

Capítulo 5

Organización del socorro con alimentos y medidas de protección de la salud

La clase de organización que pondrá en práctica este programa dependerá del tipo de desastre, de la duración prevista, de los recursos y servicios y de si la región que se va a atender es grande, con la población dispersa o concentrada en zonas relativamente restringidas. Una consideración importante es la duración prevista para el socorro, y la estructura orgánica necesaria variará según que:

1. Esté indicada una operación breve de socorro, antes de comenzar las actividades de rehabilitación y reconstrucción (duración total, unas cuantas semanas únicamente), o
2. Sea necesaria una operación de socorro a largo plazo, en combinación con medidas de rehabilitación y desarrollo (duración total, varias semanas o varios meses).

5.1. OPERACIÓN BREVE DE SOCORRO

En las emergencias más graves, lo único que se necesita es una operación breve de socorro, que apoye a la población hasta que se inicien las actividades de rehabilitación y reconstrucción. Las primeras medidas, que se adoptarán al mismo tiempo, son una evaluación inmediata (evaluación inicial rápida) y el suministro de comidas listas para su consumo y de agua potable. Según el clima y las fluctuaciones diarias de la temperatura, quizá haya que distribuir ropas, frazadas y material de alojamiento. El objetivo primario es sostener la vida con el transcurso de los días. Aunque en ocasiones quizá esté indicado el lanzamiento de víveres desde el aire, este método resulta muy caro y la distribución es siempre desigual. Los helicópteros y aviones constituyen un medio ideal para el traslado rápido de personal, el establecimiento de comunicaciones y el envío de grupos médicos de urgencia, equipo y suministros, cuando los desastres son traumáticos (por ejemplo, terremotos o guerra, que originan lesiones). Las prioridades en la salud pueden modificarse de una manera radical sobre la base de los resultados de la evaluación inicial.¹¹

5.1.1. **Logística del reparto de víveres.** El apoyo logístico inmediato para el reparto de víveres se iniciará recurriendo al transporte por agua o tierra, incluso antes de determinar la magnitud real del desastre. Los

medios tradicionales de transporte con lanchas fluviales o carretas de bueyes permiten alcanzar las zonas donde escasean los alimentos en pocos días, a menudo cuando los lanzamientos desde el aire requieren semanas para organizarlos y, de todas maneras, no pueden suministrar una cantidad suficiente para mantener a las personas de las zonas devastadas. Asimismo, un gran número de bicicletas puede proporcionar un acceso mejor a algunos lugares que el parque de camiones. En el intervalo, el personal puede desplazarse por avión o helicóptero si es necesario, para que establezca y organice el programa de alimentación.

5.1.2. Cocinas. Las cocinas se instalarán en puntos centrales. En los primeros días se preparará en ellas alimento de emergencia, en especial cuando los damnificados no pueden utilizar los utensilios y enseres domésticos; en estas circunstancias, los panes, el arroz esponjado y otros preparados similares resultan ideales para uno o dos días. Además, deberá abastecerse de agua potable. Pasadizos marcados con cuerdas o cañas servirán para dirigir a los beneficiarios a los lugares en que se sirven los alimentos. Durante los dos primeros días quizá sea imposible registrar a las personas que los reciben, pero eventualmente habrá que establecer un sistema de tarjetas de alimentación, en las que se marcará cada comida.

5.1.3. Personal y equipo. El personal necesario se sacará de la población damnificada, para que prepare las comidas y las sirva, mientras que las personas encargadas de la operación de socorro dirigirán la construcción o arreglo de cobertizos para cocinas, las "cadenas" de preparación y el control del suministro de víveres. Para cinco cocinas, cada una de las cuales alimentará diariamente a 2.000 personas (o 10.000 personas en total) puede ser necesaria la plantilla siguiente:

Categoría	Número
Supervisor	8
Encargado de registro	2
Seguridad/Policia	2-4
Cocineros contratados localmente	5
Ayudantes	15
Obreros	15
Registradores	5

Las cocinas y lugares de servir se agruparán alrededor de un sólo sector de almacenamiento. Son elementos importantes el almacén, los registros de existencias y la enumeración del total de víctimas alimentadas en cada cocina.

Unas 4 toneladas de víveres típicos por día servirán para alimentar a unas 10.000 personas; además de los productos básicos, se necesita aceite de cocinar, verduras, sal y combustible, y también son útiles desde el punto de vista psicológico, aunque no indispensables, té, café, azúcar y especias. Incluso en esta fase inicial, la leche u otros alimentos especiales para niños pueden repartirse cuando éstos pasan por el punto de abastecimiento. La apetitividad de los comestibles y los hábitos alimentarios plantean con frecuencia problemas, por lo que hay que prestar mucha atención a estos factores.

El supervisor será un funcionario civil, con facultades para contratar personas de la localidad. Se le darán instrucciones para que recuerde cómo se manipulan los productos alimenticios y lo que constituye una dieta equilibrada, así como las medidas de saneamiento e higiene que habrán de adoptarse en la zona de cocinas.

El equipo de las cinco cocinas incluirá:

Barriles metálicos de 250 litros	10
Calderas de cocinar de 50-75 litros	20
Cubos (galvanizados)	30
Recipientes de 20 litros para agua	10
Espumaderas	20
Medidas de una taza (para sopa, lentejas, etc.)	30
Medidas de ½ l (para arroz, gachas, etc.)	30
Tazas de medir: 1 litro, 200 ml y 300 ml	20
Chapas grandes de hierro (1 × 2 m), para freír	10
Quemadores grandes o soportes para hogar	20
Cuchillos	20
Agitadores/espátulas de madera	20
Tableros grandes para cortar y preparar alimentos	10
Libros de registro/contabilidad	20
Tarjetas de registro (por familias)	2.500
Petromax u otra clase de linternas (con combustible)	10
Lápices para hacer marcas en la piel	
Utensilios para el personal: vasos, tazones y platos (en lo posible, los beneficiarios deberán tener sus propios utensilios)	
Cuerdas, cañas, alambre y lona, para establecer zonas donde cocinar y servir; mesa de registro, y pasadizos acordonados para servir a los damnificados	

Alojamiento para las personas que no viven en la localidad.

5.1.4. **Alimentación.** Mientras se organiza la operación y los suministros son limitados, se podrán repartir comidas una vez por día, pero transcurridos dos o tres días, habrá que proporcionar dos comidas, y con preferencia tres. Desde el principio, los niños comerán tres veces al día, incluso si una de las comidas consiste únicamente en un vaso de leche o un alimento previamente cocinado, como arroz esponjado o pan.

El funcionamiento de las cocinas de alimentación no deberá durar más de una o dos semanas. Si se requiere socorro en víveres transcurrido ese tiempo, la eventualidad tendrá que preverse y se pasará al reparto de raciones para que los damnificados las preparen en sus casas. En algunos casos rarísimos, la alimentación quizá tenga que continuarse durante más de dos semanas. Sin embargo, la rehabilitación para el retorno a la vida familiar comenzará tan pronto como pueda distribuirse dinero, transporte y suministros que estimulen las actividades normales y rutinarias.

