (WHO/EPI/GEN/98.07). Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

### Lucha contra las enfermedades transmisibles

Benenson, A. S. (1995), *Control of Communicable Diseases in Man*. American Public Health Association, Washington, DC. 16th edition.

ONUSIDA (1998), *Guidelines for HIV Interventions In Emergency Settings*. ONUSIDA, Ginebra.

### Servicios de salud

ACNUR (1996), *Sexual Violence Against Refugees: Guidelines on Prevention and Response*. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, Ginebra.

ACNUR (1999), *Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-agency Field Manual*. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, Ginebra.

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

FNUAP (1998), *The Reproductive Health Kit for Emergency Situations*. Operaciones de Socorro de Emergencia del Fondo de Población de las Naciones Unidas, Ginebra.

MSF (1993), *Clinical Guidelines, Diagnostic and Treatment Manual*. Médecins Sans Frontières, Paris.

MSF (1997), *Refugee Health, An Approach to Emergency Situations*. Macmillan, Londres.

OMS (1997), *Información Farmacéutica OMS. Lista recomendada DCI. Denominaciones comunes internacionales para sustancias farmacéuticas*. Vol. I-III. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

OMS (1998) *HIV/AIDS and Health Care Personnel: Policies and Practices*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

OMS (1998), *Essential Drugs. Lista de Medicamentos esenciales OMS* (revisada en diciembre de 1997), Información Farmacéutica OMS Vol. 12, N° 1. Organización Mundial de la Salud.

OMS (1998), *The New Emergency Health Kit 1998. Lists of Drugs and Medical Supplies for 10,000 people for approximately three months.* Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

OMS (1999), *Guidelines for Drug Donations* (WHO/EDM/PAR/99.4). Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

OMS (1999), *Guidelines for Safe Disposal of Unwanted Pharmaceuticals in and after Emergencies* (WHO/EDM/PAR/99.2). Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

Perrin, P. (1996), *War and Public Health. Handbook on War and Public Health.* International Committee of the Red Cross, Ginebra.

PNUD/OSIA (1999), *Emergency Relief Items, Compendium of Basic Specifications.* Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Nueva York.

WCRWC (1999), *Sexual Violence in the Kosovo Crisis: A Synopsis of UNHCR Guidelines for Prevention and Response.* Women's Commission for Refugee Women and Children, Nueva York.

### Recursos Humanos

Instituto de Desarrollo de Ultramar/People In Aid (1998), *Code of Best Practice in the Management and Support of Aid Personnel.* Instituto de Desarrollo de Ultramar/People In Aid, Londres.

### Cuestiones de género

WCRWC/UNICEF (1998), *The Gender Dimensions of Internal Displacement.* Women's Commission for Refugee Women and Children, Nueva York.

## Apéndice 2

### Lista Ilustrativa de Actividades para la Evaluación de la Situación Sanitaria Inicial

(Adaptada de CDC (1992), «*Famine-Affected, Refugee and Displaced Populations: Recommendations for Public Health Issues*», en MMWR (RR-13), julio.).

#### Preparación

- Obtener la información disponible sobre la población afectada por el desastre y los recursos de ministerios y organizaciones del país huésped.
- Obtener los mapas o fotografías aéreas disponibles.
- Obtener de las organizaciones internacionales datos sobre la situación demográfica y sanitaria.

#### Evaluación sobre el terreno

- Determinar el total de la población afectada por el desastre y la proporción de niños <5 años.
- Determinar la composición de la población por edad y por sexo.
- Determinar los grupos expuestos a mayores riesgos.
- Determinar el tamaño medio de las familias y hacer una estimación del número de familias a cargo de una mujer o de un niño.

#### Información sanitaria

- Si hay refugiados, determinar los principales problemas de salud en el país de origen.
- Si no hay refugiados, determinar los principales problemas de salud en la zona afectada por el desastre.
- Determinar las fuentes anteriores de atención de la salud.
- Determinar las creencias y tradiciones importantes en relación con la salud.

- Determinar las características de la estructura social existente y las dimensiones psicosociales de la situación.
- Determinar las virtudes y el alcance de los programas de salud pública locales del país de origen de las personas.

### Situación nutricional

- Determinar la prevalencia de malnutrición proteinoenergética en la población <5 años.
- Averiguar cuál era la situación nutricional previa.
- Determinar las prácticas jerárquicas de asignación de alimentos que afecten el estado de nutrición de las mujeres y de diferentes grupos sociales y de edad.
- Determinar la prevalencia de carencias de micronutrientes en la población <5 años.

### Tasas de mortalidad

- Calcular la tasa de mortalidad general (tasa bruta de mortalidad -TBM).
- Calcular la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (tasa de mortalidad por edades correspondiente a los niños menores de 5 años).
- Calcular la tasa de mortalidad por causas.

### Morbilidad

- Determinar las tasas de incidencia, por edad y por sexo, de los problemas de salud y las enfermedades principales que tienen importancia para la salud pública, con inclusión de la violencia sexual y las violaciones.

### Condiciones ambientales

- Determinar las condiciones climáticas, las características geográficas, y la epidemiología de las enfermedades locales; evaluar el acceso a la población afectada; evaluar el grado de inseguridad y de violencia.
- Evaluar los suministros de alimentos locales, regionales y nacionales (cantidad, calidad, tipos), los sistemas de distribución, la coordinación y los servicios de las organizaciones existentes, la logística del transporte y el almacenamiento de alimentos, los programas de alimentación, y el grado de acceso a los suministros locales.

- Evaluar los refugios existentes y la disponibilidad de materiales locales para construir refugios, las condiciones de acceso, la superficie de tierra disponible y los sitios donde se puede construir, la topografía y las condiciones de drenaje; y las existencias de mantas, ropa, utensilios de uso doméstico, combustible, y dinero.
- Determinar y evaluar las fuentes de agua, su cantidad y calidad, y las condiciones de transporte y almacenamiento.
- Evaluar las condiciones de saneamiento, incluidas las prácticas de evacuación de excretas, el jabón, los vectores y ratas y los sitios de enterramiento.

### Recursos disponibles

- Determinar y evaluar los servicios de salud locales, incluidos el acceso a los servicios, el personal de salud, los intérpretes, los tipos de servicios/estructuras, el agua, la refrigeración, los generadores disponibles en las instalaciones, y las existencias de medicamentos y vacunas.

### Logística

- Evaluar los medios de transporte y comunicación, el combustible, el almacenamiento de los alimentos, las existencias de vacunas y otros suministros.

# Apéndice 3

## Modelo de Formulario de Informes de Vigilancia Semanal

(Los formularios reales deben diseñarse sobre la base de las conclusiones y recomendaciones de la evaluación inicial)

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

### 1. Población afectada por el desastre

- A. Población total al comienzo de la semana: \_\_\_\_\_
- B. Nacimientos esta semana: \_\_\_\_\_ Fallecimientos esta semana: \_\_\_\_\_
- C. Llegadas esta semana (*cuando proceda*): \_\_\_\_\_ Partidas esta semana: \_\_\_\_\_
- D. Población total al final de la semana: \_\_\_\_\_
- E. Población total < 5 años de edad: \_\_\_\_\_

### 2. Mortalidad

Nº de fallecimientos	0-4 años		5 + años		Total
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	
Enfermedades diarreicas					
Enfermedades respiratorias					
Malnutrición					
Sarampión					
Paludismo					
Factores relacionados con la maternidad					
Otras/desconocidas					
<b>Total por edad y por sexo</b>					
<b>Total &lt; 5 años</b>					

Tasa media de mortalidad total: V \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_  
(Número de fallecimientos/10.000 miembros de la población total/media diaria semanal, por edad y sexo)

Tasa media de mortalidad de menores de cinco años: V \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_  
(Fallecimientos/10.000 menores de cinco años/promedio diario semanal)

### 3. Morbilidad

Síntomas principales/ diagnóstico	0-4 años		5 + años		Total
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	
Diarrea/deshidratación					
Fiebre con tos					
Fiebre y escalofríos/ paludismo					
Sarampión					
Lesión/accidente					
Sospecha de meningitis					
Sospecha de cólera					
Otros/desconocidos					
<b>Total</b>					

### 4. Observaciones

---



---



---



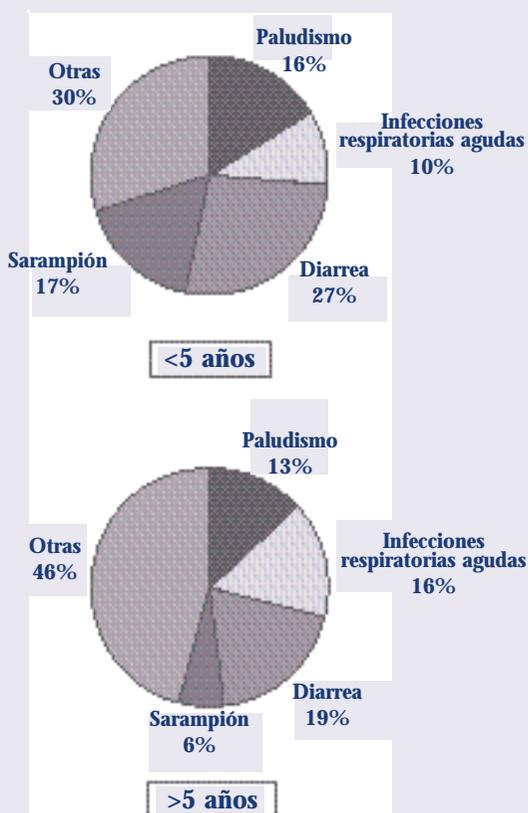
---

(Téngase en cuenta que en estos formularios se pueden incluir datos de morbilidad y mortalidad por edad para uso del sistema de información sanitaria. Deben utilizarse los grupos de edades siguientes: <1, 1-4, 5-14, 15-44, 45 +.)

# Apéndice 4

## Ejemplo de Presentación de un Conjunto de Datos sobre Mortalidad

Mortalidad proporcional entre refugiados mozambiqueños en Malawi, 1987-1989



Fuente: MSF (1997), *Refugee Health, An Approach to Emergency Situations*. Macmillan, Londres.

# Apéndice 5

## Modelo de Formulario de Vacunación contra el Sarampión

Lugar: \_\_\_\_\_ Presentado por: \_\_\_\_\_

De: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ A: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 día / mes / año día / mes / año

• Campaña de vacunación masiva contra el sarampión  
 Sí  No

• Vacunación sistemática contra el sarampión en servicios de salud  
 Sí  No

• Cobertura de la vacunación contra el sarampión

Población destinataria :

< 5 años \_\_\_\_\_ ≥ 5 años \_\_\_\_\_

Población destinataria total: \_\_\_\_\_

Nº de vacunados	Campaña masiva A		Vacunación sistemática B		Cobertura acumulativa de vacunación contra el sarampión*
	Nº esta semana	Nº acumulativo	Nº esta semana	Nº acumulativo	
<5 años					
≥5 años					
<b>TOTAL</b>					

\* Cálculo de la cobertura acumulativa: A+B/población destinataria

Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

N.B. Este formulario también puede utilizarse para otras campañas de vacunación masiva.  
 Sólo basta con cambiar el nombre

Fuente: MSF (1997), *Refugee Health, An Approach to Emergency Situations*. Macmillan, Londres.

# Apéndice 6

## Modelo de Formularios para Datos sobre el Agua, el Saneamiento y el Medio Ambiente

(Téngase en cuenta que estos formularios deben adaptarse a cada situación y ajustarse a las recomendaciones de la evaluación inicial).

Lugar: \_\_\_\_\_ Presentado por: \_\_\_\_\_

Del: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Al: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 día / mes / año día / mes / año

### • Agua

	Nº de litros/día	Población	Nº de litros/persona/día	Objetivo
Abastecimiento de agua				

	Nº de puntos de abastecimiento de agua	Población	Nº de personas/punto de abastecimiento	Objetivo
Abastecimiento de agua				

### • Saneamiento

	Nº de letrinas	Población	Nº de personas/letrinas	Objetivo
Letrinas				

### • Densidad de ocupación (espacio/persona)

	Superficie en m <sup>2</sup>	Población	M <sup>2</sup> por persona	Objetivo
Densidad de ocupación				

Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Fuente: MSF (1997), *Refugee Health, An Approach to Emergency Situations*. Macmillan, Londres.

# Apéndice 7

## Modelo de Formulario para Notificación de Casos de Violencia Sexual

(Téngase en cuenta que este formulario debe adaptarse a cada situación)

CONFIDENCIAL

Formulario de informe sobre incidentes de violencia

Campamento: \_\_\_\_\_ Oficial informante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### 1) Persona afectada

Código\*: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Si se trata de un menor: Código/Nombre de los padres/tutor: \_\_\_\_\_

### 2) Relación del incidente

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Descripción de los hechos (especifíquese el tipo de agresión sexual): \_\_\_\_\_

Personas implicadas: \_\_\_\_\_

### 3) Medidas adoptadas

Se ha practicado un examen médico  sí  no  Por quién: \_\_\_\_\_

Principales conclusiones y tratamiento indicado: \_\_\_\_\_

Se ha notificado al personal de seguridad:  sí  no

En caso negativo, razones aducidas: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, medidas adoptadas: \_\_\_\_\_

Se ha facilitado orientación psicosocial:  sí  no

Quién la ha facilitado y qué medidas se han adoptado: \_\_\_\_\_

### 4) Medidas ulteriores propuestas

### 5) Plan de seguimiento

Seguimiento médico: \_\_\_\_\_

Orientación psicosocial: \_\_\_\_\_

Procedimientos legales: \_\_\_\_\_

\* Se utilizarán números en lugar de nombres a fin de mantener confidencial la información.



Parte 3

Anexos

# 1 *Glosario de* *Términos Clave*

En este glosario se definen términos clave relacionados con la Carta Humanitaria y las Normas Mínimas de respuesta humanitaria en casos de desastre.

## **Agente humanitario**

Organización que apoya la prestación de asistencia humanitaria.

