

CAPITULO 7: LA SALUD

Indice

<u>Sección</u>	<u>Párrafo</u>		<u>Página</u>
		<u>Resumen</u>	78
7.1	1 - 3	<u>Introducción</u>	79
7.2		<u>Organización de los servicios sanitarios</u>	
	1 - 5	Necesidades	79
	6	Los refugiados	80
	7 - 14	Necesidades de personal	81
	15	Las autoridades sanitarias nacionales	83
	16	Función de la Organización Mundial de la Salud	83
	17 - 18	Organización de la respuesta	83
7.3		<u>Evaluación y vigilancia del estado de salud</u>	
	1 - 4	Evaluación inicial	86
	5 - 6	Vigilancia	86
	7	Registros e informes sanitarios	88
	8	Servicios de laboratorio	88
7.4		<u>Lucha contra las enfermedades</u>	
	1 - 3	Medidas generales	89
	4 - 6	Vacunación	89
	7	Enfermedades corrientes	89
7.5		<u>Atención sanitaria a los refugiados</u>	
	1 - 3	Atención adecuada	92
	4 - 5	Selección	93
	6 - 10	Prestación de la atención sanitaria	93
	11 - 14	La salud de la madre y el niño	94
	15	Educación sanitaria	94
7.6	1 - 8	<u>El traslado de los enfermos</u>	95
7.7	1 - 6	<u>Suministros médicos</u>	96
		<u>Bibliografía</u>	99
Anexo 1		<u>Informe de control</u>	102
Anexo 2		<u>Vacunación y vacunas</u>	107

CAPITULO 7: LA SALUD

Necesidades

Los refugiados, especialmente en una situación de emergencia, están expuestos a muchos factores que aumentan los riesgos de enfermedad. Entre esos factores se encuentran, en general, el hacinamiento, la insalubridad del agua y la falta de higiene y de alimentos adecuados. Por lo tanto, es necesario tomar medidas urgentes para reducir al mínimo los efectos de estos riesgos, asegurar un nivel adecuado de atención sanitaria y reducir el número de nuevos casos de enfermedad.

Finalidad

Es necesario contar con una organización eficaz para promover el buen estado de salud y para prevenir, controlar y tratar las enfermedades.

Principios de respuesta

- Los refugiados deben responsabilizarse de su propia salud y, por lo tanto, participar directamente en el desarrollo y en la prestación de los servicios sanitarios.
- Los servicios sanitarios deben responder a las necesidades reales, determinadas por medio de una evaluación y una vigilancia adecuadas.
- La nutrición y las medidas de salud públicas deben de ser prioritarias, ya que la salud de la mayoría de los refugiados se beneficiará más, probablemente, por estas medidas que por los cuidados individuales. Por lo tanto, una estrategia sanitaria adecuada supera ampliamente el marco de este capítulo e incluye a todos los sectores de la asistencia.
- Debe nombrarse un coordinador sanitario que sea responsable de tomar estas medidas y asegurar que se prestan los servicios y los tratamientos adecuados, en estrecha coordinación con las autoridades sanitarias nacionales y con otras organizaciones.

Medidas concretas

- Evaluar el estado de salud y de nutrición, así como las condiciones ambientales, con el fin de determinar las necesidades y establecer el orden de prioridades.
 - De acuerdo con estas prioridades, establecer un servicio de salud, basado en la comunidad, que cuente con un sistema de traslado de pacientes.
 - Controlar y evaluar la eficacia de estas medidas y ajustarlas si es necesario.
-

7.1 Introducción

1. La buena salud, al depender de tantos factores de carácter no estrictamente médico, constituye un tema demasiado amplio como para encomendarlo únicamente a los médicos. Este capítulo va dirigido a los administradores. No pretende dar "respuestas médicas" a los problemas de salud, pero intenta mostrar que la buena organización de la salud pública y de los servicios médicos, y una estrategia adecuada en lo que se refiere a la atención sanitaria general, son más importantes para el estado de salud global de los refugiados que una medicina estrictamente curativa. Estos cruciales factores organizativos son con frecuencia responsabilidad del administrador del ACNUR sobre el terreno.