5.1.5. **Organización sanitaria y médica.** Los principales problemas que se plantean en las catástrofes graves suelen ser de origen traumático, por lo que quizá se necesiten instalaciones y servicios para cirugía de urgencia y tratamiento del shock, heridas por aplastamiento, heridas por des-

garre, fracturas y quemaduras. Otros procedimientos de emergencia que quizá se precisen son la resucitación y el tratamiento temporal y protector, seguidos de evacuación y tratamiento definitivo de las víctimas. El tiempo es un factor vital, pues cualquier retraso en el tratamiento puede hacer que se infecten las heridas y originar un gran número de defunciones. Si se “derrumban” los servicios médicos de la localidad, quizá haya que traer del exterior personal y equipo con rapidez, para cirugía general y, en ocasiones, ginecología. Después de transcurridos unos diez días, las necesidades de atención médica general son idénticas a las requeridas en operaciones de socorro a largo plazo. Durante este lapso, se precisará cada vez más medicina preventiva y protección de la salud pública; en realidad, la organización de salud necesaria, si bien limitada, se ajustará a la que existe en los frentes de guerra para operaciones quirúrgicas por trauma o de emergencia. Con esta Guía no se pretende investigar estas cuestiones con más detalle.

Los puntos esenciales que deberán tenerse presentes son:

1. Se reforzarán las instituciones existentes de medicina y salud, en vez de establecer otras nuevas.
2. Cada grupo de trabajo será pequeño y tendrá gran movilidad.
3. La composición y tamaño del grupo médico de socorro será muy flexible y podrá reorganizarse en unidades de trabajo menores o mayores.
4. Estos grupos deberán ser capaces de improvisar.

5.2. OPERACIÓN DE SOCORRO A LARGO PLAZO

Las actividades de socorro pueden: 1) extenderse por una zona grande, en la que esté muy dispersa la población damnificada (en unión de una red también dispersa de alimentación y de protección de la salud), o 2) centralizarse, con la población concentrada en una zona limitada (junto con unidades centralizadas de alimentación y protección de la salud).

En algunas situaciones catastróficas, si bien las actividades de socorro tendrán una fase extensa y crónica, los efectos iniciales del desastre pueden ser abrumadores, lo que quizá obligue a adoptar la organización descrita para una operación breve de socorro. Tales condiciones no son aplicables cuando la emergencia se va desarrollando con lentitud.

5.2.1. Prioridades en las operaciones de socorro con alimentación a largo plazo

1. Una cantidad de víveres adecuada para sostener la vida de todos los sectores de la población damnificada. Así se evitará la afluencia de grupos grandes de personas desnutridas y gravemente enfermas a los programas especiales de alimentación.
2. Establecimiento de poder adquisitivo en la fuerza de trabajo. Esto puede revestir la forma de comestibles a cambio de trabajo durante las primeras fases, programa que se convertirá después en dinero por trabajo en proyectos de obras rurales, con lo que se restaura el sistema de mercado. Las actividades de rehabilitación se iniciarán

desde un principio, con una cantidad adecuada de víveres/dinero para sostener el mayor consumo de calorías de los obreros manuales.

3. Reparto de raciones completas a los grupos vulnerables. Las familias cuyo sostén principal haya muerto o desaparecido se considerarán como especialmente vulnerables.
4. Concesión de suplementos nutritivos especiales, fuera de la ración normal, a los grupos vulnerables.
5. Alimentación terapéutica y cuidados médicos a los casos de desnutrición grave en todos los grupos de edad. Si se dispone de los recursos necesarios, este servicio será permanente.

5.2.2. **Prioridades en las operaciones de socorro con protección a la salud a largo plazo**

1. Prevención y control de las epidemias, que constituye la primera meta para proteger a los damnificados por el desastre, así como a la población vecina.
2. Medidas para salvar vidas y terapéutica de emergencia, que con frecuencia tienen una enorme utilidad psicológica y política, además de su impacto general en las personas salvadas.
3. Medidas de saneamiento del medio ambiente: agua limpia, control de las aguas negras, viviendas limpias y protección contra la intemperie. Todos estos factores son vitales para evitar y controlar la mayoría de las enfermedades.
4. Tratamiento terapéutico de las enfermedades significativas, tanto de los pacientes externos como de los hospitalizados.
5. Clínicas para las enfermedades secundarias.

5.2.3. **Algunos factores básicos de la organización**

1. Una sola autoridad de control, que dirija todos los programas de socorro en víveres y protección de la salud dentro de una zona definida de operaciones.
2. Familiarización total con los sistemas existentes y con otros servicios.
3. Examen de la experiencia con desastres anteriores ocurridos en la zona y de las actividades de socorro realizadas entonces.
4. Expresión en forma numérica de todos los datos pertinentes para las evaluaciones iniciales.
5. Aprovechamiento de las instalaciones y del personal existentes, con las adaptaciones que sean necesarias; por ejemplo, sistemas de comercialización y distribución, transporte, edificios y almacenes, así como del personal de programas que funcionaban antes del desastre.
6. Medidas anticipatorias en las emergencias que se desarrollan con lentitud; por ejemplo, estabilización de los precios, control de los movimientos de víveres, creación de poder adquisitivo mediante programas de obras y establecimiento de “tiendas de racionamiento”.

7. En lo posible y con sujeción a la existencia de circunstancias análogas en otros lugares de la región damnificada, los servicios de socorro que se presten en diversos puntos serán de carácter uniforme.
8. Atención pertinente al personal que trabaja en las actividades de socorro.

5.2.4. Red dispersa de alimentación y protección de la salud

1. *En las aldeas* (1.000 a 2.000 habitantes) se recurrirá a los dirigentes de la localidad (elegidos o nombrados), a los trabajadores de aldea, a los jefes tradicionales, etc. Su misión consistirá en reunir datos después de realizada la evaluación inicial, para las actividades de vigilancia.

Para informar sobre cada 1.000 personas se necesita designar a uno o dos de los individuos enumerados.

2. *En un grupo de aldeas* (10.000 habitantes) se recurrirá a los trabajadores de extensión rural, que actúan en agricultura, salud y planificación de la familia, maestros, sacerdotes o pastores, recaudadores de impuestos, etc. Su misión consistirá en supervisar la reunión de datos, recibir los impresos y verificar la información; vigilar la distribución de raciones a las familias; enviar los casos pertinentes de enfermedad o malnutrición al servicio de salud correspondiente, y administrar los programas de alimentación.

Una persona asignada a una *labor específica* puede ocuparse de 1.000 a 10.000 habitantes, según la clase de trabajo que realice.