## **Asistencia humanitaria**

Provisión de los servicios y suministros esenciales para satisfacer convenientemente las necesidades de la población en materia de agua, saneamiento, nutrición, alimentos, refugios y atención de salud.

## **Asistencia imparcial**

Asistencia que se presta teniendo en cuenta exclusivamente las necesidades, sin distinciones por motivos de raza, religión, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad física o mental.

## **Autoridades locales**

Gobierno o dirigentes que reconocidamente ejercen el control en el país o la región en la que está instalada la población afectada por el desastre.

## **Desastre**

Situación en la cual las personas se ven privadas de los medios normales de sostén de la vida en condiciones de dignidad como consecuencia de una catástrofe natural u ocasionada por la acción humana.

## **El principio humanitario**

Prevención y alivio del sufrimiento humano, protección de la vida y la salud, y respeto de la dignidad humana.

## Género

El género comprende las funciones, las actitudes y los valores socialmente definidos según el sexo, que las comunidades y sociedades atribuyen como propios a las personas de uno y otro sexo.

## Gobierno huésped (o gobierno del país de acogida)

Gobierno del país en el que se presta la asistencia humanitaria.

## Grupos en riesgo

Las personas que se consideran excepcionalmente vulnerables.

## Indicadores

Son “señales” que permiten verificar si una norma se ha cumplido. Constituyen un medio de medir y dar a conocer los efectos o los resultados de los programas así como la eficacia de los procedimientos y métodos utilizados. Los indicadores pueden ser de índole cualitativa o cuantitativa.

## Interesados

Toda persona o institución a la que concierne la asistencia humanitaria o que puede incidir en ella.

## Norma mínima

Nivel mínimo (de servicio) que se debe alcanzar en la asistencia humanitaria.

## Organismo humanitario

Organización no gubernamental local o internacional, órgano de las Naciones Unidas o institución donante cuyas actividades apoyan la prestación de asistencia humanitaria.

## Personal

Personas empleadas por los organismos humanitarios.

## Población/personas afectadas por desastres

Todas aquellas personas cuya vida o cuya salud está amenazada por un desastre, ya se encuentren desplazadas o en su lugar de residencia.

## Responsabilidad

La responsabilidad de demostrar a los interesados, los cuales son, en primer lugar, las personas afectadas por un desastre, que la asistencia humanitaria se conforma a las normas acordadas.

## Transparencia

Apertura y accesibilidad de los organismos humanitarios, sus sistemas y su información.

## Violencia sexual

Toda forma de amenaza, agresión, violencia doméstica, interferencia y explotación de carácter sexual, en particular la prostitución involuntaria, el estupro y los abusos deshonestos sin daño físico o penetración.

## 2 Siglas

### ACC/SCN:

Comité Administrativo de Coordinación, de las Naciones Unidas/Subcomisión de Nutrición

### ACNUR:

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados

### ACT:

Action by Churches Together

### ALNAP:

Active Learning Network for Accountability in Practice

### CAD:

Comité de Asistencia para el Desarrollo (OCDE)

### CDC:

Centers for Disease Control and Prevention (Centros de Control y Prevención de Enfermedades)

### CDRH:

Comité Directivo de Respuesta Humanitaria

### CICR:

Comité Internacional de la Cruz Roja

### FAO:

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación

### FLM:

Federación Luterana Mundial

### INFCD:

International Nutrition Foundation for Developing Countries

### MSF:

Médecins Sans Frontières (Médicos sin Fronteras)

### NCHS:

Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias (EE.UU.)

### OCAH:

Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas

### OCDE:

Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos

### OFDA:

Office of Foreign Disaster Assistance (USAID) (Oficina de Asistencia para Casos de Desastre en el Extranjero)

### OMM:

Organización Meteorológica Mundial

### OMS:

Organización Mundial de la Salud

### ONG:

Organización no gubernamental

### OSIA:

Oficina de Servicios Interinstitucionales de Adquisición (PNUD)

### PMA:

Programa Mundial de Alimentos

### PNUD:

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

### PNUMA:

Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente

### PSIM:

Paquete de servicios iniciales mínimos

### PTSS:

Sección de Programas y Apoyo Técnico (ACNUR)

### UNDRO:

Oficina del Coordinador de las Naciones Unidas para el Socorro en Casos de Desastre

### UNICEF:

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

### USAID:

Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

### WCRWC:

Women's Commission for Refugee Women and Children

# 3 Agradecimientos

## El Proyecto de la Esfera

### Equipo

Presidente del Comité de Dirección del Proyecto - Nicholas Stockton, Oxfam, Reino Unido

Coordinador del Proyecto - Peter Walker, FICR, Suiza

Administradora del Proyecto, Fase I - Susan Purdin, Suiza

Administradora del Proyecto, Fase II - Nan Buzard, Suiza

Asistente del Proyecto, Fase II - Catherine Blum, Suiza

Director de la Formación, Fase II - Sean Lowrie, Reino Unido

### Comité de Dirección del Proyecto

James K. Bishop, InterAction, EE.UU. \* Peter Hawkins, Save the Children Alliance, Reino Unido \* Graham Miller, CARE International, Suiza \* Jean-Marie Kindermans, MSF International, Bélgica \* Rebecca Larson, Federación Luterana Mundial (ACT), Suiza \* Gianni Ruffini, VOICE, Bélgica \* Nancy Lindborg, Mercy Corps International, EE.UU. \* Miriam Lutz, Action by Churches Together (ACT), Suiza \* Gerald Martone, International Rescue Committee, EE.UU. \* Joel McClellan, SCHR, Suiza \* Pierre Perrin, CICR, Suiza \* Ed Shenkenberg, ICVA, Suiza \* Karel Zelenka, Caritas Internationalis, Ciudad del Vaticano

### Donantes

Además de las contribuciones de las organizaciones miembros del CDRH y de InterAction que aportó una donación de la Fundación Ford, financiaron el Proyecto de la Esfera las entidades mencionadas a continuación:

Organismo Australiano para el Desarrollo Internacional (AusAID); Ministerio de Desarrollo de Bélgica; Organismo Canadiense para el

Desarrollo Internacional (CIDA), Organismo Danés de Ayuda al Desarrollo Internacional (DANIDA); Departamento para el Desarrollo Internacional, del Reino Unido (DFID); Oficina Humanitaria de la Comunidad Europea (ECHO); División de Ayuda Humanitaria del Ministerio de Relaciones Exteriores de los Países Bajos; Organismo Sueco de Cooperación para el Desarrollo Internacional (SIDA); Organismo Suizo para el Desarrollo y la Cooperación (SDC); Oficina de Población, Refugiados y Migraciones, del Departamento de Estado de los Estados Unidos (US-BPRM), y la Oficina de Asistencia en casos de desastres en el Extranjero, de la Agencia para el Desarrollo Internacional, de los Estados Unidos (US-OFDA).

## Capítulo 1: Abastecimiento de Agua y Saneamiento

### Director de sector: John Adams, Oxfam GB

John Adams y el Proyecto de la Esfera desean agradecer al grupo de asesores que se mencionan a continuación sus contribuciones a este capítulo:

Riccardo Conti, Comité Internacional de la Cruz Roja, Suiza \* Eric Drouart, Action Contre La Faim, Francia \* Jeff Eames, CARE International, Reino Unido \* Denis Heidebroek, MSF Holanda, Países Bajos \* Uli Jaspers, Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, Suiza \* Richard Luff, Oxfam GB, Reino Unido \* Daniel Mora-Castro, Sección de Programas y Apoyo Técnico, ACNUR, Suiza \* Claude Rakotomalala, Sección de Programas y Apoyo Técnico, ACNUR, Suiza \* Paul Sherlock, Oxfam GB, Reino Unido.

### Otros colaboradores:

Astier Almedom, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Reino Unido \* Andy Bastable, Oxfam, Reino Unido \* Eveline Bolt, IRC International Water and Sanitation Centre, Países Bajos \* Paul Borsboom, SAWA, Agro Business, Países Bajos \* Bernard Broughton, Relief Development Services Pty, Australia \* Sandy Cairncross, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Reino Unido \* Art Carlson, International Rescue Committee, Rwanda \* M. T. Chanyowedza, Christian CARE

(ACT), Zimbabwe \* Desmond Chavasse, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Reino Unido \* Sara Davidson, People In Aid, Reino Unido \* Tom de Veer, consultor independiente, Países Bajos \* Florence Descacq, ACF - Côte d'Ivoire, Francia \* Ben Fawcett, Institute of Irrigation Studies, Universidad de Southampton, Reino Unido \* Suzanne Ferron, consultora independiente, UK \* Tim Foster, RedR International, Suiza \* Pierre Fourcassier, ACF - Côte d'Ivoire, Francia \* Banteyehun Haile, American Refugee Committee, Rwanda \* Alden Hendersen, Health Studies Branch, CDC, National Center for Environmental Health, EE.UU. \* Robert Hodgson, Universidad de Exeter, Reino Unido \* Mark Hogan, Concern Worldwide, Irlanda \* Sarah House, Water and Engineering Development Group, Loughborough Universidad de Tecnología, Reino Unido \* Modhakkiru Katakweba, Oxfam, Tanzania \* Vincent Koch, Oxfam Reino Unido e Irlanda, Angola \* Bobby Lambert, RedR, Reino Unido \* Sue Lim, DRA, Países Bajos \* Peter Lochery, CARE, EE.UU. \* Woldu Mahary, Oxfam, Reino Unido \* Duncan Mara, Departamento de Ingeniería Civil, Universidad de Leeds, Reino Unido \* Laura Marks, International Rescue Committee, EE.UU. \* Tom McAloon, International Rescue Committee, EE.UU. \* Bob Reed, Water and Engineering Development Group, Loughborough Universidad de Tecnología, Reino Unido \* Philippe Rey, CICR, Suiza \* Les Roberts, consultora independiente, EE.UU. \* David Saunders, IRC International Water and Sanitation Centre, Países Bajos \* Stefan Spang, CICR, Suiza \* Madeleine Thomson, MALSAT Research Group, Liverpool School of Tropical Medicine, Reino Unido \* Roger Yates, Oxfam, Tanzania \* MSF Bélgica

## Capítulo 2: Nutrición

*Directora del sector: Lola Gostelow, Save the Children Fund, Reino Unido*

*Investigadora del sector: Anna Taylor, SCF Reino Unido*

Lola Gostelow y el Proyecto de la Esfera desean agradecer a las siguientes personas sus importantes contribuciones a este capítulo:

Ken Bailey, Organización Mundial de la Salud, Suiza \* Rita Bhatia, ACNUR, Suiza \* Annalies Borrel, Concern Worldwide, Irlanda \* Anne

Callanan, Programa Mundial de Alimentos, Italia \* Pieter Djikhuizen, Programa Mundial de Alimentos, Italia \* Michael Golden, Universidad de Aberdeen, Reino Unido \* Yvonne Grellety, Action Contre La Faim, Francia \* Susanne Jaspars, consultora independiente, Reino Unido \* Marion Kelly, Departamento para el Desarrollo Internacional, Reino Unido \* Clare Schofield, Londres School of Hygiene and Tropical Medicine, Reino Unido \* John Seaman, Save the Children Fund, Reino Unido \* Jeremy Shoham, consultor independiente, Reino Unido \* Arnold Timmer, ACNUR, Suiza \* Saskia van der Kam, MSF Holanda, Países Bajos \* Zita Weise-Prinzo, Organización Mundial de la Salud, Suiza \* Helen Young, Oxfam GB, Reino Unido

### *Otros colaboradores:*

Carla Abou-Zahr, OMS, Suiza \* Lesley Adams, Oxfam GB \* Tahmid Ahmed, ICDDR, Bangladesh \* David Alnwick, UNICEF \* A. M. M. Anisul Anwar, Ministerio de Salud y Bienestar de la Familia, Bangladesh \* Iqbal Anwar, Radd MCH FP Centre, Bangladesh \* Judith Appleton, consultora independiente, Reino Unido \* Selena Bajraktarevic, UNICEF, Bosnia \* Theresa Banda, Ministerio de Salud, Malawi \* Hilary Baroi, Programa de Desarrollo Social de la Iglesia de Bangladesh, Bangladesh \* George Beaton, consultor independiente, Canadá \* Nathan Belete, World Vision \* Chris Besse, Merlin, Reino Unido \* Aminul Haque Bhuyan, Universidad de Dhaka, Bangladesh \* John Borton, Instituto de Desarrollo de Ultramar, Reino Unido \* Dominique Bounie, Instituto de Alimentos y Agricultura de Lille, Francia \* Francesco Branca, Istituto Nazionale della Nutrizione, Italia \* Andre Briend, INSERM, Francia \* Vincent Brown, Epicentre, Francia \* Kate Bruck, Dr. Cynthia's Clinic, Tailandia \* Judy Bryson, Africare, EE.UU. \* Ann Burgess, consultora independiente, Reino Unido \* Brent Burkholder, CDC, EE.UU. \* Christine Cambrey, WFP, Somalia \* Kathy Carter, Institute of Child Health, Reino Unido \* Jenny Cervinskias, Micronutrients Initiative, Canadá \* Gene Charoonruk y Uraiporn Chittchang, Mahidol University, Tailandia \* Françoise Chome, Sustain, EE.UU. \* Ian Christopholos, SIDA, Suecia \* Ed Clay, Instituto de Desarrollo de Ultramar, Reino Unido \* William Clay, FAO, Italia \* Graeme Clugston, OMS, Suiza \* Karen Codling, UNICEF, Tailandia \* Bruce Cogill, IMPACT \* Marc Cohen, Bread for the World Institute \* Steve Collins, consultor independiente, Reino Unido \* Suzanne Cotter,