2. Las condiciones a las que se enfrentan muchos refugiados no favorecen el buen estado de salud. En una situación de emergencia, los peligros para la salud de los refugiados aumentarán a menudo a causa del hacinamiento, de las deficiencias del alojamiento, de la escasez de agua potable, de la falta de higiene, y de la falta de comida suficiente o adecuada y de la posible falta de inmunización a las enfermedades del nuevo medio ambiente. Estos factores aumentan el riesgo de enfermedades contagiosas. Además, los refugiados pueden encontrarse ya a su llegada, en un estado de debilidad causado por la enfermedad, la desnutrición o el cansancio.

3. Los servicios sanitarios que se presten a los refugiados deberán basarse en el concepto de atención sanitaria básica. El enfoque general de la misma lo resume la OMS con las siguientes palabras: "La atención sanitaria básica es una asistencia sanitaria especial puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que les sean aceptables, con su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar ...". Aunque no existe un único modelo aplicable a todos los países, la atención sanitaria básica debe comprender como mínimo: la promoción de una nutrición adecuada y de un abastecimiento

suficiente de agua potable; el saneamiento básico, la salud de la madre y el niño incluida la planificación familiar; el tratamiento adecuado para las heridas y enfermedades comunes, la inmunización contra las principales enfermedades, la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; la educación sobre los principales problemas de salud y lo que puede hacerse para prevenirlos y luchar contra ellos. Dicho en otras palabras, el núcleo de esta estrategia es insistir en la preponderancia de la medicina preventiva sobre la medicina curativa.

7.2 Organización de los servicios sanitarios

- Los servicios sanitarios deben organizarse no sólo para sino con los refugiados.
- Se insistirá desde el principio en corregir los factores ambientales que influyen negativamente sobre la salud.
- Es importante nombrar inmediatamente a un coordinador con suficiente experiencia en el campo de la salud, y que pasará a formar parte del equipo del ACNUR.
- Es posible movilizar rápidamente la asistencia exterior, pero es preferible recurrir a los expertos locales y formar a otros nuevos.
- Las autoridades y servicios sanitarios nacionales deben participar tan estrechamente como sea posible.
- La Organización Mundial de la Salud deberá también participar estrechamente.

1. Al principio de una situación de emergencia, lo más urgente es conseguir información sobre el número de refugiados, su estado de salud y necesidades inmediatas, así como una indicación de su distribución por edades y sexos. Esta información ayudará a establecer un orden de prioridades para las medidas inmediatas que haya que tomar.

Es posible que entre esas medidas se cuente la mejora de la salubridad del agua y el abastecimiento de alimentos, más bien que la prestación de asistencia médica.

2. Los servicios sanitarios deben tender, desde el principio, tanto a prevenir como a curar las enfermedades, es decir a curar y a mantener sanos a los refugiados. La salud de una comunidad, y por lo tanto de la mayoría de los refugiados, depende más, en general, de las medidas de salud pública que de la atención sanitaria individual. Sólo con medidas preventivas, junto con el control de las enfermedades contagiosas, puede mantenerse la buena salud y disminuir el número de casos nuevos de enfermedad. El agua potable, las medidas de salud ambiental, la nutrición adecuada, la lucha contra las enfermedades contagiosas, los cuidados a la madre y al niño, la educación y la formación sanitarias de los refugiados son partes integrantes de la atención sanitaria a los refugiados. Asimismo, la ubicación del emplazamiento y el espacio habitable atribuido a cada persona influirán directamente sobre la salud. La figura 7-1 ilustra el efecto relativo probable de estas medidas.