3. *En un bloque de varias aldeas* (unos 50.000 habitantes) se recurrirá a los funcionarios públicos, trabajadores superiores de extensión en agricultura y salud y funcionarios de Hacienda. Su misión consistirá en administrar el sistema de racionamiento (entrega de granos y alimentos especiales, control y reparto de las tarjetas de racionamiento, mantenimiento de existencias y preparación de libros de registro); en supervisar y vigilar todos los trabajos de socorro relacionados con la alimentación y salud en su jurisdicción; en cotejar y tabular datos, y en informar y orientar a los trabajadores de la periferia. Para esta labor se necesita personal de apoyo, tal como empleados de oficina, obreros locales y guardas.

Uno de estos funcionarios puede ocuparse de veinticinco aldeas, con una población total de 30.000 a 50.000 habitantes.

4. *En el subdistrito* (100.000 habitantes o más) se recurrirá a los funcionarios públicos de los distintos órganos del Estado, incluidos técnicos y policías. También se podrá hacer uso de los oficiales del Ejército.

Su misión consistirá en actuar como unidad administrativa primaria para todas las actividades de socorro relacionadas con el desastre, incluida la alimentación y protección de la salud. En este nivel se concentrarán los almacenes y medios de transporte. Los almacenes tendrán capacidad para las raciones de un mes

(120 toneladas por cada 10.000 beneficiarios) y dispondrán de instalaciones para guardar alimentos especiales y suministros médicos que puedan deteriorarse. La oficina de subdistrito servirá como punto primario para referir a los damnificados. El funcionario médico y sanitario principal y una persona que conozca a los dirigentes de la comunidad participarán en la evaluación, control de epidemias y formación de auxiliares. Las evaluaciones, vigilancia de enfermedades y programas de alimentación se coordinarán y dirigirán desde este nivel jerárquico.

5. *En el distrito* (500.000 a 3 millones de habitantes) se recurrirá al Comisionado o Recaudador de contribuciones, designándolas como el funcionario de más categoría encargado de todas las actividades de socorro. Actuará como funcionario coordinador básico en representación de la ONSCD y mantendrá contacto con el coordinador provincial/nacional. Deberá disponer de personal para que trabaje en la logística del suministro de víveres, la coordinación de la reunión de datos, la divulgación de información, los transportes y finanzas, la contratación y despido de empleados y la administración general de la salud y la nutrición. Toda la ayuda en forma de suministros y personal se coordinará a este nivel. El hospital de distrito será el punto más importante para referir los problemas médicos y también se encargará de supervisar, prestar servicios de diagnóstico y evaluar e interpretar los problemas que surjan en la esfera de la medicina y la salud.

5.2.4.1. **Reparto de raciones.** Las raciones se distribuirán cada dos semanas, en días fijados para las distintas aldeas. El reparto se hará en una zona acordonada próxima al depósito, pero alejada de la plaza del mercado. El movimiento de las personas que las reciban se regulará haciendo que vayan por un pasadizo estrecho, que permita un registro y control ordenados (Véase la Fig. 7); la distribución se efectúa con más rapidez si las raciones se miden con una vasija de estaño o un cogedor que tenga capacidad para una cantidad uniforme. Todos los países prepararán un cuadro que indique el peso equivalente que contienen las medidas uniformes disponibles y conocidas (por ejemplo, latas, cogedores y botellas) de cada tipo de cereal, leguminosa y suplemento de alimento preparado. Sin embargo, se comprobará la precisión del peso o ración de la medida cuando se distribuyan nuevas clases de grano o cada vez que llegue un nuevo suministro.

Los propios beneficiarios deberán llevar sacos para los víveres y botellas para el aceite. En el lugar de distribución habrá un auxiliar que registre y otro que mida cada producto alimenticio que se reparta. Un par de trabajadores y un guarda para seguridad pueden dar servicio a 300-500 familias por día, dejando un margen de tiempo para hacer inventario, llevar los registros y limpiar. Con regularidad, necesitarán ayuda para combatir las plagas y parásitos en la zona de almacenamiento y reparto.

El equipo que se necesita abarca: sacos para cereal y cuerdas para atarlos; pesos métricos para despachar granos y medidas de volumen para despachar aceite; linternas o faroles, un altavoz portátil, cordones, cañas,

lonas, mesas y sillas; libros de registro y tarjetas de racionamiento; elementos para combatir las plagas o parásitos, y los carteles informativos pertinentes.

Los puntos de reparto de víveres pueden utilizarse también para registrar damnificados y reunir datos destinados a la evaluación inicial de la nutrición, y para inspeccionar ulteriormente. En este caso, habrá que suministrar el equipo mínimo indispensable y los formularios requeridos; cuando se registre a la familia, los miembros que necesiten atención nutricional especial se identificarán mediante tarjetas de racionamiento de otro color o cualquier otra indicación adecuada. Esto se hará incluso si no han comenzado a funcionar los programas especiales de nutrición, con lo que se asegurará la cobertura de los que podrían pasar inadvertidos o no ser elegidos al iniciarse los programas. Si fuera preciso vacunar o inmunizar contra determinadas enfermedades, podrían aprovecharse los mismos puntos de reparto.

5.2.4.2. Programas de alimentación para grupos vulnerables. Estos programas se organizarán para proporcionar una comida suplementaria por día a los niños de menos de 3 o 5 años, según sea pertinente. Si no se puede establecer la edad, se incluirán todos los niños que tengan menos de cierta estatura (respecto de los de tres años, todos los que puedan pasar erguidos por debajo de un palo colocado a 100 cm del suelo, y respecto de los de cinco años, a 110 cm). Las mujeres embarazadas y las madres lactantes también recibirán una comida suplementaria.

Se adoptarán las disposiciones necesarias para preparar un sencillo Manual de instrucciones, y en un cursillo de uno o dos días, impartido a los maestros en el distrito o subdistrito, se les enseñará cómo elegir beneficiarios, preparar alimentos y educar sobre nutrición.

Un centro dotado de un supervisor, dos cocineros, un registrador y varios ayudantes voluntarios puede atender satisfactoriamente a unas doscientas personas. La asistencia se marcará en una tarjeta de registro por el propio beneficiario o, cuando sea posible, por el centro de alimentación. Si se puede, se llevará un registro del peso de los niños desde el comienzo, y se anotarán las pesadas a intervalos mientras dure el programa.

El equipo requerido es mínimo: dos calderas para cocinar, tazas de medir (1 litro, 200 cc y 500 cc), agitadores, un libro de registro y tarjetas para los beneficiarios. El combustible puede plantear un problema de importancia, y para resolverlo habrá que obtenerlo en la localidad o recaudar dinero en la aldea con que comprarlo. El almacenamiento de los víveres en sacos será suficiente, si el suministro se recibe cada dos semanas de un depósito de abastecimiento. Los medios tradicionales de transporte bastan para mover los productos alimenticios. El maestro (u otro trabajador de su nivel) rendirá informe cada dos semanas sobre el número de personas alimentadas.

En la Fig. 8 se encontrará un ejemplo de unidad de alimentación suplementaria.