OMS, Bosnia \* Joanne Csete, UNICEF, EE.UU. \* Ariane Curdy, CICR, Suiza \* Helena Dalton, International Rescue Committee, Tailandia \* Frances Davidson, USAID Nutrition Section, EE.UU. \* Austin Davis, LSE/MSF, Reino Unido \* Danielle Deboutte, OMS/EHA, Suiza \* Vicki Denman, CRS, EE.UU. \* Pat Disket, Universidad de Cranfield, Reino Unido \* Rhoda Eliasi, National Economic Council, Malawi \* Mendez England, FFP, EE.UU. \* Linda Ethangatta, UNICEF OLS, Kenya \* Margie Ferris-Morris, anteriormente en USAID, EE.UU. \* Anna Ferro-Luzzi, National Institute of Nutrition, Italia \* Lourdes Fidalgo, Ministerio de Salud, Mozambique \* Aida Filipovic, Institute of Public Health, Sarajevo \* Wilma Freire, OPS, EE.UU. \* David Garms, FFP/USAID, EE.UU. \* Veronique Genaille, ACNUR, Kenya \* Yvonne Grellety, ACF, Francia \* Laura Guimond, Mercy Corps International Child Survival Program, EE.UU. \* Alistair Hallam, Instituto de Desarrollo de Ultramar, Reino Unido \* John Hammock, Tufts University, EE.UU. \* Steven Hansch, Refugee Policy Group, EE.UU. \* Pirko Heinonen, UNICEF, Somalia \* Jeya Henry, Oxford Brookes University, Reino Unido \* Hege Hetzberg, NORAD, Noruega \* Moazzem Hossain, Save the Children Reino Unido, Bangladesh \* Janet-Marie Huddle, World Vision, Canadá \* Zahidul Islam, Grameen Health Programme, Bangladesh \* Safia Jama, UNICEF, Somalia \* Omanic Jasna, Public Health Institute, Bosnia \* Linley Karlton, Universidad de Uppsala, Suecia \* Lawson Kasamale, Cruz Roja, Malawi \* Judit Katona-Apte, PMA Italia \* Kathy Krasovec, USAID \* Fred Kuhila, Programme Against Malnutrition, Zambia \* Natehalai (Kitty) Lanmg, ARC TRAT, Tailandia \* Bruce Laurence, Merlin, Reino Unido \* Bernt Lindtjorn, Universidad de Bergen, Noruega \* Dr. Luecha, Departamento de Salud, Tailandia \* Mary Lung'aho, CRS, EE.UU. \* Jane Macaskill, Nairobi/Somalia \* Sharon MacDonall, CDC Nutrition Division, EE.UU. \* Kandarasee Malanong, Ministerio de Salud Pública, Tailandia \* Gabrielle Maritim, Universidad de Nairobi, Kenya \* David Marsh, Save the Children EE.UU., EE.UU. \* Rabia Mathai, FICR, Bangladesh \* Fedai Mawlar, Voluntary Health Services Society, Bangladesh \* Jenny McMahon, CICR, Kenya \* Judiann McNulty, CARE \* Cathy Mears, consultora independiente, Reino Unido \* David Meek, World Vision, EE.UU. \* Andrea Menefee, International Rescue Committee, Tailandia \* Zahra Mirghani, ACNUR, Tanzania \* Sheikh Mohiuddin, Ad-din Hospital, Bangladesh \* Alain Moren, RNSP, Bélgica \* Saul Morris, IIPA \*

Yasmine Motarjemi, OMS, Suiza \* Ellen Muehlhoff, FAO, Italia \* Chizuru Nishida, OMS, Suiza \* Eric Noji, OMS, Suiza \* Ted Okada, Food for the Hungry International, EE.UU. \* Ben Okech, Ministerio de Salud, Kenya \* Omawale Omawale, UNICEF, DPRK \* Proyecto OMNI, USAID \* Fiona O'Reilly, Emergency Nutrition Network, Irlanda \* Christophe Paquet, Epicentre, Francia \* Abe Parvanta, CDC, EE.UU. \* Chris y Monika Pearson, Universidad de Uppsala, Suecia \* Nina Pillai, Instituto de Desarrollo de Ultramar, Reino Unido \* Rachel Pinniger, Universidad de Tribhuvan, Nepal \* Claudine Prudhon, ACF, Francia \* Randy Purviance, ADRA, EE.UU. \* Sonya Rabenack, ACC/SCN, Suiza \* Shah Mahfuzur Rahman, Institute of Public Health, Bangladesh \* Anne Ralte, IMPACT, EE.UU. \* Emma Roberts, TEAR Fund, Reino Unido \* Anna de Roos, ECHO, Bangladesh \* Aileen Robertson, Oficina Regional Europea de la OMS, Dinamarca \* S. K. Roy, ICDDR, Bangladesh \* Terrence T. J. Ryan, Food Aid Management, EE.UU. \* Serge Rwamasirabo, USAID Rwanda \* Abdus Sabur, Save the Children Reino Unido, Bangladesh \* Erminio Sacco, PMA, Somalia \* Helen Samatebele, Programme Against Malnutrition, Zambia \* Andy Seal, Institute of Child Health, Reino Unido \* Mary Serdula, CDC, EE.UU. \* Louise Serunjogi, Universidad Makere, Uganda \* Dr. Shazahan, Helen Keller Institute, Bangladesh \* S. Shao, Tanzania Food and Nutrition Centre, Tanzania \* Catherine Siandwazi, Commonwealth Regional Health Secretariat, Tanzania \* Sangsom Sinawat, Ministerio de Salud Pública, Tailandia \* José Solís, OPS, EE.UU. \* Bernhard Staub, Tanganyika Christian Refugee Service, Tanzania \* Anne Swindale, IMPACT, EE.UU. \* Kerry Sylvester, consultora independiente, Mozambique \* Judith Tagwira, Ministerio de Salud, Zimbabwe \* M. Q. K. Talukder, Institute of Mother and Child, Bangladesh \* Haile Selassie Tekie, Relief Society of Tigray, Etiopía \* Andy Tembon, SCF Reino Unido, Rwanda \* Aster Tesfaye, Jesuit Refugee Service, Etiopía \* Andrew Tomkins, Institute of Child Health, Reino Unido \* Michael Toole, MacFarlane Burnet Centre for Medical Research, Australia \* Benjamin Torun, INCAP, Guatemala \* Stuart Turner, World Vision, Reino Unido \* Daniel Valle, Cruz Roja, EE.UU. \* Albertine van der Veen, consultora independiente, Países Bajos \* Michel van Herp, MSF International, Bélgica \* Fabienne Vautier, MSF Bélgica \* Anna Verster, OMS/EMRO, Egipto \* M. A. Wahed, ICDDR, Bangladesh \* Jane Wallace, ACC/SCN, Suiza \* Boonyuen Warasai, Ministerio de Salud Pública, Tailandia \* Fiona

Watson, Institute of Child Health, Reino Unido \* Katy Watt, Nutrition Consultant, Reino Unido \* Elizabeth Westaway, Universidad de Cardiff, Reino Unido \* Carole Williams, Nutrition Consultant, Reino Unido \* Rukia Abdillahi Yacoub, UNICEF, Sudán \* Oliver Yambi, UNICEF, Kenya \* Tayech Yimer, Save the Children Reino Unido, Etiopía

### Capítulo 3: Ayuda Alimentaria

*Director del sector: Harlan Hale, CARE, EE.UU.*

Harlan Hale y el Proyecto de la Esfera desean agradecer a las siguientes personas sus importantes contribuciones a este capítulo:

Rita Bhatia, ACNUR, Suiza \* Delphine Borione, Programa Mundial de Alimentos, Italia \* Analies Borrel, Concern Worldwide, Irlanda \* Rick Brennan, Centre of Excellence in Disaster Management \* Lola Gostelow, Save the Children Fund, Reino Unido \* Charles Kelly, consultor independiente \* Isabelle Le Normand, Action Contre La Faim, Francia \* Thomas J. Ryan, Food Aid Management, EE.UU. \* Anne Ralte, consultora de USAID, EE.UU. \* Anna Taylor, Save the Children Fund, Reino Unido

#### *Otros colaboradores:*

Ibrahim (Abe) Parvanta, CDC, EE.UU. \* Lesley Adams, consultora independiente \* Rennata Becker, German Agro-Action \* François Belanger, Epicentre, Francia \* Bob Bell, CARE \* Mark Bowden, Save the Children, Reino Unido \* Ann Callanan, PMA, Italia \* Thoric Cederstrom, Save the Children, EE.UU. \* Jendra Cekan, CRS \* Willian Clay, FAO-Nutrition \* Bruce Cogill, Impact Project USAID \* Jim Cornelius, CFGB \* Annegre de Roos, consultora independiente \* Serge Depotter, MSF International, Bélgica \* Agnes Dhur, CICR, Suiza \* Tim Frankenberger, CARE, EE.UU. \* Georg Frerks, Agricultural University, Wageningen, Países Bajos \* Michael Golden, Universidad de Aberdeen, Reino Unido \* Jennifer Graef, FAM, EE.UU. \* Yvonne Grellety, ACF, Francia \* Dave Hagen, USAID/FFP-ER \* Steve Hansch, consultor independiente \* David J. Garms, USAID, EE.UU. \* Susan Jaspars, consultora independiente, Reino Unido \* Al Kehler, CFGB \* Marion Kelly, DFID, Reino Unido \* Anders Ladekarl, Danish Refugee Council, Dinamarca \* Lauren Landis, SCF, EE.UU. \* Francoise Ledru, VOICE, Bélgica \* Sean Lowrie, CARE,

Canadá \* Mary Lung'aho, Catholic Relief Services, EE:UU. \* Frances Mason, ACF, Francia \* Paul Maurie Boulanger, AEDES \* Catherine Mears, consultora independiente, Reino Unido \* Walter Middleton, World Vision \* Chizuru Nishida, OMS \* Mario Ochoa, ADRA \* Stefan Peterson, MSF/Universidad de Uppsala, Suecia \* Veronique Priem, MSF, Francia \* Bill Ralston, CIDA \* Jeremy Shoham, ENN/RNIS/LSHTM, Reino Unido \* Piet Spaarman, Caritas, Países Bajos \* Stein Stoa, Norwegian Refugee Council, Noruega \* Jo Thomas, Concern Worldwide, Irlanda \* Marge Tsitouris, CARE \* Bernd V Dreesmann, EuronAid, Países Bajos \* Albertien van der Veen, consultor independiente, Países Bajos \* Michel van Herp, MSF International, Bélgica \* Saskia van der Kam, MSF Holanda \* Rudy von Bernuth, Save the Children, EE.UU. \* Jane Wallace, ACC/SCN \* Shaun Walsh, FHI \* Jackie Wood, CARE, Canadá \* Helen Young, Oxfam, Reino Unido \* Dutch Interchurch Aid (ACT) \* Global Network on Food Security

## Capítulo 4: Refugios y Planificación de Emplazamientos

*Director del sector: Philip Wijmans, Federación Luterana Mundial (ACT), Camboya*

*Investigador del sector: Tom Corsellis, Universidad de Cambridge, Reino Unido*

Philip Wijmans y el Proyecto de la Esfera desean agradecer a las siguientes personas sus importantes contribuciones a este capítulo:

Ad Hordijk, Matrix Consultants for Development, Países Bajos \* Gatachew Jembere, Federación Luterana Mundial (ACT), Zambia \* Barend Leeuwenberg, MSF Holanda, Países Bajos \* John Nduna, Federación Luterana Mundial (ACT), Tanzania \* Brian Neldner, Federación Luterana Mundial (ACT), Australia \* Wolfgang Neumann, ACNUR, Suiza \* Todd Stowell, Federación Luterana Mundial (ACT), Nepal \* Elizabeth Umlas, ACNUR, Suiza \* Gerro Vonk, MSF Holanda, Países Bajos

### *Otros colaboradores:*

Krister Åkesson, Church of Sweden Aid (ACT), Suecia \* Jaap Aantjes, FLM (ACT), Rwanda \* Richard Agullas, ELCSA-LWF, Sudáfrica \* Allen Armstrong, FLM (ACT), Nepal \* Inu Arya, FLM (ACT), Camboya \* Dirk Bakker (ZA), ICCO (ACT), Países Bajos \* Henk Bakker, ICCO (ACT), Países Bajos \* John Barrett, AIT, Tailandia \* Krishan Batra, PNUD/IAPSO, Dinamarca \* Andrew Chalinder, UNICEF, Botswana \* Arno Coerver, FLM (ACT), Mauritania \* John Cosgrave, InterWorks Europe, Irlanda \* Howard Dalzell, Concern Worldwide, Irlanda \* John Damerell, FLM (ACT), Angola \* Rudelmar de Faria, FLM (ACT), El Salvador \* Martin Dillon, FLM (ACT), Uganda \* Paevo Faerm, FLM (ACT), Etiopía \* Tim Foster, RedR International, Suiza \* Dennis Frado, Lutheran Office for World Community, EE.UU. \* Laura Gibbons, Instituto de Desarrollo de Ultramar, Reino Unido \* Hannelore Hensle, Bread for the World Projects (ACT), Alemania \* Mark Hogan, Concern Worldwide, Irlanda \* Hossein Kalali, Universidad de Ginebra/Cooperación Suiza para el Desarrollo, Suiza \* Krosiak, FLM, Rusia \* Sean Lowrie, CARE Emergency Unit,