3. El nivel de la atención sanitaria que se preste estará determinado por el estado de los refugiados y por los recursos disponibles. Es posible que, al principio, haya que realizar esfuerzos extraordinarios. En realidad el punto más alto, al menos en teoría, de asistencia médica curativa se producirá en esa etapa inicial, cuando los refugiados son más vulnerables a su nuevo medio ambiente y a los riesgos que éste representa para su salud, y antes de que haya sido posible llevar a cabo grandes mejoras en la salud pública, en sectores tales como la vivienda, el abastecimiento de agua y el saneamiento. En la práctica, el personal médico suele llegar más tarde y empieza a poner en marcha los servicios curativos justo en el momento en que existe la posibilidad de llevar a cabo grandes mejoras en el estado general de salud de los refugiados si se insistiera, en cambio, en las medidas preventivas. Una vez controlados los

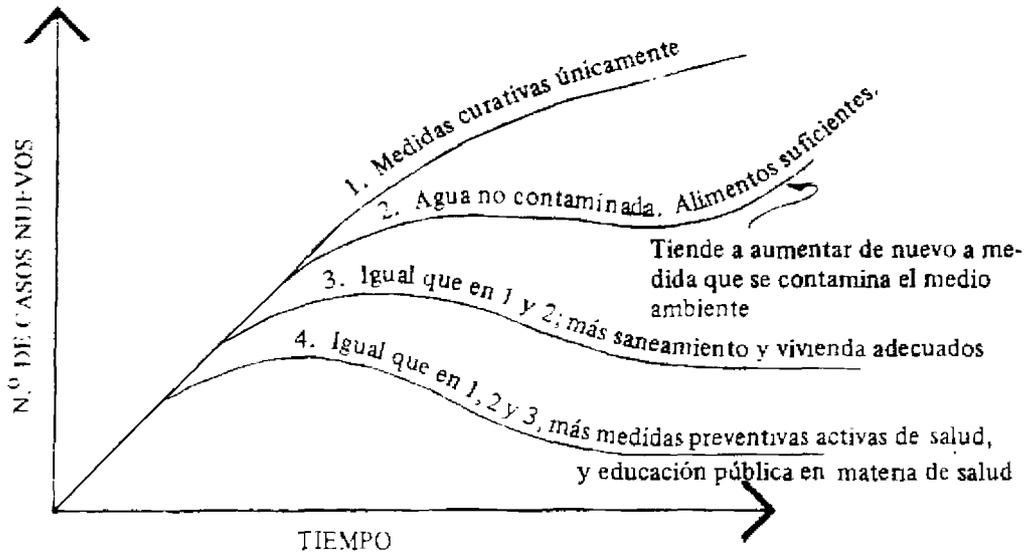
problemas inmediatos de salud, el nivel de atención sanitaria debe responder en general al que sería adecuado para la población local y debe alcanzar un nivel que pueda mantenerse. Los servicios sanitarios y el nivel de los mismos que se presta a los refugiados deben ser normalizados.

4. Cada situación de emergencia con refugiados tendrá sus propios problemas y necesidades sanitarias específicas y sus posibilidades de respuesta. Los grandes apartados que figuran a continuación plantean algunas cuestiones que probablemente serán comunes a todos ellos; vigilancia, informes, control e inmunización contra las enfermedades contagiosas, atención sanitaria curativa, sistema de traslado de enfermos, salud de la madre y del niño, educación sanitaria, suministros médicos, y el personal y los recursos organizativos necesarios para establecer y para hacer funcionar los servicios, incluida la formación de algunos refugiados como trabajadores sanitarios.

5. Los servicios colectivos tales como la atención sanitaria curativa, los servicios relacionados con los cuidados a la madre y al niño, los programas de alimentación suplementaria, los servicios sociales, y la educación sanitaria y dietética están claramente interrelacionados y deben ser coordinados. Las circunstancias indicarán cómo deben organizarse dichos servicios, por ejemplo alrededor del centro médico o del centro de alimentación suplementaria. Es evidente la ventaja que supone el agrupar estos servicios para comodidad de los refugiados.

Los refugiados

6. Los refugiados deben responsabilizarse de su propia salud. El personal sanitario externo debe comprender los conceptos de los propios refugiados sobre la salud y la enfermedad. Los servicios deben desarrollarse y ponerse en marcha, desde el principio, más bien con los refugiados que para ellos. En caso contrario, los servicios serán menos eficaces, los refugiados desconfiarán de ellos y



7-1 Efectos relativos probables de las medidas sanitarias

probablemente se derrumben cuando el personal externo se marche.