5.2.4.3. Socorro con protección de la salud. Cuando la infraestructura de salud de la aldea no es muy extensa, se instruirá a los trabajadores de aldea durante todo un día sobre diagnóstico y tratamiento de los desór-

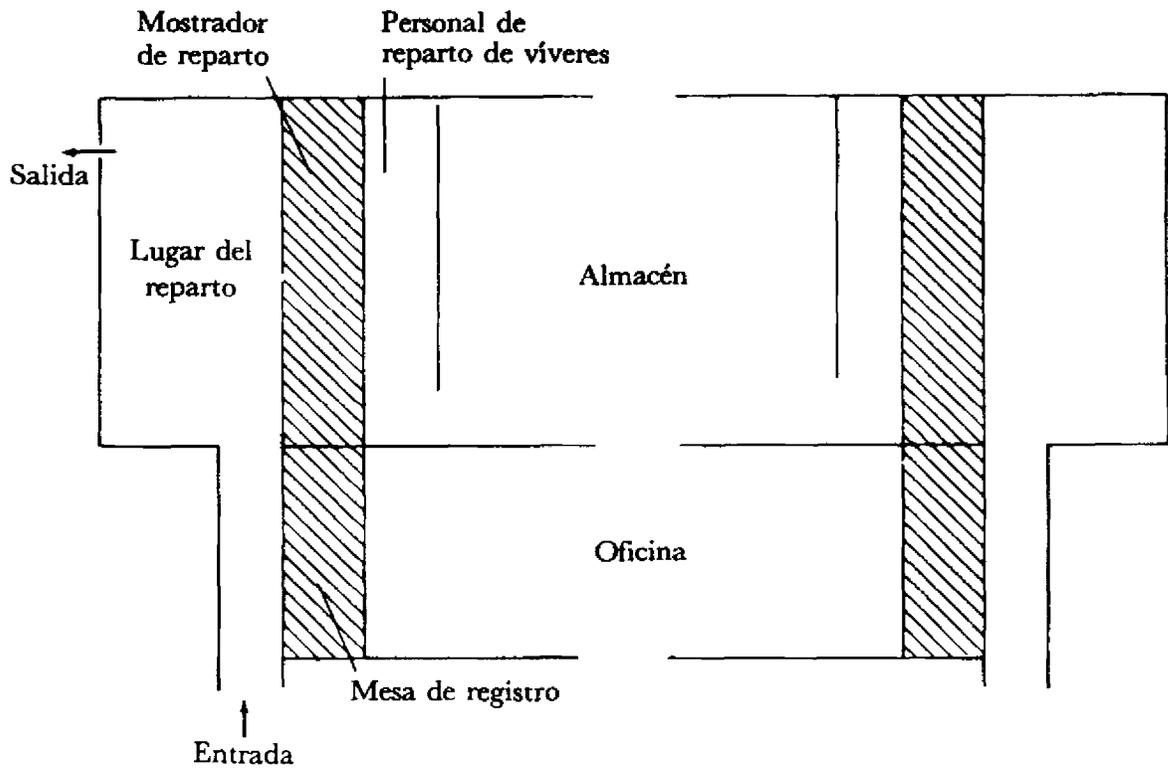


Fig. 7.— Ejemplo de locales de reparto de víveres

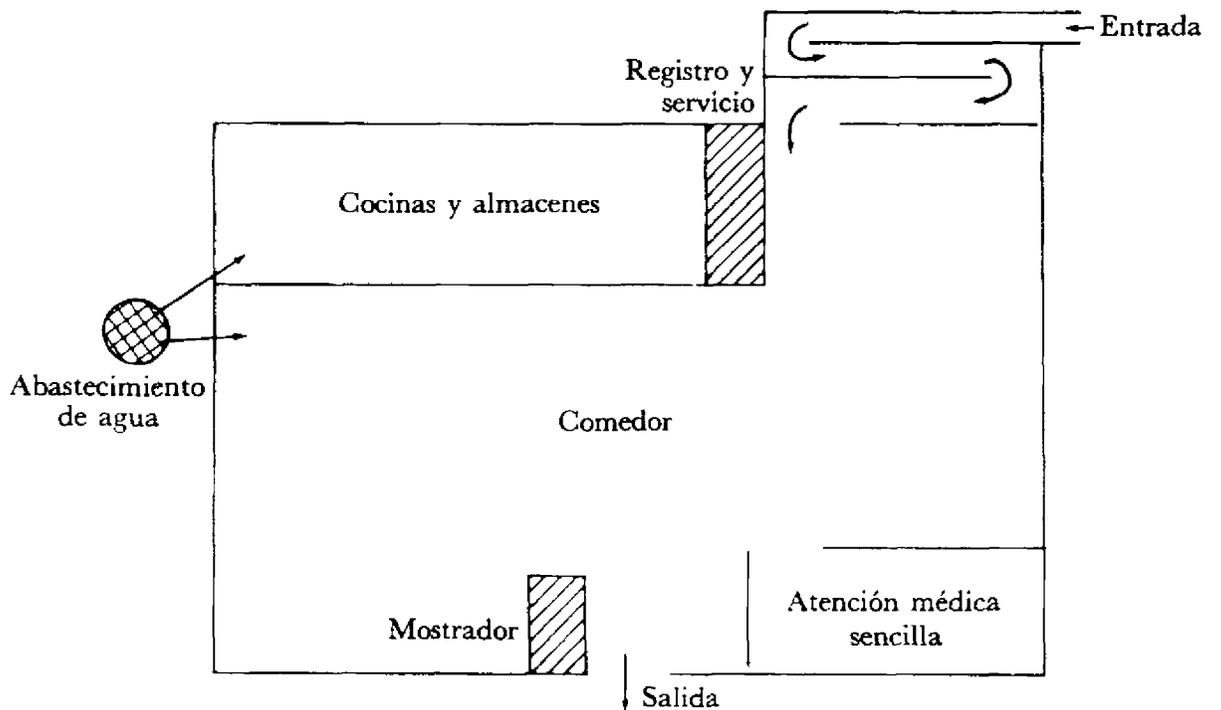


Fig. 8.— Ejemplo de unidad de alimentación suplementaria

denes comunes y se les entregarán instrucciones impresas sobre los cuidados en caso de diarrea, tos, fiebre, enfermedades de la piel, paludismo y, con preferencia, deficiencia de vitamina A. El tratamiento de los pacientes se interrumpirá si no se observa una mejoría perceptible en un par de días, y se les enviará a las clínicas de los auxiliares de salud. Estos auxiliares pueden llevar una clínica/dispensario que dé servicio a las aldeas inmediatas, que visitarán con regularidad para examinar a los participantes en programas de alimentación, y adoptar las medidas pertinentes en caso necesario. En las clínicas se pueden poner las inyecciones necesarias y prestar los servicios de cura urgente, así como evaluar el progreso de la nutrición. En la tarjeta de asistencia del niño pueden anotarse las vacunas administradas, el peso de la criatura y los programas especiales en que participa (tal como la administración de vitamina A por vía bucal). Un registro del peso a intervalos constituye un eficaz mecanismo para vigilar la salud y un medio para la enseñanza sobre nutrición.¹² La Fig. 9 es el modelo de gráfica de peso de la OMS, que se está sometiendo a un ensayo muy extenso en varios países. En ella figura la curva de peso de los niños sanos que viven en buenas condiciones. Si el país que utiliza esta gráfica ha establecido normas propias, puede sustituir esta curva por la de él. Casi el 97% de los niños sanos de referencia tienen pesos que se encuentran por encima de la línea inferior de la figura; la línea superior representa el quincuagésimo percentil. Al aplicar la gráfica, no hay que insistir en la posición de una sola pesada en relación con las curvas, sino en la ganancia mensual regular de peso. Una línea mensual que va subiendo es signo de un niño sano, mientras que una línea recta o descendente deberá preocupar.