Canadá \* Ingela Lundborg, Church of Sweden Aid (ACT), Suecia \* Meena-Mbvumbe, FLM (ACT), Malawi \* Jim Mason, FLM (ACT), Kenya \* Cyrus Mechkat, Universidad de Ginebra/Cooperación Suiza para el Desarrollo, Suiza \* Pamela Meggitt, Lutheran Development Service, Swazilandia \* Enos Moyo, ELCSA-FLM (ACT), Sudáfrica \* Babar Mumtaz, Development Planning Unit, University College London, Reino Unido \* Gail Neudorf, CARE, Kenya \* Hermine Nikolaison, FLM (ACT), Croacia \* Stichting Oecomenische Hulp, Dutch Interchurch Aid (ACT), Países Bajos \* Patrick Oger, MSF \* Lars Olsson, OMS, Suiza \* Duane Poppe, FLM (ACT), Tanzania \* William Power, Concern Worldwide, Irlanda \* Eric Ram, World Vision International, Suiza \* Joe Riverson, World Vision International, Liberia \* Craig Sanders, ACNUR, Suiza \* Tapio Saraneva, Finnchurchaid (ACT), Finlandia \* Don Schramm, Disaster Management Center of the University of Wisconsin-Madison, EE.UU. \* Sarah Scott, Instituto de Desarrollo de Ultramar, Reino Unido \* David Shearer, Institute of Strategic Studies, Reino Unido \* Paul Sitnam, FLM (ACT), Angola \* Rudi Slooff, OMS, Suiza \* Atle Sommerfeldt, Norwegian Church Aid (ACT), Noruega \* Bernard Staub, FLM (ACT), Bosnia \* Mamane Sukati, Lutheran World Development Service, Swazilandia \* John Svendsen, PNUD-IAPSO, Dinamarca \* Jens Tang, Meteorologist, Dinamarca \* Gerrit ten Velde, FLM (ACT), Mozambique \* Reinier Thiadens, ACNUR, Suiza \* Paul Thomson, Disaster Management Center of the University of Wisconsin-Madison, EE.UU. \* Jan van Bentum, ICCO, Países Bajos \* Koenraad Van Brabant, Instituto de Desarrollo de Ultramar, Reino Unido \* John Watt, FICR, Suiza \* Jacques Willemse, Dutch Interchurch Aid (ACT), Países Bajos \* Henk Zomer, Dutch Interchurch Aid (ACT), Países Bajos \* MSF Holanda \* Canadian Lutheran World Relief (ACT), Canadá \* DanChurchAid (ACT), Dinamarca \* Christian Aid (ACT) \* Evangelical Lutheran Church in America (ACT), EE.UU. \* Evangelische Zentralstelle für Entwicklungshilfe (Protestant Association for Cooperation in Development), Alemania \* FLM (ACT), Haití \* FLM(ACT), India \* FLM (ACT), Jerusalén \* LWR (ACT), Kenya \* PLWF/FLM (ACT), Perú \* Leo Siliamaa, FLM (ACT), Zimbabwe

## Capítulo 5: Servicios de Salud

*Directores del sector: Joachim Kreysler FICR, Suiza, y Jean Roy, CDC/FICR, EE.UU. y Suiza*

Joachim Kreysler, Jean Roy y el Proyecto de la Esfera desean agradecer a las siguientes personas sus importantes contribuciones a este capítulo:

Sue Chowdhury, Oxfam GB, Reino Unido \* Carole Collins, Oxfam GB, Reino Unido \* Danielle Deboutte, Organización Mundial de la Salud, Suiza \* Myriam Henkens, MSF Bélgica, Bélgica \* Sandra Krause, American Refugee Committee, EE.UU. \* Bruce Laurence, Merlin, Reino Unido \* Jean Long, Concern Worldwide, Irlanda \* Serge Male, ACNUR, Suiza \* Eric Noji, Organización Mundial de la Salud, Suiza \* Jean Marc Olive, Organización Mundial de la Salud, Suiza \* Pierre Perrin, Comité Internacional de la Cruz Roja, Suiza \* Stefan Seebacher, Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, Malasia \* Harald Siem, Emergency and Humanitarian Action, Organización Mundial de la Salud, Suiza \* Ronald Waldman, Universidad de Columbia, EE.UU.

### Otros colaboradores:

Andrea Ammon, Robert Koch Institute, Alemania \* Thomas Baker, Cruz Roja, EE.UU. \* Rita Bhatia, ACNUR, Suiza \* Vincent Brown, Epicentre, Francia \* Brent Burkholder, CDC, EE.UU. \* Gilbert Burnham, Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, EE.UU. \* Kate Burns, ACNUR, Suiza \* Manuel Carballo, ICMHC, Suiza \* Christine Chevalier, MSF Suiza \* Maire Connolly, OMS/ICA, Suiza \* Alphonse daSilva, AMP, Francia \* Claude de Ville de Goyet, OPS/OMS, EE.UU. \* Flavio del Ponti, Socorro Suizo en Caso de Desastre, Suiza \* Pat Disket, Universidad de Cranfield, Reino Unido \* Kolude Doherty, ACNUR, Suiza \* Mohamed Dualeh, ACNUR, Suiza \* Marcel Dubouloz, HDCA, Suiza \* Marcel Furic, Caritas Internationalis, Suiza \* Anne Golaz, CDC, EE.UU. \* Lola Gostelow, Save the Children, Reino Unido \* Brian Gushulak, IOM Medical Services, Suiza \* Harlan Hale, CARE, EE.UU. \* Hilde Haug, FNUAP, Suiza \* Nobuhide Hayashi, AMDA, Kenya \* Jean Herve Bradol, MSF, Francia \* Mark Hogan, Concern, Irlanda \* Kjura Inomzoda, Red Crescent Society, Tajikistan \* Héctor Jalipa, World Vision - Somalia,

Kenya \* Nenad Javornik, Croacia \* Robert Kesala, IFRC Regional Health Delegate, Zimbabwe \* Jean-Marie Kindermans, MSF International, Bélgica \* Renee Kotz, Cruz Roja Americana, EE.UU. \* Nance Kyloh, USAID, Suiza \* Mary Lange, US BPRM, Suiza \* Rebecca Larson, Federación Luterana Mundial (ACT), Suiza \* Jennifer Leaning, Medicine and Global Survival, EE.UU. \* Philippe Leborgne, ACF, Francia \* Maura Lennon, GOAL, Irlanda \* Annie Lloyd, Oxfam, Reino Unido \* Jean-Dominique Lormond, MSF International, Suiza \* William Lyerly, USAID, EE.UU. \* Alexander Malyavan, UNICEF, Suiza \* Michael Marx, Universidad de Heidelberg, Alemania \* Jean Paul Menu, OMS, Suiza \* Eric Mercier, UNICEF, EE.UU. \* Nancy Mock, Tulane University, EE.UU. \* Alain Moren, Epicentre, Francia \* Cleopas Msuya, FICR Regional Health Delegate, Kenya \* Jayne Mutonga, AMREF, Kenya \* Geir Nergard, FICR Regional Delegation, Kazakstan \* David Newberry, CARE, EE.UU. \* Ishmael Noko, Federación Luterana Mundial (ACT), Suiza \* Michael Pelly, FICR, Suiza \* Lyle Petersen, Robert Koch-Institut, Alemania \* Mit Philips (cesionario en Kinshasa), MSF, Bélgica \* Daniel Pierotti, FNUAP, Suiza \* Jean Pierre Revel, FICR, Suiza \* Peter Poore, Save the Children, Reino Unido \* Eric Ram, World Vision International, Suiza \* Arthur Reingold, Universidad de California en Berkeley, EE.UU. \* Remi Russbach, Geneva Foundation to Protect Health in War, Suiza \* Hakan Sandbladh, FICR, Suiza \* Khalid Shibib, OMS, Suiza \* Ola Skuken, FICR, Delegación de Somalia, Kenya \* Barbara Smith, International Rescue Committee, EE.UU. \* Paul Spiegel, Johns Hopkins University, EE.UU. \* Robert Steinglass, BASICS, EE.UU. \* Philippe Stoeckel, Association pour l'Aide à la Médecine Préventive, Francia \* Peter Strebel, Centers for Disease Control and Prevention, EE.UU. \* Michael Toole, Macfarlane Burnet Centre for Medical Research, Australia \* Maarten Van Cleeff, Royal Tropical Institute, Países Bajos \* Laetitia Van Haren, Refugee Policy Group, Suiza \* Carlos Wandscheer, Médecins du Monde, Francia \* Ralph Watts, ADRA, EE.UU. \* Christopher Wood, AMREF, Kenya \* Brad Woodruff, Centers for Disease Control and Prevention, EE.UU. \* Takako Yasukawa, Acción de emergencia y humanitaria de la OMS, Suiza

## Otros Colaboradores

Mike Aaronson, Save the Children Fund, Reino Unido \* Imadulddin Abdulrahim, Islamic African Relief Agency, Etiopía \* Susanta Adhikari, Christian Commission for Development (ACT), Bangladesh \* Gilberto Aguirre, Consejo de Iglesias Evangélicas (CIE), Nicaragua \* Juana Albornoz G., Confraternidad Cristiana de Iglesia de Chile (ACT), Chile \* Kate Alley, UNICEF, Suiza \* Mary Anderson, Local Capacities for Peace Project, EE.UU. \* Tim Andrews, World Vision, Guinea \* Oldrich Andrysek, FICR \* Jennifer Ashton, ACNUR, Suiza \* Marie-Pierre Auger, ECHO, Guinea \* Helen Awan, Instituto de Desarrollo de Ultramar, Reino Unido \* Tom Baker, Cruz Roja Americana \* Rebecca Bardach, America Refugee Committee, Sarajevo \* Mikael Barfod, ECHO, Bélgica \* David Bassiouni, OCAH, EE.UU. \* Luntan Bayarmaa, FICR \* Dana Beegun, InterAction, EE.UU. \* Claude Belleau, UNV, Suiza \* Judy Benjamin, Women's Commission for Refugee Women and Children, EE.UU. \* Jon Bennet, Norwegian Refugee Council \* Choloka Beyani, Oxfam, Reino Unido \* Helen Bishop, Concern Universal, Guinea \* Dounia Bitar, ACNUR, Suiza \* Richard Blewitt, Cruz Roja Británica, Reino Unido \* Lucie Blok, MSF, Suiza \* Myra Blyth, Consejo Mundial de Iglesias (ACT), Suiza \* Ian Bray, Oxfam, Reino Unido \* Marie Breton-Ivy, Federación Luterana Mundial (ACT), Suiza \* Rachel Brett, Oficina Cuáquera ante las Naciones Unidas, Suiza \* Lucy Brown, Cruz Roja Americana \* William Brownfield, US Bureau for Population, Refugees and Migration, Suiza \* David Bryer, Oxfam, Reino Unido \* Margie Buchanan-Smith, ActionAid, Reino Unido \* Skip Burkle, University of Hawaii Center for Excellence, EE.UU. \* Polly Byers, USAID, EE.UU. \* Edmund Cain, PNUD, EE.UU. \* Sara Canna, FICR, Suiza \* David Cardan, OCAH, Guinea \* Kevin Carew, American Refugee Committee, Sarajevo \* Andrew Carl, Conciliation Resources, Reino Unido \* Chris Carr, FICR, Suiza \* Rob Carr, UNICEF, EE.UU. \* Nils Cartensen, ACT, Suiza \* Matthew Carter, CAFOD, Reino Unido \* Louisa Chan, OMS, Suiza \* David Church, VOICE, Bélgica \* Roger Clark, Department for International Development, Reino Unido \* Maureen Connelly, ACNUR, Suiza \* Peggy Creese, UNICEF, Suiza \* Diane Crocombe, Oxfam, Reino Unido \* Chris Cushing, UN Staff College, Italia \* Marc D'Silva, Catholic Relief Services, Guinea \* Gary Dahl, America Refugee Committee, Tailandia \* James Darcy, Oxfam,

Reino Unido \* Steve Davey, FICR \* Sara Davidson, People In Aid, Reino Unido \* Will Day, CARE, Reino Unido \* Gloria De Sagarra, ACNUR, Suiza \* Sean Deely, FICR, Suiza \* Sarah Degnan Kambou, Etiopía \* Flavio Del Ponte, Socorro Suizo en Caso de Desastre, Suiza \* Penny Panayiota Deligiannis, Diaconia Agapes (ACT), Albania \* Kerry Demuz, Oxfam, Sri Lanka \* Gregorie De Sacy, Solodarites, Sarajevo \* Mary Diaz, Women's Commission for Refugee Women and Children, EE.UU. \* Deborah Doane, Cruz Británica, Reino Unido \* Karen Donovan, consultora independiente, Reino Unido \* Bernard Doyle, ACNUR, Suiza \* Joelle Dubois, Oxfam, Bélgica \* Jon Ebersole, CETI, Suiza \* Jan Eijkenaar, ECHO, Bélgica \* Hussein El Obeid, Humanitarian Aid Commission, Sudán \* Judy El-Bushra, Acord, Reino Unido \* Cirre Emblen, Cruz Roja Americana \* Paul Emes, FICR, Suiza \* Liz Eyster, ACNUR, Suiza \* Christine Forgière, Rights and Humanity, Reino Unido \* Salamo Fulivai, YWCA, Fiji \* Sarah Galietsky, Instituto de Desarrollo de Ultramar, Reino Unido \* Michael Golden, Universidad de Aberdeen, Reino Unido \* Elena González-Romero, ECHO, Bélgica \* Lorelei Goodyear, International Rescue Committee, EE.UU. \* Brewster Grace, Oficina Cuáquera ante las Naciones Unidas, Suiza \* Sean Greenaway, ECHO, Bélgica \* Andres Griekspoor, MSF, Suiza \* Martin Griffiths, OCAH, EE.UU. \* Birte Hald, Danchurchaid/Folkekirkens Nodhjaelp (ACT), Dinamarca \* Teresa Hanley, Cruz Roja Británica, Reino Unido \* Caroline Harford, Delegación Cruz Roja/Media Luna Roja, Rusia \* Julia Hausermann, Rights and Humanity, Reino Unido \* Robert Hayward, Christian Aid (ACT), Reino Unido \* Ralph Hazleton, CARE International, Suiza \* Pirkko Heinonen, UNICEF, East Africa \* Daniel Helle, CICR \* Peter Henderson, USAID, EE.UU. \* Peter Herby, CICR \* Maurice Herson, Oxfam, Reino Unido \* Rudolph Hinz, Federación Luterana Mundial (ACT), Suiza \* Michael Hoffman, Cruz Roja Americana, EE.UU. \* Mary Hope Schwoebel, InterAction, EE.UU. \* Nap Hosang, Universidad de California en Berkeley, EE.UU. \* Shamsul Huda, Association of Development Agencies in Bangladesh, Bangladesh \* Janet Hunt, ACFOA, Australia \* Salvatore Ippolito, ACNUR, Suiza \* Bernard J. Vrban, Delegación Cruz Roja/Media Luna Roja, Sarajevo \* Safia Jama, UNICEF, Africa oriental \* Riad Jarjour, Consejo de Iglesias de Oriente Medio (ACT), Chipre \* Samardic Jasna, Delegación Cruz Roja/Media Luna Roja, Sarajevo \* Rome Johan Ketlers, Caritas International \* Sally Johnson, Oxfam, Reino Unido \* Gerry Jones,