Al hacer la pesada, el peso deberá registrarse en el punto de la línea que corresponde a él (redondeando hasta un múltiplo de 250 gm) en el centro del cajetín de la edad correspondiente (expresada en meses).

Si la situación nutricional empeora, un número cada vez mayor de niños necesitará terapéutica de la nutrición. Las clínicas deberán disponer de los servicios requeridos para suministrar alimentos nutritivos a quienes los precisen y, llegado el caso, para mantener a la criatura en su local, con objeto de supervisar su alimentación. Todo el personal de apoyo que exigen estas actividades se obtendrá mediante una selección cuidadosa entre los voluntarios de la localidad.

El envío a los hospitales de distrito se reservará para aquellos casos que impliquen cuidados especiales o un tratamiento prolongado. Para confirmar el diagnóstico y como medida de apoyo, el personal de distrito ayudará a los grupos móviles, se les pueda prestar o no servicio de laboratorio. Esta ayuda reviste suma importancia en los brotes de enfermedades infecciosas comunes.

5.2.4.4. Administración, formación o capacitación y logística. Al formular la política, hay que decidir la cantidad de la ración de víveres, los criterios para elegir las personas que se admitirán en los programas de nutrición, la asignación de personal y la cadena de responsabilidades. Las decisiones de carácter administrativo tendrán que respaldarse con los recursos, suministros y apoyo logístico pertinentes. Los víveres, medicamentos y otros suministros tendrán que circular por los conductos

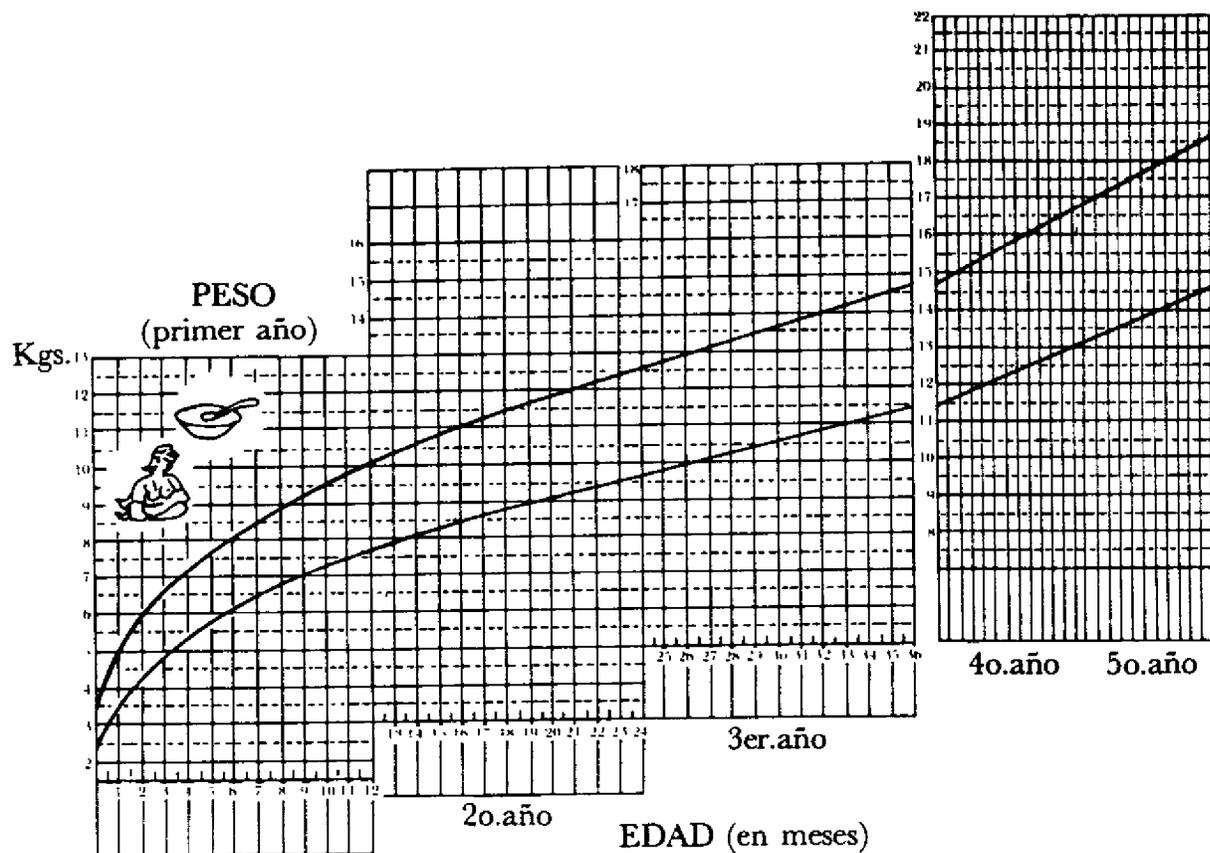


Fig. 9.— Modelo de gráfica de peso de la OMS.

establecidos, con rutas concretas de información retrocesiva, para poder atender necesidades que pudieran aparecer en forma imprevista.

La formación del personal local es de dos clases: cursillos de repaso para el personal ya calificado y formación en el trabajo para los nuevos contratados. Todas las actividades de formación o capacitación local se realizarán a nivel de distrito o subdistrito. La labor de repaso abarcará cursillos para enseñar funciones específicas del cargo, tales como técnicas de rehidratación, tratamiento masivo del paludismo, evaluación de lesiones, diagnóstico de la desnutrición, prevención de enfermedades y vigilancia de pacientes.

La formación en el trabajo de los nuevos contratados se limitará exclusivamente a enseñarles una función estrechamente conexas con ella; por ejemplo, vacunación, nutrición, alimentación suplementaria, evaluación, inyecciones, alimentación de niños enfermos, preparación de alimentos o tabulación de datos. Es indispensable la supervisión y la comprobación periódica de las actividades. Además, a cada categoría de trabajador contratado se le entregarán unas directrices escritas en lenguaje sencillo, que habrán sido redactadas en un punto central.