Cruz Roja Americana, EE.UU. \* Ivan Joseph, Caritas, India \* Kristin Kalla, consultora independiente, EE.UU. \* Mukesh Kapila, Department for International Development, Reino Unido \* Geshe Karrenbrock, ACNUR, Suiza \* Innocent Kaseke, Christian Care (ACT), Zimbabwe \* Lex Kassenberg, CARE International, Bélgica \* Chris Kaye, OCAH, Suiza \* Jim Kelly, Catholic Relief Services, Sarajevo \* Randolph Kent, consultor independiente, EE.UU. \* Michael Kiernan, InterAction, EE.UU. \* Suzanne Kindervatter, InterAction, EE.UU. \* Andrew Kishindo, AACCC (ACT), Kenya \* Alimamy Koroma, Consejo de Iglesias (ACT), Sierra Leona \* Michele Kuhn, CICR \* Sasi Kumar, Oxfam, Sudán \* Peter R. Kunze, ADRA, Suiza \* Jane Kusin, Royal Tropical Institute, Holland \* Sarah Lachat, FICR \* Philip Lam, Consejo Cristiano de Hong Kong (ACT), China \* Warren Lancaster, Cruz Roja Británica, Reino Unido \* Natalia Langlais, Department for International Development, Reino Unido \* Jones Laviwa, Churches Action in Relief and Development (ACT), Malawi \* Nick Leader, Instituto de Desarrollo de Ultramar, Reino Unido \* Françoise Ledru, VOICE, Bélgica \* Gail Lerner, Consejo Mundial de Iglesias, EE.UU. \* Iain Levine, Oficina de Amnistía Internacional en las Naciones Unidas, EE.UU. \* Reynold Levy, International Rescue Committee, EE.UU. \* Tan Li Ying, Amity Foundation, China \* Claire Light, Oxfam, Reino Unido \* Santhe Loizos, InterAction, EE.UU. \* Jean Long, Trinity College, Irlanda \* Barbara Luckhurst, RedR International, Reino Unido \* Paula Lynch, US Bureau for Population, Refugees and Migration, EE.UU. \* Joanna Macrae, Instituto de Desarrollo de Ultramar, Reino Unido \* Kirsi Madi, UNICEF, Suiza \* Jok Madut Jok, Universidad de California en Los Angeles, EE.UU. \* Gianni Magazzeni, ACNUR, Suiza \* John Magrath, Oxfam GB \* Kaanaeli Makundi, Federación Luterana Mundial (ACT), Suiza \* Juan Manuel Acena, Movimiento por la Paz, el Desarme y la Libertad, España \* Gabrielle Martim, Universidad de Nairobi, Kenya \* Simon Maxwell, Instituto de Desarrollo de Ultramar, Reino Unido \* Monique McClellan, consultora independiente, Suiza \* Peter McDermott, UNICEF, Suiza \* Therese McGinn, Columbia University, EE.UU. \* John McGrath, Oxfam, Reino Unido \* Jennie Meadows, Save the Children Fund, Reino Unido \* Bob Medrala, CCSDP, Tailandia \* Anita Menghetti, USAID, EE.UU. \* J. K. Michael, Church's Auxiliary for Social Action (ACT), India \* Larry Minear, Brown University, EE.UU. \* Dahawi, Ministerio de Planificación Social, Sudán \* John Mitchell, Cruz Roja Británica, Reino Unido \*

Barbara Monahan, CARE, EE.UU. \* Moises Moraga, Acción Médica Cristiana (ACT), Nicaragua \* Nicholas Morris, ACNUR, Suiza \* Pat Morris, InterAction, EE.UU. \* Jeremy Mortimer, FICR, Suiza \* Mutawa Musyimi, Consejo Nacional de Iglesias (ACT), Kenya \* Doris Mwangi, Equipe d'Urgence de la Biodiversité \* Andrew Natsios, World Vision Relief and Development, EE.UU. \* Gawher Nayeem Wahra, Oxfam, Bangladesh \* Paula Nersesian, BASICS, EE.UU. \* Wolfgang Neumann, ACNUR, Suiza \* Kathleen Newland, Carnegie Endowment for International Peace, EE.UU. \* Ackbar Noor, ICVA, Sarajevo \* Emmanuel Nsabimana, Consejo de Iglesias (ACT), Rwanda \* Mary O'Reilly, America Refugee Committee, Uganda \* Ron Ockwell, consultor independiente, Francia \* Xavier Ortegat, VOICE, Bélgica \* Karen Otsea, IPAS, EE.UU. \* Robert Painter, OCAH, Guinea \* Dragana Pandurevi, Red Barnet, Sarajevo \* David Pardoe, Cruz Roja Canadiense \* Jeffrey Pereira, Caritas, Bangladesh \* Katherine Perkins, US Bureau for Population, Refugees and Migration, EE.UU. \* Karen Perrin, Handicap International, Sarajevo \* Sue Pfiffner, FICR \* Ian Piper, FICR \* William Power, Concern, Irlanda \* Marion Pratt, USAID, EE.UU. \* Zoran Radic, International Rescue Committee, Sarajevo \* K. Rajaratnam, United Evangelical Lutheran Churches (ACT), India \* White Rakuba, Consejo de Iglesias (ACT), Sudáfrica \* Angela Raven-Roberts, UNICEF, EE.UU. \* Stephen Richards, International Rescue Committee, EE.UU. \* Marie-Jeanne Richiardione, FICR, Suiza \* Cyril Ritchie, InterAid International, Suiza \* Peterson, Robert Koch Institute, Alemania \* Lloyd Rollins, UMCOR (ACT), EE.UU. \* Berta Romero, InterAction, EE.UU. \* Giovanni Rufini, VOICE, Bélgica \* Sharon Rusu, ACNUR, Suiza \* Frank Rwakabwohe, Iglesia de Uganda, Uganda \* Serge Rwamashirabo, USAID, Rwanda \* Salomon S. Sanny, Association Beninoise de Lutte Contre La Faim et La Misère du Peuple, República de Benín \* Muhodzic Sanela, PMA, Sarajevo \* Baldo Santo Lucherini, Caritas, Chile \* David Shearer, Institute for Strategic Studies, Suiza \* Ed Shenkenberg, Consejo Internacional de Entidades Benéficas, Suiza \* Shoko Shimosawa, ACNUR, Suiza \* Christine Simon, UE/CE Regional Food Security, Ivory Coast \* Hugo Slim, Universidad de Oxford Brookes, Reino Unido \* Gavic Smilijka, Centre for Torture Victims, Sarajevo \* Thomas Soderman, Cruz Roja Sueca \* Holly Solberg, CARE, EE.UU. \* Jacques Stroun, CICR \* Meinrad Studer, CICR \* Jane Swan, InterAction, EE.UU. \* Brita Sydhoff, Norwegian Refugee Council, Suiza \*

Julia Taft, US Bureau for Population, Refugees and Migration, EE.UU. \* Nermina Tankovic, Sphere Project Intern, Bosnia/Reino Unido \* Yousef Tariq, Irish Refugee Council \* John Telford, Consultor Independiente, Irlanda \* Niall Tobis, Trocaire, Irlanda \* Susan Toole, Women's Commission for Refugee Women and Children, EE.UU. \* Luc Trouillard, Caritas International \* Herman Van Aken, Dutch Interchurch Aid/Stichting Oecumenische Hulp (ACT), Países Bajos \* Sergio Veirra de Mello, OCAH, EE.UU. \* Rudy Von Bernuth, Save the Children Fund, EE.UU. \* Carlo Von Flue, CICR \* Margareta Wahlstrom, FICR, Suiza \* Bill Warnock, World Vision, Sarajevo \* John Watt, FICR, Suiza \* Peter Webber, CARE, Guinea \* George Weber, FICR, Suiza \* Merri Weinger, OMS, Suiza \* Hannah Weiss, Sphere Project, Interna, EE.UU./Suiza \* Thomas Weiss, Brown University, EE.UU. \* Monica Wernette, UNAIDS, Suiza \* Joe William, Caritas, Sri Lanka \* Chandran Williams, YGRO Ltd., Sri Lanka \* Roy Williams, USAID, EE.UU. \* June Wyer, Consejo Mundial de Iglesias (ACT), Reino Unido \* Robert Yallop, CARE, Australia \* Jennifer Yumie Song, Sphere Project, Interna, EE.UU./Corea \* Anthony Zwi, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Reino Unido \* Médecins du Monde, Francia, Côte d'Ivoire, España, EE.UU. \* AMREF, Kenya, EE.UU. \* Canadian Food Grains Bank, Canadá \* Church World Service (ACT), EE.UU. \* DROP, India \* ENDA-Tiers Monde, Senegal \* Hungarian InterChurch Aid (ACT), Hungría \* KWAHO, Kenya \* London School of Economics \* Ministerio de Salud, Benín \* Ministerio de Salud, Tanzania \* Ministerio del Agua, Zambia \* National Centre for Disaster Management, India \* National Economic Council, Malawi \* Non-governmental Organizing Committee (NGOCC), Zambia \* Norwegian Church Aid (ACT), Noruega \* SMSF, Zaire \* Water and Sewage Corporation, Ghana

## Organismos Participantes en el Proyecto de la Esfera

### Comité Directivo de Respuesta Humanitaria

CARE International (CARE Alemania, CARE Australia, CARE Austria, CARE Canadá, CARE Dinamarca, CARE EE.UU, CARE Francia, CARE Italia, CARE Japón, CARE Noruega, CARE Reino Unido.) \* Caritas Internationalis \* Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja

y de la Media Luna Roja \* International Save the Children Alliance \* Médecins Sans Frontières International (MSF Bélgica, MSF España, MSF EE.UU, MSF Francia, MSF Holanda, MSF Reino Unido.) \* Oxfam \* Federación Luterana Mundial (ACT) \* Save the Children Alliance \* Consejo Mundial de Iglesias (ACT)

### Miembros de InterAction

Action Against Hunger \* Adventist Development and Relief Agency International \* African Medical and Research Foundation \* Africare \* Aga Khan Foundation EE.UU. \* Alianza Bautista Mundial (ACT) \* American Friends Service Committee \* American Jewish Joint Distribution Committee, Inc \* American Jewish World Service \* American Near East Refugee Aid \* American Refugee Committee \* Ananda Marga Universal Relief Team \* CARE \* Catholic Medical Mission Board, Inc \* Catholic Relief Services - USCC \* Child Health Foundation \* Children's Survival Fund, Inc \* Christian Children's Fund \* Christian Reformed World Relief Committee \* Church World Service, Inc (ACT) \* Consejo de Federaciones Judías \* Counterpart International, Inc \* Cruz Roja Americana, International Services Department \* Direct Relief International \* Doctors without Borders EE.UU. / MSF-EE.UU. (ACT) \* Food for the Hungry International \* Friends of Liberia \* Grassroots International \* Iglesia Episcopal de los EE.UU. \* Interchurch Medical Assistance, Inc \* International Aid, Inc \* International Executive Service Corps \* International Medical Corps \* International Orthodox Christian Charities (ACT) \* International Rescue Committee \* Islamic African Relief Agency USA \* Latter-day Saint Charities \* Lutheran World Relief (ACT) \* MAP International \* Médecins du Monde \* Mercy Corps International \* National Peace Corps Association \* OIC International \* Operation USA \* Oxfam America \* Planning Assistance \* Points of Light Foundation \* Presiding Bishop's Fund for World Relief (ACT) \* Refugees International \* Relief International \* Oficina del Servicio Mundial del Ejército de Salvación \* Save the Children \* Service and Development Agency, Inc \* SHARE Foundation: Building a New El Salvador Today \* Solar Cookers International \* Unitarian Universalist Service Committee \* United Israel Appeal \* United Methodist Committee on Relief (ACT) \* US Committee for Refugees \* US Committee for UNICEF \* Volunteers in Technical Assistance \* World Relief Corporation \* World Vision Relief and Development

**Comité Internacional de la Cruz Roja****Miembros de VOICE**

Osterreichisches Hilfswerk International \* SOS Kinderdorf International \* World Vision-GEV \* Caritas Secours International \* Handicap International Bureau De Liaison \* Oxfam Solidarité en Belgique \* ASF Dansk Folkehjælp \* Danchurchaid (ACT) \* Danish Refugee Council \* Suemen World Vision \* Action Contre La Faim \* Aide Medicale Internationale \* ATLAS \* France Libertés \* Médicos del Mundo Internacional \* Pharmaciens Sans Frontières\* Secours Catholique/Caritas France \* Secours Populaire Français \* Triangle "Generation Humanitaire" \* Adventist Development and Relief Agency \* Arbeiter-Samartiter-Bund Deutschland E V \* Caritas Deutsche \* Deutsche Welthungerhilfe E V \* Diakonie Emergency Aid (ACT) \* Johanniter-Unfall-Hilfe E V \* Malteser Hilfsdienst E V \* Medico International E V \* World Vision Deutschland E V \* Concern Worldwide \* GOAL \* Trocaire \* World Vision Ireland \* Associazione Amici dei Bambini \* Associazione Volontari per il Servizio Internazionale-Milano \* Centro Regionale d'Intervento per la Cooperazione-CRIC \* Cesvi-Cooperazione e Sviluppo \* Comitato Collaborazione Medica \* Coordinamento delle Organizzazioni Non Governative per la Cooperazione Inernazionale allo Svilippo \* Comitato di Cordinamento delle Organizzazioni per il Servizio Volontario \* Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli \* Comitato Italiano Permanente Emergenze Oltremare \* Cooperazione Internazionale \* Intersos \* Movimento Laici Americo Latina \* Movimondo \* Volontari Nel Mondo-FOCSIV \* Caritas-NL \* Dutch Relief and Rehabilitation Agency \* Dutch Interchurch Aid (ACT) \* Memisa Medicus Mundi \* World Vision Nederland \* ZOA Refugee Care \* Norwegian People's Aid \* Assistenza Medica Internacional \* Caritas \* Medicus Mundi Navarra \* Movimiento por la Paz, el Desarme y la Libertad \* Paz y Tercer Mundo \* Caritas-Sverige \* Lutherhjälpen Church Of Sweden Aid (ACT) \* PMU Interlife \* Star of Hope International \* Action by Churches Together (ACT) \* The Lutheran World Federation (ACT) \* ActionAid \* CAFOD \* Christian Aid UK (ACT) \* Concern Universal \* Health Unlimited \* Helpage International UK \* Mercy Corps International/Scottish European Aid \* Oxfam GB \* Save the Children Fund UK \* Tear Fund UK \* World Vision UK \* International Rescue Committee

**Miembros del ICVA**

ActionAid \* Adventist Development and Relief Agency, International \* Afghan NGOs Coordination Bureau \* Africa Humanitarian Action \* African Association for Literacy and Adult Education \* All Africa Conference of Churches (ACT) \* Amel Association \* American Joint Distribution Committee \* Anatolian Development Foundation \* Asian Institute for Rural Development \* Asian NGO Coalition for Agrarian Reform and Rural Development \* Asociación Latinoamericana de Organizaciones de Promoción \* Asociación Latinoamericana para los Derechos Humanos \* Asociación Nacional de Centros de Investigación, Promoción Social y Desarrollo \* Asociación Regional para las Migraciones Forzadas \* Association Beninoise de Lutte Contre La Faim et La Misère du Peuple \* Association of Development Agencies in Bangladesh \* Association for Sarva Seva Farms \* Association for Social Advancement \* Association of Voluntary Agencies for Rural Development \* Australian Council for Overseas Aid \* British Refugee Council \* Canadian Council for International Cooperation \* Canadian Council for Refugees \* CARE International \* CARE USA \* Chinese Refugees' Relief Association \* Christian Children's Fund, Inc. \* Christian Relief and Development Association (ACT) \* Church World Service (ACT) \* Confederation of Environmental and Development NGOs of Central Africa \* Conseil des Organisations Non Gouvernementales d'Appui au Developpement \* Consejo de Educación de Adultos de América Latina \* Consejo de Instituciones de Desarrollo \* Convergencia de Organismos Civiles por la Democracia \* Coordinación de ONG y Cooperativas para el Acompañamiento de la Población Damnificada por el Conflicto Armado Interno \* Danish Refugee Council \* Diakonia (ACT) \* EMO-BARAKA, Union pour la Promotion du Paysan \* Encuentro de Entidades no Gubernamentales para el Desarrollo \* Episcopal Church Center of the USA (ACT) \* Equilibre Suisse \* European Association of Non Governmental Organisations for Food Aid and Emergency Aid \* Federación de Organismos no Gubernamentales de Nicaragua \* Feed the Children International \* Forum of African Voluntary Development Organizations \* Fundación Augusto Cesar Sandino \* General Union of Voluntary Societies \* Gonoshahajjo Sangstha \* Handicap International \* Human Appeal International \* Indian Institute of Youth and Development \* Individuell Manniskohjälpl \* InterAction \* Inter-Africa Group \* InterAid

International \* International Catholic Migration Commission \* International Islamic Relief Organisation \* International Rescue Committee \* International Social Service \* Islamic Relief Agency \* Jesuit Refugee Service \* Lebanese NGO Forum \* LINK-NGO Forum \* Lutheran Immigration and Refugee Service \* The Lutheran World Federation (ACT) \* Mauritius Council of Social Service \* National NGO Council of Sri Lanka \* Netherlands Organisation for International Development Cooperation \* Non-Governmental Organisation Coordinating Committee \* Norwegian Refugee Council \* Organisation for Industrial, Spiritual and Cultural Advancement-International \* PACS/PRIES/Instituto de Políticas Alternativas para el Cono Sur \* Philippine Development NGOs for International Concerns \* Queen Alia Fund for Social Development \* Réseau Africain Pour le Developpement Intègre \* Rural Development Foundation of Pakistan \* Lanka Jathika Sarvodaya Shramadana Sangamaya Inc \* Secours Populaire Français \* Sudanese Women General Union \* Voluntary Health Association of India \* World Council of Churches (ACT) \* World University Service/Servicio Universitario Mundial \* World Vision International \* Yayasan Indonesia Sejahtera

#### *Miembros asociados ICUA*

Refugee Studies Programme, Universidad de Oxford\* Caritas Internationalis \* Comité Internacional de la Cruz Roja \* Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja \* Médecins du Monde \* Médecins Sans Frontières International

## 4 Recopilación de las Normas Mínimas

En esta sección se presenta un cuadro general de las normas mínimas aplicables respecto de cada una de los cinco sectores considerados en los capítulos 1 a 5: abastecimiento de agua y saneamiento, nutrición, ayuda alimentaria, refugios y planificación de emplazamientos, y servicios de salud. Cada uno de los capítulos contiene indicadores, notas de orientación y otra información pertinente, indispensables para facilitar la interpretación y la aplicación de las normas.

### Normas mínimas en Materia de Abastecimiento de Agua y Saneamiento

#### 1 Análisis

##### *Norma 1 relativa al análisis: evaluación inicial*

Toda decisión de carácter programático debe basarse en una comprensión cabal de la situación de emergencia y fundarse en un análisis preciso de los riesgos y las necesidades en materia de salud concernientes al abastecimiento de agua y el saneamiento.

##### *Norma 2 relativa al análisis: vigilancia y evaluación*

Se deben vigilar y evaluar el funcionamiento del programa de abastecimiento de agua y saneamiento, su eficacia para hacer frente a los problemas de salud relacionados con el agua y el saneamiento, y los cambios de la situación.

##### *Norma 3 relativa al análisis: participación*

La población afectada por un desastre debe tener la oportunidad de participar en la formulación y ejecución del programa de asistencia.

## 2 Abastecimiento de Agua

### *Norma 1 relativa al abastecimiento de agua: acceso al agua y cantidad disponible*

Todas las personas deben tener acceso seguro a una cantidad de agua suficiente para beber y cocinar y para la higiene personal y doméstica. Los puntos públicos de abastecimiento de agua deben estar lo suficientemente cerca de los refugios para posibilitar el consumo de la cantidad mínima de agua indispensable.

### *Norma 2 relativa al abastecimiento de agua: calidad del agua*

El agua en el punto de abastecimiento debe tener buen sabor y ser de calidad suficiente para beber y para su utilización en la higiene personal y doméstica sin riesgos significativos para la salud debidos a enfermedades transmitidas por el agua o a la contaminación química o radiológica, durante un consumo a corto plazo.

### *Norma 3 relativa al abastecimiento de agua: instalaciones y enseres para el consumo de agua*

La población debe disponer de instalaciones y enseres adecuados para recoger, almacenar y utilizar cantidades suficientes de agua para beber y cocinar y para la higiene personal, así como para que el agua potable mantenga su inocuidad hasta el momento de consumirla.

## 3 Evacuación de Excretas

### *Norma 1 relativa a la evacuación de excretas: número de letrinas y acceso*

Las personas deben disponer de un número suficiente de letrinas situadas lo bastante cerca de sus viviendas para tener un acceso rápido, seguro y aceptable en cualquier momento del día y de la noche.

### *Norma 2 relativa a la evacuación de excretas: diseño y construcción*

Las personas deben tener acceso a letrinas diseñadas, construidas y mantenidas de modo tal que sean higiénicas, seguras y cómodas.

## 4 Lucha Antivectorial

### *Norma 1 relativa a la lucha antivectorial: protección personal y familiar*

Las personas deben disponer de medios para protegerse de los vectores de enfermedades y de los animales molestos cuando se considere que éstos representan un riesgo importante para la salud o el bienestar.

### *Norma 2 relativa a la lucha antivectorial: medidas de protección física, ambiental y química*

El número de vectores y de animales molestos que representan un riesgo para la salud y el bienestar humanos se debe mantener en un nivel aceptable.

### *Norma 3 relativa a la lucha antivectorial: buenas prácticas en la aplicación de métodos químicos de lucha antivectorial*

Las medidas de lucha antivectorial en las que se hace uso de plaguicidas se aplican conforme a normas internacionales acordadas para velar por la adecuada protección del personal, las personas afectadas por el desastre y el medio ambiente, y para evitar la generación de resistencia a los plaguicidas.

## 5 Manejo de los Desechos Sólidos

### *Norma 1 relativa al manejo de los desechos sólidos: recolección y eliminación*

La población debe vivir en un medio que esté aceptablemente exento de contaminación por desechos sólidos, incluidos los desechos médicos.

### *Norma 2 relativa al manejo de los desechos sólidos: contenedores/pozos para desechos sólidos*

Las personas deben disponer de medios para eliminar sus desechos domésticos de manera conveniente y eficaz.

## 6 Avenamiento

### *Norma 1 relativa al avenamiento: obras de avenamiento*

La población debe vivir en un medio que esté aceptablemente exento del riesgo de erosión hídrica y de aguas estancadas, incluidas las aguas de lluvia y de crecida, las aguas servidas domésticas y las aguas servidas de las instalaciones médicas.

### *Norma 2 relativa al avenamiento: instalaciones y herramientas*

Las personas deben disponer de medios (instalaciones, herramientas, etc.) para eliminar las aguas servidas domésticas y las aguas servidas de los puntos de abastecimiento de agua de manera conveniente y eficaz, y para proteger sus refugios y otras instalaciones familiares o colectivas de las inundaciones y la erosión.

## 7 Fomento de la Higiene

### *Norma 1 relativa al fomento de la higiene: hábitos de higiene y uso de las instalaciones*

Todos los sectores de la población afectada deben estar al tanto de las principales prácticas de higiene que entrañan mayores riesgos para la salud y ser capaces de modificarlas. Contarán con información y recursos adecuados para utilizar las instalaciones de abastecimiento de agua y saneamiento con el fin de proteger su salud y su dignidad.

### *Norma 2 relativa al fomento de la higiene: ejecución del programa*

En todas las instalaciones y recursos provistos se tendrán en cuenta las vulnerabilidades, las necesidades y las preferencias de todos los sectores de la población afectada. Los usuarios deben participar en la gestión y el mantenimiento de las instalaciones de higiene, si así procede.

## 8 Capacidad en Materia de Recursos Humanos y Formación

### *Norma 1 relativa a la capacidad: competencia*

Los programas de abastecimiento de agua y de saneamiento estarán a cargo de personal con calificaciones y experiencia apropiadas para el cumplimiento de las tareas pertinentes, que debe ser dirigido y apoyado de manera adecuada.

## Normas Mínimas en Materia de Nutrición

### 1 Análisis

#### *Norma 1 relativa al análisis: evaluación inicial*

Antes de adoptar cualquier decisión programática se debe tener una comprensión cabal de la situación básica en materia de nutrición y de las condiciones que pueden crear riesgos de malnutrición.

#### *Norma 2 relativa al análisis: respuesta*

Si es necesaria una intervención en materia de nutrición, se deberá contar con una clara descripción del problema o los problemas y con una estrategia documentada para la respuesta.

#### *Norma 3 relativa al análisis: vigilancia y evaluación*

Se deben vigilar y evaluar el funcionamiento y la eficacia del programa de nutrición así como los cambios de la situación.

#### *Norma 4 relativa al análisis: participación*

La población afectada por un desastre debe tener la oportunidad de participar en la formulación y ejecución del programa de asistencia.

### 2 Apoyo General a la Población en Materia de Nutrición

#### *Norma 1 relativa al apoyo general en materia de nutrición: suministro de nutrientes*

Deben satisfacerse las necesidades nutricionales de la población.

#### *Norma 2 relativa al apoyo general en materia de nutrición: calidad e inocuidad de los alimentos*

Los alimentos que se distribuyen deben ser de calidad satisfactoria y manipularse de manera higiénica para que sean aptos para el consumo humano.

#### *Norma 3 relativa al apoyo general en materia de nutrición: aceptabilidad de los alimentos*

Los alimentos que se suministran deben ser apropiados y aceptables para toda la población.

**Norma 4 relativa al apoyo general en materia de nutrición: manipulación e higiene de los alimentos**

Los alimentos se deben almacenar, preparar y consumir de manera apropiada y en condiciones de higiene, tanto en el grupo familiar como en la comunidad.

**3 Apoyo Nutricional a Quienes Sufren de Malnutrición****Norma 1 relativa al apoyo nutricional específico: malnutrición moderada**

Deben reducirse los riesgos para la salud pública relacionados con la malnutrición moderada.

**Norma 2 relativa al apoyo nutricional específico: malnutrición grave**

Debe reducirse la mortalidad, la morbilidad y el sufrimiento relacionados con la malnutrición grave.

**Norma 3 relativa al apoyo nutricional específico: carencias de micronutrientes**

Deben corregirse las carencias de micronutrientes.

**4 Capacidad en Materia de Recursos Humanos y Formación****Norma 1 relativa a la capacidad: competencia**

Las intervenciones en materia de nutrición estarán a cargo de personal con calificaciones y experiencia apropiadas para el cumplimiento de las tareas pertinentes, que debe ser dirigido y apoyado de manera adecuada.

**Norma 2 relativa a la capacidad: apoyo**

Los miembros de la población afectada por el desastre deben recibir apoyo para adaptarse a su nuevo entorno y poder hacer uso óptimo de la asistencia que se les presta.

**Norma 3 relativa a la capacidad: capacidad local**

En los programas de emergencia en materia de nutrición se deben utilizar y mejorar la capacidad y las competencias locales.

**Normas Mínimas en Materia de Ayuda Alimentaria****1 Análisis****Norma 1 relativa al análisis: evaluación inicial**

Antes de adoptar cualquier decisión de carácter programático, se debe tener una comprensión cabal de las condiciones básicas que crean riesgos de inseguridad alimentaria y de la necesidad de ayuda alimentaria.