El éxito en este empeño depende de que el coordinador de distrito articule bien todas las actividades; a tal efecto, habrá que mantener un enlace entre todos los niveles, comenzando con los dirigentes indígenas. La creación de mecanismos que permitan que la política evolucione mediante un diálogo franco entre las partes interesadas contribuirá al

buen funcionamiento de las operaciones. La meta que se busca es la rehabilitación rápida y la reanudación de la vida normal.

5.2.5. Organización centralizada de socorro. En la Fig. 10 se encontrará un ejemplo de organización de esta clase; el modelo ha sido diseñado para una población de 100.000 personas, concentrada en una región. Sus características esenciales son la flexibilidad y la pequeñez de las unidades operacionales, que se han articulado para la ejecución de una función específica. Hay que señalar que esta estructura orgánica no es más que un modelo, y que podrá adaptarse o modificarse con entera libertad a fin de satisfacer las necesidades y la capacidad de cada localidad.

El coordinador de medicina y salud pública dirige todos los trabajos relativos al socorro con medidas de protección de la salud y nutrición. Este puesto deberá confiarse a un funcionario de categoría, con experiencia gerencial y administrativa en la esfera de la salud; si es necesario, se le puede agregar un asesor médico, que tenga mucha experiencia adquirida en emergencias anteriores.

En el Cuadro 3 puede verse el número de unidades que se sugiere y la plantilla que pudieran necesitar; ese número y plantilla para las distintas clases de actividad se basan en general en la carga de trabajo que se prevé. Desde un punto de vista ideal, la labor se iniciará con un pequeño número de personas, que se irá aumentando a medida que las actividades de socorro se intensifican.

Como la nomenclatura de los cargos puede variar, según los países, consideramos útiles las explicaciones siguientes:

Enfermera—persona con tres años o más de formación en enfermería

Ayudante de enfermera—persona con un año de formación en enfermería

Vacunadores
Trabajadores de paludismo
Auxiliares de salud—la misma formación que el ayudante de enfermera, pero con más experiencia sobre prevención

} en algunos casos, son trabajadores polifacéticos sobre el terreno

5.2.5.1. Actividades relacionadas con la alimentación y nutrición

1. Reparto de raciones: Pueden utilizarse las instalaciones físicas, organización y métodos de trabajo descritos en las páginas anteriores.
2. Programa de alimentación suplementaria: Se requieren las instalaciones físicas, organización y métodos de trabajo que se han descrito. No obstante, hay unas cuantas diferencias. Los tratamientos curativos sencillos se hacen en la clínica y no en el lugar de alimentación, pero quizá existan excepciones a esta norma (por ejemplo, si la clínica se encuentra lejos). Sin embargo, los programas preventivos de protección de la salud podrán ejecutarse en el centro de alimentación. El número de personas que habrá que alimentar será mucho mayor, hasta alcanzar un tope de 2.000 por centro.

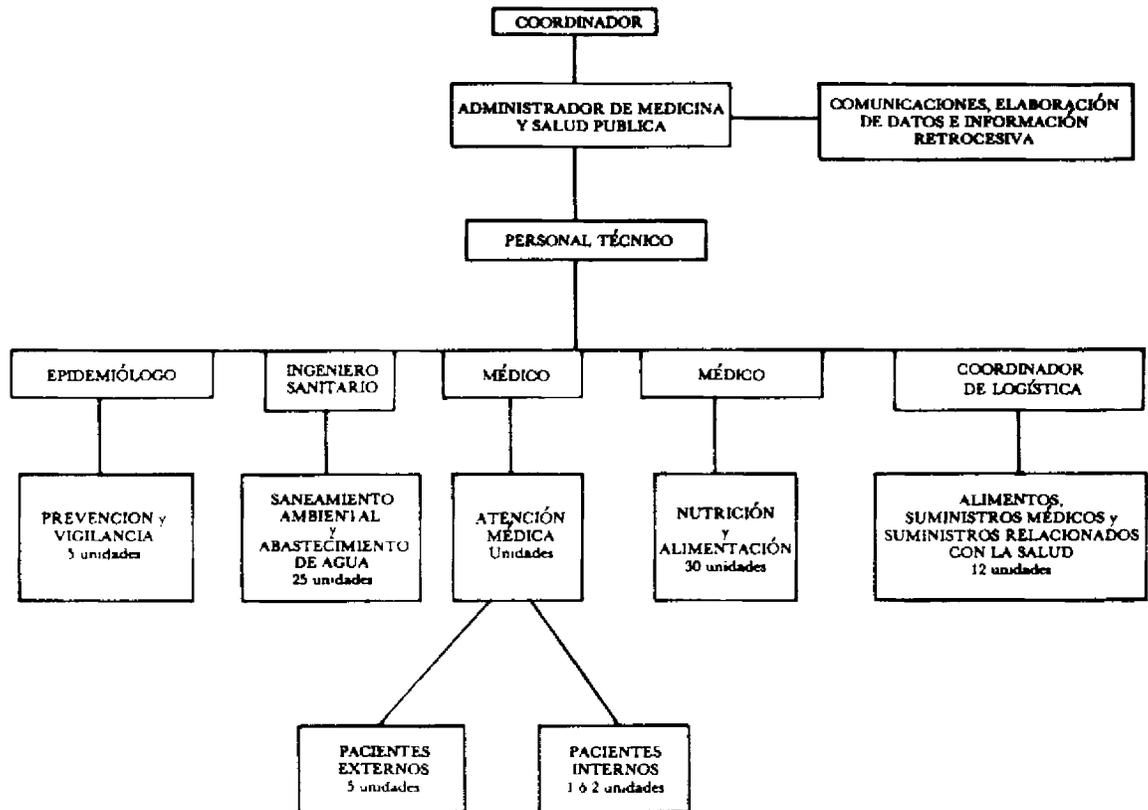


Fig. 10.— Modelo de organización centralizada de socorro.

El personal requerido para alimentar 2.000 individuos incluye un cocinero, 3 ayudantes/sirvientes, 1 registrador, 1 auxiliar de medicina y una guarda. El equipo es el que figura en la lista de la cocina de alimentación. En el espacio destinado al aseo habrá que poner jabón. Si no se dispone de un edificio aprovechable, las cocinas y lugares de servir se pueden cubrir con un techo de lona, y en ocasiones incluso los comedores. Se levantarán paredes de bahareque (bambú) u otras barreras para proteger la zona de comedores.