**Norma 2 relativa al análisis: vigilancia y evaluación**

Se deben vigilar y evaluar el funcionamiento del programa de ayuda alimentaria y los cambios de la situación que puedan incidir en ellos.

**Norma 3 relativa al análisis: participación**

La población afectada por un desastre debe tener la oportunidad de participar en la formulación y ejecución del programa de asistencia.

**2 Necesidades****Norma relativa a las necesidades en materia de ayuda alimentaria**

La cesta de alimentos y las raciones se deben diseñar de modo que compensen la diferencia entre las necesidades de alimentos de la población afectada y los que ésta puede obtener de sus propias fuentes.

**3 Selección de Beneficiarios****Norma relativa a la selección de beneficiarios**

Los beneficiarios de la ayuda alimentaria deben seleccionarse habida cuenta de sus necesidades de alimentos y/o su vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria.

**4 Gestión de los Recursos****Norma relativa a la gestión de los recursos**

La gestión, el seguimiento y la rendición de cuentas de los productos y fondos de los programas de ayuda alimentaria se harán conforme a un sistema transparente y verificable.

## 5 Logística

### *Norma relativa a la logística*

Los organismos deben tener la necesaria capacidad técnica y de organización para ocuparse de la compra, la recepción, el transporte, el almacenamiento y la distribución de los productos alimenticios de manera segura, eficaz y eficiente.

## 6 Distribución

### *Norma relativa a la distribución*

El método de distribución de alimentos debe ser equitativo y adecuado a las condiciones locales. Los beneficiarios deben ser informados de la ración a que tienen derecho y de su justificación.

## 7 Capacidad en Materia de Recursos Humanos y Formación

### *Norma 1 relativa a la capacidad: competencia*

Los programas de ayuda alimentaria estarán a cargo de personal con calificaciones y experiencia apropiadas para el cumplimiento de las tareas pertinentes, que debe ser dirigido y apoyado de manera adecuada.

### *Norma 2 relativa a la capacidad: capacidad local*

En los programas de ayuda alimentaria se debe utilizar y mejorar la capacidad y las competencias locales.

## Normas Mínimas en Materia de Refugios y Planificación de Emplazamientos

### 1 Análisis

#### *Norma 1 relativa al análisis: evaluación inicial*

Toda decisión de carácter programático debe basarse en una comprensión cabal de la situación de emergencia y fundarse en un análisis preciso de los riesgos y las necesidades de la población en materia de refugio, vestido y enseres domésticos.

### *Norma 2 relativa al análisis: vigilancia y evaluación*

Deben estar sujetos a vigilancia y evaluación el funcionamiento y la eficacia del programa de refugios y emplazamientos así como los cambios de la situación.

### *Norma 3 relativa al análisis: participación*

La población afectada por un desastre debe tener la oportunidad de participar en la formulación y ejecución del programa de asistencia.

## 2 Vivienda (refugios)

### *Norma relativa a la vivienda: condiciones de habitación*

Las personas deben disponer de suficiente espacio cubierto para protegerse de las inclemencias del clima. Deben gozar de condiciones adecuadas de abrigo, ventilación, seguridad e intimidad para asegurar su dignidad, salud y bienestar.

## 3 Vestido

### *Norma relativa al vestido*

Las personas afectadas por el desastre deben tener ropa y mantas en cantidad suficiente para protegerse de las inclemencias del clima y asegurar su dignidad, seguridad y bienestar.

## 4 Enseres Domésticos

### *Norma 1 relativa a los enseres domésticos: artículos de uso doméstico y apoyo a la subsistencia*

Las familias deben tener acceso a utensilios de uso doméstico, jabón para la higiene personal y herramientas de trabajo para asegurar su dignidad y bienestar.

### *Norma 2 relativa a los enseres domésticos: consideraciones*

Se debe facilitar cocinas y utensilios de cocina que permitan ahorrar combustible, así como mediante la provisión de tales artículos y fomentar su utilización.

## 5 Selección y Planificación de Emplazamientos

### *Norma 1 relativa a los emplazamientos: selección*

El emplazamiento debe ser apropiado para albergar el número de personas de que se trate.

### *Norma 2 relativa a los emplazamientos: planificación*

En la planificación del emplazamiento se debe asignar espacio suficiente a las zonas donde se albergan las familias y favorecer la seguridad y el bienestar de las personas. Asimismo, se debe prever el suministro efectivo y eficaz de servicios y el acceso interno.

### *Norma 3 relativa a los emplazamientos: seguridad*

La selección y planificación de un emplazamiento deben permitir que toda la población afectada disfrute de un grado suficiente de libertad y seguridad personal.

### *Norma 4 relativa a los emplazamientos: consideraciones ambientales*

El emplazamiento se debe planificar y administrar de modo tal que se reduzcan al mínimo los daños al medio ambiente.

## 6 Capacidad en Materia de Recursos Humanos y Formación

### *Norma 1 relativa a la capacidad: competencia*

Las intervenciones en materia de refugios y emplazamientos estarán a cargo de personal con calificaciones y experiencia apropiadas para el cumplimiento de las tareas pertinentes, que debe ser dirigido y apoyado de manera adecuada.

### *Norma 2 relativa a la capacidad: capacidad local*

En los programas de refugios y emplazamientos se deben utilizar y mejorar la capacidad y las competencias locales.

## Normas Mínimas en Materia de Servicios de Salud

### 1 Análisis

#### *Norma 1 relativa al análisis: evaluación inicial*

Mediante la evaluación inicial se debe determinar con la mayor precisión posible los efectos del desastre en la salud, identificar las necesidades en materia de salud y establecer prioridades para la programación sanitaria.

#### *Norma 2 relativa al análisis: sistema de información sanitaria - recolección de datos*

El sistema de información sanitaria debe recoger con regularidad datos pertinentes sobre la población, enfermedades, traumatismos, condiciones ambientales y servicios de salud en un formato normalizado a fin de detectar los principales problemas de salud.

#### *Norma 3 relativa al análisis: sistema de información sanitaria - examen de los datos*

Se deben examinar y analizar sistemáticamente los datos del sistema de información sanitaria y los cambios ocurridos en la población damnificada a efectos de adoptar decisiones y dar una respuesta apropiada.

#### *Norma 4 relativa al análisis: sistema de información sanitaria - vigilancia y evaluación*

Los datos recogidos deben utilizarse para evaluar la eficacia de las intervenciones en la lucha contra las enfermedades y la preservación de la salud.

#### *Norma 5 relativa al análisis: participación*

La población afectada por un desastre debe tener la oportunidad de participar en la formulación y ejecución del programa de asistencia.

## 2 Lucha Contra el Sarampión

### *Norma 1 relativa a la lucha contra el sarampión: vacunación*

En las poblaciones afectadas por desastres, todos los niños de seis meses a 12 años de edad deben recibir una dosis de vacuna antisarampionosa y una dosis apropiada de vitamina A lo antes posible.

### *Norma 2 relativa a la lucha contra el sarampión: vacunación de los recién llegados*

Los recién llegados a los asentamientos de población desplazada deben ser vacunados sistemáticamente. Todos los niños de seis meses a doce años de edad deben recibir una dosis de vacuna antisarampionosa y una dosis apropiada de vitamina A.

### *Norma 3 relativa a la lucha contra el sarampión: control de los brotes*

Se debe organizar una respuesta sistemática ante cada brote de sarampión en la población afectada por el desastre y la población de la comunidad huésped.

### *Norma 4 relativa a la lucha contra el sarampión: tratamiento de casos*

Todos los niños que contraen el sarampión deben recibir atención adecuada para evitar secuelas graves o la muerte.

## 3 Lucha Contra las Enfermedades Transmisibles

### *Norma 1 relativa a la lucha contra las enfermedades transmisibles: vigilancia*

Se debe vigilar la aparición de enfermedades transmisibles.

### *Norma 2 relativa a la lucha contra las enfermedades transmisibles: investigación y control*

Se deben investigar y controlar las enfermedades que pueden dar lugar a epidemias conforme a normas y estándares internacionalmente aceptados.

## 4 Servicios de Salud

### *Norma 1 relativa a los servicios de salud: atención médica apropiada*

La atención de salud de emergencia de las poblaciones afectadas por un desastre debe basarse en una evaluación inicial y en datos procedentes de un sistema de información sanitaria en funcionamiento, y servir para reducir el exceso de mortalidad y morbilidad gracias a una atención médica apropiada.

### *Norma 2 relativa a los servicios de salud: reducción de la morbilidad y la mortalidad*

La atención de salud en las situaciones de emergencia debe ajustarse a los principios de la atención primaria de salud (APS) y estar dirigida a los problemas de salud que causan un exceso de morbilidad y mortalidad.

## 5 Capacidad en Materia de Recursos Humanos y Formación

### *Norma 1 relativa a la capacidad: competencia*

Las intervenciones sanitarias estarán a cargo de personal con calificaciones y experiencia apropiadas para el cumplimiento de las tareas pertinentes, que debe ser dirigido y apoyado de manera adecuada.

### *Norma 2 relativa a la capacidad: apoyo*

Los miembros de la población afectada por el desastre deben recibir apoyo para adaptarse a su nuevo entorno y poder hacer uso óptimo de la asistencia que se les brinda.

### *Norma 3 relativa a la capacidad: capacidad local*

En las intervenciones sanitarias de emergencia se deben utilizar y mejorar la capacidad y las competencias locales.

# 5 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 (ONG)

Preparado conjuntamente por la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y el CICR<sup>1</sup>

## Propósito

El propósito del presente Código de Conducta es preservar nuestras normas de comportamiento. No se tratan en él detalles de las operaciones, como por ejemplo la forma de calcular las raciones alimentarias o de establecer un campamento de refugiados. Su propósito es más bien mantener los elevados niveles de independencia, eficacia y resultados que

## Nota

<sup>1</sup> Patrocinadores: Caritas Internationalis, Catholic Relief Services, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, la Alianza Internacional de Save the Children, la Federación Mundial Luterana, Oxfam y el Consejo Mundial de Iglesias (miembros del Comité de Gestión de Asistencia Humanitaria), así como el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR).

procuran alcanzar las organizaciones no gubernamentales (ONG) y el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja en sus intervenciones a raíz de catástrofes. Se trata de un código de carácter voluntario que respetarán todas las organizaciones no gubernamentales que lo suscriban, movidas por el deseo de mantener las normas en él establecidas.

En caso de conflicto armado, el presente Código de Conducta se interpretará y aplicará de conformidad con el derecho internacional humanitario;

El código propiamente dicho figura en la primera sección. En los anexos siguientes se describe el entorno de trabajo que cabe desear propicien los Gobiernos, tanto de los países beneficiarios como de los países donantes, y las organizaciones intergubernamentales a fin de facilitar la eficaz prestación de asistencia humanitaria.

## Definiciones

**ONG:** las siglas ONG (Organizaciones No Gubernamentales) se refieren aquí a todas las organizaciones, tanto nacionales como internacionales, constituidas separadamente del gobierno del país en el que han sido fundadas.

**ONGH:** las siglas ONGH se han acuñado, a los fines del presente documento, para designar a las Organizaciones No Gubernamentales de Carácter Humanitario que engloban a los componentes del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja - esto es, el Comité Internacional de la Cruz Roja, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y sus Sociedades Nacionales miembros - junto con las organizaciones no gubernamentales conforme se las define anteriormente. Este Código se refiere en particular a las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario que se ocupan de la prestación de asistencia motivada por catástrofes.

**OIG:** las siglas OIG (Organizaciones Intergubernamentales) designan a las organizaciones constituidas por dos o más gobiernos. Engloban pues, todas las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y las organizaciones zonales.

**Desastres:** los desastres se definen como acontecimientos extremos y aciagos que cobran vidas humanas y provocan tanto gran sufrimiento y angustia como vasto perjuicio material.

## Código de Conducta

### Normas de conducta para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y las organizaciones no gubernamentales en programas motivados por catástrofes

#### 1. Lo primero es el deber humanitario

El derecho a recibir y a brindar asistencia humanitaria constituye un principio humanitario fundamental que asiste a todo ciudadano en todo país. En calidad de miembros de la comunidad internacional reconocemos nuestra obligación de prestar asistencia humanitaria doquiera sea necesaria. De ahí la trascendental importancia del libre acceso a las poblaciones afectadas en el cumplimiento de esa responsabilidad. La principal motivación de nuestra intervención a raíz de catástrofes es aliviar el sufrimiento humano entre quienes están menos preparados para soportar las consecuencias de una catástrofe. La ayuda humanitaria que prestamos no responde a intereses partidistas ni políticos y no debe interpretarse en ese sentido.

#### 2. La ayuda prestada no está condicionada por la raza, el credo o la nacionalidad de los beneficiarios ni ninguna otra distinción de índole adversa. El orden de prioridad de la asistencia se establece únicamente en función de las necesidades

Siempre que sea posible, la prestación de socorro deberá fundamentarse en una estimación minuciosa de las necesidades de las víctimas de las catástrofes y de la capacidad de hacer frente a esas necesidades con los medios disponibles localmente.

En la totalidad de nuestros programas reflejaremos las consideraciones pertinentes respecto a la proporcionalidad. El sufrimiento humano debe aliviarse en donde quiera que exista; la vida tiene tanto valor en una parte del país, como en cualquier otra. Por consiguiente, la asistencia que prestemos guardará consonancia con el sufrimiento que se propone mitigar.

Al aplicar este enfoque, reconocemos la función capital que desempeñan las mujeres en las comunidades expuestas a catástrofes, y velaremos por que en nuestros programas de ayuda se apoye esa función, sin restarle importancia.

La puesta en práctica de esta política universal, imparcial e independiente sólo será efectiva si nosotros y nuestros asociados podemos disponer de los recursos necesarios para proporcionar esa ayuda equitativa y tener igual acceso a todas las víctimas de catástrofes.