3. Los centros de terapéutica nutricional se han previsto para atender hasta 150 niños (menores de 5 años) cada uno, pero se tratará de mantener la cifra por debajo de este número. En una población de 100.000 personas, casi 15.000 serán niños menores de 5 años, y de ellos el 10% (o unos 1.500) quizá tengan que usar este servicio. Por lo tanto, posiblemente haya que establecer diez de esos centros para las 100.000 personas citadas. La atención a la nutrición puede ubicarse como un anexo relativamente sencillo de los centros de alimentación suplementaria. También resulta práctico situar este servicio cerca de los centros de alimentación. A tal efecto, son necesarias unidades de dos tipos: centros terapéuticos de nutrición de cuidados diurnos y salas de terapéutica nutricional para pacientes internos. Para estos centros se necesitarán carpas o edificios utilizables, que admitan un mínimo de 150 niños;

CUADRO III

(Se da el número de empleados por unidad. La plantilla de una unidad y el número de unidades pueden ampliarse o reducirse según las necesidades y servicios)

Unidad de prevención y vigilancia	Unidad de saneamiento ambiental y abastecimiento de agua	Pacientes externos	Pacientes internos	Unidades de nutrición y alimentación	Unidades de suministros de alimentos, suministros médicos y otros suministros relacionados con la salud
Total: 5 unidades	Total: 25 unidades	Total: 5 unidades	Total: 1 o 2 unidades	Total: 30 unidades	Total: 12 unidades
Nutriólogos	Tipo 1	Médicos Internos	Médicos Internos	Tipo 1	Tipo 1
Enfermeras calificadas	<i>Unidades de servicios de ingeniería (5)</i>	Enfermeras	Enfermeras	<i>Unidades de alimentaria (10)</i>	<i>Unidades de suministro de víveres (10)</i>
Vacunadores	Mecánico-Ingeniero	Ayudantes de enfermera	Ayudantes de enfermera	Supervisores	Supervisores
Trabajadores de paludismo	Ayudantes	Formuladores Empleados	Empleados Formulador	Cocineros	Empleados
	Tipo 2		Ayud. de laborat. Cocineros	Ayudantes Guardas	Distribuidores
	<i>Unidades de operaciones sobre el terreno (10)</i>		Ayudantes	Empleados	Ayudantes Guardas
	Sanitarios			Tipo 2	<i>Unidades de suministros médicos (1)</i>
	Auxil de salud			<i>Unidades de terapia de nutric.-Cuidados diurnos (10)</i>	Encargados de atención
	Ayudantes			Supervisores	Ayudantes

Total:5 unidades	Total:25 unidades	Total:5 unidades	Total:1 o 2 unidades	Total:30 unidades	Total:12 unidades
	Tipo 3			Ayudantes de enfermera	
	<i>Unidades de saneamiento general (10)</i>			4	<i>Otros suministros (1)</i>
	Sanitarios	4		1	Encargados de almácén
	Auxil. de salud	4		4	Ayudantes
	Ayudantes	2			
	<i>No. de vehículos necesarios. depende de muchos factores, pero se requieren aprox..</i>			Tipo 3	
				<i>Unidades de terapia de nutric. - Internos (10)</i>	
				Internos	2
				Enfermeras	6

respecto de las salas, se precisan 4 m² por criatura, con un espacio total para 20-25 pacientes. Es preferible utilizar lonas y estereras para cubrir el suelo y materiales de la localidad para camas (por ejemplo, catres). Además se necesitarán cobertizos adyacentes para almacenar suministros (20 m²) y cocinar (20/30 m²) y alojamientos para el personal, provistos de linternas, camas, mosquiteros y armaritos de ropa. Entre otras necesidades figuran baños o duchas y letrinas para el personal y para los pacientes. Si no se dispone de empleados calificados y si el personal no puede vivir en el mismo lugar, las actividades tendrán que limitarse a la terapéutica nutricional con cuidados diurnos. En este caso el equipo necesario es: 4 calderas, 1 parrilla, cocina y combustible, 4 cubos, 4 agitadores, 4 tazas de medir, 100 tazones con cucharas, 20 tubos nasogástricos y un número suficiente de jeringuillas grandes de cristal o plástico. Además, habrá cartillas de racionamiento, gráficos de peso, tarjetas de registro/asistencia, lápices, plumas y papel.

En muchas ocasiones, la sala de terapéutica nutricional puede estar agregada a una unidad de atención médica con camas, la cual proporcionará los médicos, enfermeras, un servicio mínimo de laboratorio y una farmacia de apoyo más provista de medicamentos.

Desde un punto de vista ideal, cada una de estas actividades “se liquidará por sí misma”, trabajando hasta que ya no se necesite distribuir raciones de víveres y la rehabilitación esté virtualmente terminada. Para entonces, la población damnificada ya habrá regresado a sus hogares y reanudado sus actividades normales.

5.2.5.2. Actividades de protección de la salud y atención médica. Para aprovechar con eficacia el personal y los servicios, la protección de la salud y la atención médica se organizarán cerca de los cuidados nutricionales y en estrecha coordinación con ellos.

1. El grupo que realizó la evaluación inicial se asignará para que trabaje bajo la jurisdicción del coordinador de medicina y salud pública en los siguientes aspectos:
 - Vacunación/inoculación de las personas que se registren.
 - Registro de datos en las tarjetas de la familia o del niño, y preparación de resúmenes semanales.
 - Búsqueda de los niños que necesitan terapéutica nutricional.
 - Vigilancia de la nutrición (se preparará una muestra al azar, para su examen periódico).
 - Vigilancia de las epidemias (se “rastrearán” los casos sospechosos, se iniciará el proceso de diagnóstico y se aislará a la persona, cuando sea pertinente).
2. Unidad médica para pacientes externos. Esta unidad tendrá capacidad para 500-600 visitas diarias, y se establecerá en las inmediaciones del centro de nutrición. La delegación de funciones en su personal dejará en libertad al médico para examinar los casos

difíciles y adoptar decisiones profesionales para formular la política. Los pacientes que lleguen serán entrevistados por enfermeras o internos calificados o por auxiliares muy capacitados, y enviados a los “puestos” para que les traten los síntomas comunes más difíciles. Cada “puesto” sólo se encargará de uno o dos tratamientos o medicamentos; de esta manera, el personal sin conocimientos se formará de prisa para ocupar estos cargos. (Véase el ejemplo de la Fig. 11). La estrecha supervisión y la inspección de actividades durante el primer día, así como la presencia inmediata de un médico si surgen problemas, harán que este sistema resulte sumamente eficaz en el tratamiento de las afecciones corrientes. Si se plantean problemas, el interno/médico escribirá el tratamiento pertinente en una hoja de papel, que el paciente llevará a la farmacia, donde se le administrarán los medicamentos o inyecciones correspondientes y se le explicarán las instrucciones. Se llevarán registros de los diagnósticos y de los medicamentos administrados, en especial para controlar el movimiento de drogas. Las autoridades locales tendrán que decidir si se cobra o no una pequeña suma “simbólica” por las drogas, como medio de restringir la demanda y de evitar el uso excesivo. Un criterio rígido servirá para conservar drogas y medicamentos y ahorrar tiempo.

El trazado de la clínica es esencial para que su labor resulte eficaz. La zona de exámenes deberá estar bien aireada e iluminada; uno o dos de los “puestos” serán habitaciones cerradas, para procedimientos especiales y para reconocimientos que exijan que el paciente se desnude. Cada “puesto de enfermedad” requiere zona de tratamiento adecuada.