#### 3. La ayuda no se utilizará para favorecer una determinada opinión política o religiosa

La ayuda humanitaria se brindará de acuerdo con las necesidades de los individuos, las familias y las comunidades. Independientemente del derecho de filiación política o religiosa que asiste a toda organización no gubernamental de carácter humanitario, afirmamos que la ayuda que prestemos no obliga en modo alguno a los beneficiarios a suscribir esos puntos de vista.

No supeditaremos la promesa, la prestación o la distribución de ayuda al hecho de abrazar o aceptar una determinada doctrina política o religiosa.

#### 4. Nos empeñaremos en no actuar como instrumentos de política exterior gubernamental

Las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario son organizaciones que actúan con independencia de los gobiernos. Así, formulamos nuestras propias políticas y estrategias para la ejecución de actividades y no tratamos de poner en práctica la política de ningún gobierno, que sólo aceptamos en la medida en que coincida con nuestra propia política independiente.

Ni nosotros ni nuestros empleados aceptaremos nunca, a sabiendas - o por negligencia - ser utilizados para recoger información de carácter político, militar o económico que interese particularmente a los gobiernos o a otros órganos y que pueda servir para fines distintos de los estrictamente humanitarios, ni actuaremos como instrumentos de la política exterior de gobiernos donantes.

Utilizaremos la asistencia que recibamos para atender las necesidades existentes, sin que la motivación para suministrarla sea la voluntad de deshacerse de productos excedentarios ni la intención de servir los intereses políticos de un determinado donante.

Apreciamos y alentamos la donación voluntaria de fondos y servicios por parte de personas interesadas en apoyar nuestro trabajo y reconocemos la independencia de acción promovida mediante la motivación voluntaria de esa índole. Con el fin de proteger nuestra independencia, trataremos de no depender de una sola fuente de financiación.

## 5. Respetaremos la cultura y las costumbres locales

Nos empeñaremos en respetar la cultura, las estructuras y las costumbres de las comunidades y los países en donde ejecutemos actividades.

## 6. Trataremos de fomentar la capacidad para hacer frente a catástrofes utilizando las aptitudes y los medios disponibles a nivel local

Incluso en una situación de desastre, todas las personas y las comunidades poseen aptitudes no obstante su vulnerabilidad. Siempre que sea posible, trataremos de fortalecer esos medios y aptitudes empleando a personal local, comprando materiales sobre el terreno y negociando con empresas nacionales. Siempre que sea posible, trabajaremos en asociación con organizaciones no gubernamentales locales de carácter humanitario en la planificación y la ejecución de actividades y, siempre que proceda, cooperaremos con las estructuras gubernamentales.

Concederemos alta prioridad a la adecuada coordinación de nuestras intervenciones motivadas por emergencias. Desempejarán esta función de manera idónea en los distintos países afectados quienes más directamente participen en las operaciones de socorro, incluidos los representantes de organismos competentes del sistema de las Naciones Unidas.

## 7. Se buscará la forma de hacer participar a los beneficiarios de programas en la administración de la ayuda de socorro

Nunca debe imponerse a los beneficiarios la asistencia motivada por un desastre. El socorro será más eficaz y la rehabilitación duradera podrá lograrse en mejores condiciones cuando los destinatarios participen plenamente en la elaboración, la gestión y la ejecución del programa de asistencia. Nos esforzaremos para obtener la plena participación de la comunidad en nuestros programas de socorro y de rehabilitación.

## 8. La ayuda de socorro tendrá por finalidad satisfacer las necesidades básicas y, además, tratar de reducir en el futuro la vulnerabilidad ante los desastres

Todas las operaciones de socorro influyen en el desarrollo a largo plazo, ya sea en sentido positivo o negativo. Teniendo esto presente, trataremos de llevar a cabo programas de socorro que reduzcan de modo concreto la vulnerabilidad de los beneficiarios ante futuros desastres y contribuyan a crear modos de vida sostenibles. Prestaremos particular atención a los problemas ambientales en la elaboración y la gestión de programas de socorro. Nos empeñaremos, asimismo, en reducir a un mínimo las repercusiones perjudiciales de la asistencia humanitaria, evitando suscitar la dependencia a largo plazo de los beneficiarios en la ayuda externa.

## 9. Somos responsables ante aquellos a quienes tratamos de ayudar y ante las personas o las instituciones de las que aceptamos recursos

A menudo funcionamos como vínculo institucional entre quienes desean prestar asistencia y quienes la necesitan durante los desastres. Por consiguiente, somos responsables ante los unos y los otros.

En nuestras relaciones con los donantes y con los beneficiarios hemos de observar siempre una actitud orientada hacia la apertura y la transparencia.

Reconocemos la necesidad de informar acerca de nuestras actividades, tanto desde el punto de vista financiero como en lo que se refiere a la eficacia.

Reconocemos la obligación de velar por la adecuada supervisión de la distribución de la asistencia y la realización de evaluaciones regulares sobre las consecuencias asociadas al socorro.

Nos esforzaremos también por informar de manera veraz acerca de las repercusiones de nuestra labor y de los factores que las limitan o acentúan.

Nuestros programas reposarán sobre la base de elevadas normas de conducta profesional y pericia, de manera que sea mínimo el desperdicio de valiosos recursos.

## 10. En nuestras actividades de información, publicidad y propaganda, reconoceremos a las víctimas de desastres como seres humanos dignos y no como objetos que inspiran compasión

Nunca debe perderse el respeto por las víctimas de los desastres, que deben ser consideradas como asociados en pie de igualdad. Al informar al

público, deberemos presentar una imagen objetiva de la situación de desastre y poner de relieve las aptitudes y aspiraciones de las víctimas y no sencillamente su vulnerabilidad y sus temores.

Si bien cooperaremos con los medios de información para suscitar un mayor respaldo público, en modo alguno permitiremos que las exigencias internas o externas de publicidad se antepongan al principio de lograr una máxima afluencia de la asistencia humanitaria.

Evitaremos competir con otras organizaciones de socorro para captar la atención de los medios informativos en situaciones en las que ello pueda ir en detrimento del servicio prestado a los beneficiarios o perjudique su seguridad y la de nuestro personal.

## El entorno de trabajo

Habiendo convenido unilateralmente respetar el Código de Conducta antes expuesto, presentamos a continuación algunas directrices indicativas que describen el entorno de trabajo que apreciaríamos propiciasen los gobiernos donantes y beneficiarios, las organizaciones intergubernamentales - principalmente los organismos del sistema de las Naciones Unidas - a fin de facilitar la eficaz participación de las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario en los esfuerzos de socorro motivados por catástrofes.

Estas pautas se formulan a título de orientación. No revisten carácter jurídico obligatorio, ni esperamos que los gobiernos y las organizaciones intergubernamentales expresen su aceptación de las mismas mediante la firma de un documento, aunque cabría concebir ésta como una meta futura. Presentamos estas directrices animados por un espíritu de apertura y cooperación de manera que nuestros asociados sepan cuál es el tipo de relación idónea que deseamos establecer con ellos.

## Anexo I : Recomendaciones a los gobiernos de países en los que ocurran desastres

### 1. Los gobiernos deberán reconocer y respetar el carácter independiente, humanitario e imparcial de las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario

Las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario son organismos independientes. Los gobiernos de países beneficiarios deberán respetar su independencia y su imparcialidad.

### 2. Los gobiernos de países beneficiarios deberán facilitar el acceso rápido de las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario a las víctimas de los desastres

Para que las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario puedan actuar plenamente de acuerdo con sus principios humanitarios, deberá facilitárseles el acceso rápido e imparcial a las víctimas con el fin de que puedan prestar asistencia humanitaria. En el marco del ejercicio de su responsabilidad soberana, el gobierno receptor no deberá bloquear esa asistencia, y habrá de aceptar el carácter imparcial y apolítico de la labor de las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario.

Los gobiernos de los países beneficiarios deberán facilitar la rápida entrada del personal de socorro, en particular mediante la derogación de requisitos para la concesión de visados de tránsito, ingreso y salida, o la simplificación del procedimiento para su expedita obtención.

Los gobiernos deberán conceder permiso para que las aeronaves que transporten suministros y personal de socorro internacional puedan sobrevolar su territorio y aterrizar en él durante la fase de urgencia de la operación de socorro.

### 3. Los gobiernos deberán facilitar el movimiento oportuno de los artículos de socorro y la circulación de la información durante los desastres

Los suministros y el equipo de socorro llegan al país únicamente con el fin de aliviar el sufrimiento humano y no para obtener beneficios o ganancias comerciales. En condiciones normales, esos suministros deberán circular libremente y sin restricciones y no estarán sujetos a la presentación de facturas o certificados de origen refrendados por consulados, ni de licencias de importación y exportación, o cualquier otra restricción, ni a derechos de importación ni de aterrizaje ni a derechos portuarios.

El gobierno del país afectado deberá facilitar la importación transitoria del equipo de socorro necesario, incluidos vehículos, aviones ligeros y equipo de telecomunicaciones, mediante la supresión transitoria de restricciones en materia de autorizaciones o certificaciones. Asimismo, una vez finalizada una operación de socorro, los gobiernos no deberán imponer restricciones para la salida del equipo importado.

Con el fin de facilitar las comunicaciones en una situación de emergencia, convendrá que el gobierno del país afectado designe ciertas radiofrecuencias que las organizaciones de socorro puedan utilizar para las

comunicaciones nacionales e internacionales que atañan al desastre, y den a conocer previamente esas frecuencias a la comunidad que trabaja en esa esfera de actividad. Deberá autorizarse al personal de socorro a utilizar todos los medios de comunicación que convengan a las operaciones de asistencia.

#### **4. Los gobiernos tratarán de proporcionar un servicio coordinado de información y planificación**

La planificación general y la coordinación de los esfuerzos de socorro incumben, en definitiva, al gobierno del país afectado. La planificación y la coordinación pueden mejorarse de manera significativa si se facilita a las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario la información oportuna sobre las necesidades de socorro, así como sobre los sistemas establecidos por el gobierno para la planificación y el desarrollo de las operaciones de socorro y sobre los posibles riesgos en materia de seguridad. Se insta a los gobiernos a que proporcionen esa información a las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario.

Con el fin de facilitar la coordinación y la utilización eficaces de los esfuerzos en materia de socorro, se insta igualmente a los gobiernos a que, antes de que ocurra un desastre, designen un cauce especial de contacto a través del cual las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario que acudan para prestar ayuda puedan comunicarse con las autoridades nacionales.

#### **5. Socorro motivado por catástrofes, en caso de conflicto armado**

En caso de conflicto armado, las operaciones de socorro se regirán con arreglo a las disposiciones del derecho internacional humanitario.

### **Anexo II : Recomendaciones a los gobiernos donantes**

#### **1. Los gobiernos donantes deberán reconocer y respetar la labor independiente humanitaria e imparcial de las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario**

Las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario son organismos independientes cuya independencia e imparcialidad deben respetar los gobiernos donantes. Los gobiernos donantes no deberán servirse de las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario para promover objetivos políticos ni ideológicos.

#### **2. Los gobiernos donantes deberán proporcionar fondos con la garantía de que respetarán la independencia de las operaciones**

Las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario aceptan fondos y asistencia material de los gobiernos donantes conforme a los mismos principios por los que se rigen para entregarlos a las víctimas de los desastres, es decir, basándose para su acción únicamente en los criterios de humanidad e independencia. En lo que se refiere a su ejecución, las actividades de socorro incumben, en última instancia, a la organización no gubernamental de carácter humanitario, y se llevarán a cabo de acuerdo con la política de esa organización.

#### **3. Los gobiernos donantes deberán emplear sus buenos oficios para ayudar a las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario a lograr el acceso a las víctimas de catástrofes**

Los gobiernos donantes deberán reconocer cuán importante es aceptar cierto nivel de responsabilidad en cuanto a la seguridad y la libertad de acceso del personal de la organización no gubernamental de carácter humanitario a las zonas siniestradas. Deberán estar dispuestos a interceder por vía diplomática si es necesario, ante los gobiernos beneficiarios con respecto a esas cuestiones.

### **Anexo III : Recomendaciones a las organizaciones internacionales**

#### **1. Las organizaciones intergubernamentales admitirán a las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario nacionales y extranjeras como asociadas valiosas**

Las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario están dispuestas a trabajar con las Naciones Unidas y con otras organizaciones intergubernamentales para aportar mejor asistencia a raíz de catástrofes. Obedecen a un espíritu de asociación que respeta la integridad y la independencia de todos los asociados. Las organizaciones intergubernamentales deben respetar la independencia y la imparcialidad de las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario. Los organismos del sistema de las Naciones Unidas deberán consultar a las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario en la preparación de planes de socorro.

## **2. Las organizaciones intergubernamentales ayudarán a los gobiernos de países afectados a establecer un sistema general de coordinación para el socorro nacional e internacional en los casos de desastre**

Según su mandato, no suele incumbir a las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario encargarse de la coordinación general que requiere la intervención internacional motivada por una catástrofe. Esa responsabilidad corresponde al gobierno del país afectado y a las autoridades competentes de las Naciones Unidas. Se exhorta a éstas a que proporcionen ese servicio en el momento oportuno y de manera eficaz a fin de ayudar al Estado afectado y a la comunidad nacional e internacional a hacer frente al desastre. De cualquier manera, las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario desplegarán todos los esfuerzos necesarios para velar por la eficaz coordinación de sus propios servicios.

En caso de conflicto, las actividades de socorro se regirán de conformidad con las disposiciones pertinentes del derecho internacional humanitario.

## **3. Las organizaciones intergubernamentales aplicarán a las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario las mismas medidas de protección de su seguridad que a las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas**

Siempre que se prevean servicios de seguridad para las organizaciones intergubernamentales, se extenderá su alcance, si es necesario, a las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario que actúen como asociadas suyas para las operaciones, siempre que se lo solicite.

## **4. Las organizaciones intergubernamentales facilitarán a las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario el mismo acceso a la información pertinente que a las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas**

Se insta a las organizaciones intergubernamentales a que compartan toda la información oportuna para la respuesta efectiva al desastre con las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario que actúen como asociadas suyas en las operaciones de socorro.