Habrá que procurar que los tratamientos sean de tipo ambulatorio, y esta unidad empezará a funcionar antes de organizar la atención médica con pacientes internos. Una política eficaz exige que los casos graves (por ejemplo, meningitis, tétanos, fallos cardíacos y operaciones quirúrgicas) se envíen a los hospitales establecidos.

3. En la atención a pacientes internos, la magnitud y naturaleza de las actividades dependen del personal disponible, de los fondos asignados, de la clase de problemas planteados y de la existencia de otros servicios. El Ejército está en mejores condiciones para organizar una unidad quirúrgica de campaña que trate las emergencias traumáticas graves, debidas a terremotos, guerra o grandes incendios urbanos.

Por lo general, la atención a pacientes internos se orientará principalmente hacia los casos de enfermedades y desnutrición de los niños; con este criterio, las camas se asignarán en proporción de 2:1 entre niños y adultos. En los adultos, es necesario separar los pacientes por sexo. A los niños se les cuida mejor en una sala espaciosa y abierta, que haga más fácil observarlos y atenderlos. Para poder limpiar, hay que acostarlos en camastros hechos con materiales locales sobre una plataforma levantada revestida de cemento. En varios puntos de la sala se dispondrá de agua para la higiene, y se tratará de obligar a todo el personal a que se lave las manos antes de tocar a los pacientes. Un

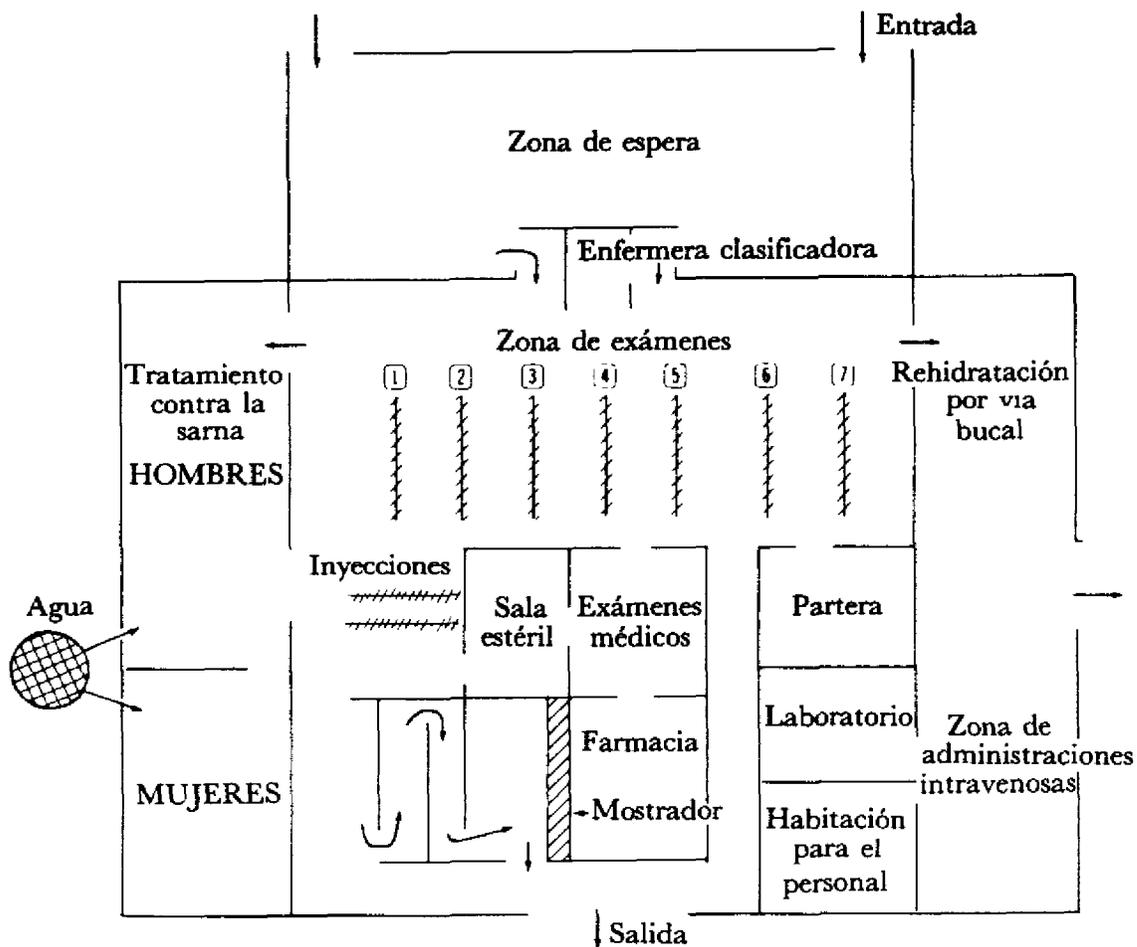


Fig. 11.— Ejemplo de unidad médica para pacientes externos.

aislamiento más riguroso requiere con frecuencia un esfuerzo que no merece la pena, salvo cuando se trata de enfermedades contagiosas transmitidas por goteo. Los gastos que origina el transporte de pacientes afectados por esta clase de enfermedades están muy justificados, tanto desde el punto de vista del pronóstico personal como de la importancia que reviste el eliminar fuentes de infección en una población concentrada y susceptible. Es preferible que los enfermos sean admitidos con un acompañante (por ejemplo, un pariente), que se ocupe de gran parte de su cuidado; a ese acompañante se le asignarán tres comidas diarias de la ración de la familia. También habrá que impartir a las madres enseñanza sobre nutrición. Para que las operaciones sean más eficientes pueden agruparse los casos que tengan un diagnóstico análogo, si bien no se aconseja que se establezcan salas separadas a tal efecto.

¹¹ El ciclón que azotó el Pakistán oriental en 1970 originó 250.000 muertos y dejó sin hogar de 4 a 5 millones de personas. Se llevaron por vía aérea muchos grupos médicos, con hospitales de campaña, vacunas y toneladas de medicinas. . . , y todos ellos fueron utilizados con poca eficiencia. Como demostró el estudio de la zona afectada, las personas débiles y enfermas fueron arrastradas por las aguas y sólo sobrevivieron los individuos fuertes, de los cuales muy pocos requerían asistencia médica. No obstante, todos los supervivientes necesitaban con urgencia alimentos, ropas y material de alojamiento.

¹² Aunque esta característica pudiera parecer a primera vista un trabajo excesivo, proporcionará una medida significativa de la rehabilitación y quizá beneficios duraderos a la comunidad. La introducción de un registro de peso de los niños (cada niño tiene que poseer una tarjeta de alguna clase, para recibir su ración diaria) puede constituir el punto de partida para incluir este procedimiento en el programa permanente del centro de salud. La medición y registro son labores sencillas, y los auxiliares del socorro pueden enseñar sin dificultad a los voluntarios de la comunidad para que las ejecuten.