Necesidades de personal

7. Debe concederse la máxima importancia a la formación y perfeccionamiento de los conocimientos médicos de algunos refugiados seleccionados, especialmente de aquellos que, debido a sus antiguas funciones en su comunidad, poseen ya algún conocimiento de este tipo; deben tenerse muy en cuenta la experiencia de los curanderos tradicionales y de las parteras. La experiencia ha demostrado que siempre que exista una su-

pervisión adecuada y que pueda trasladarse a los enfermos a centros más especializados cuando sea necesario, es conveniente fomentar los métodos tradicionales de atención sanitaria junto con otros servicios sanitarios organizados. Los refugiados pueden buscar tratamientos tradicionales para toda una variedad de problemas que van más allá de la capacidad de los servicios externos

8. Incluso refugiados sin experiencia previa pueden ser agentes sanitarios muy eficaces después de recibir sobre el terreno una instrucción básica sobre unas pocas tareas. Sin embargo, debe tenerse presente que el

joven refugiado que ha recibido una cierta instrucción y que pasa a desarrollar un trabajo de tipo médico puede no gozar de toda la confianza de otros refugiados, también debe sopesarse el tiempo invertido en su formación, ya que si existen posibilidades de reasentamiento en un tercer país, tales personas son en general las primeras en marcharse.

9. Por regla general, el orden de preferencia para la selección de personal sanitario, en cooperación con los servicios nacionales, es el siguiente:

refugiados;
nativos o residentes con experiencia;
extranjeros.

La mayoría de las situaciones de emergencia requerirán algún tipo de combinación de estos tres grupos. Un factor importante puede ser la actitud del gobierno frente al personal médico extranjero, incluidos aspectos tales como el reconocimiento de los títulos y la autorización para ejercer la medicina

10. En las situaciones de emergencia de gran magnitud, el ACNUR pedirá inmediatamente ayuda a la OMS para encontrar un coordinador sanitario, que será un miembro clave del personal que participe en el programa del Representante del ACNUR. El coordinador será responsable de planificar y desarrollar unos programas adecuados de atención sanitaria, de establecer las normas (véase 7.2.18), de controlar la calidad de los servicios y de asegurar el enlace y la coordinación adecuados con el ministerio de la salud y con otras organizaciones internacionales dedicadas a las cuestiones sanitarias. Debe prestarse especial atención a la coordinación de las actividades de las ONG y de otros grupos no nacionales dedicados a la salud. Deberá estimularse la creación de un subcomité de la salud dentro del mecanismo de coordinación general de las ONG.

11. Si es necesaria la asistencia médica exterior, debe informarse a la Sede. Además de la OMS, puede recurrirse a la Cruz Roja

Internacional (el CICR puede enviar equipos médicos inmediatamente, y la Cruz Roja o la Media Luna Roja locales, que de todos modos participarán en las operaciones desde el principio, pueden verse reforzadas a través de la LSCR y, en caso de guerra, a través del CICR), a organizaciones gubernamentales para casos de desastre y a las ONG. El representante debe indicar cuáles son los grupos u organizaciones a las que se puede recurrir, por ejemplo una ONG que trabaje ya en el país y que esté en condiciones de ampliar su programa sanitario.

12. En las peticiones deberá especificarse qué tipo de personal sanitario se solicita: no debe indicarse solamente que se necesitan tantos médicos y tantas enfermeras, sino, por ejemplo, personas que posean la experiencia adecuada como internistas, epidemiólogos, especialistas en salud pública, en nutrición, medicina tropical, pediatría, obstetricia y atención domiciliaria, según el tipo de problemas que resulten más urgentes. Es más importante contar con personas expertas que posean las cualidades personales adecuadas, que con especialistas altamente cualificados cuyos conocimientos son a veces inadecuados. El conocimiento de la cultura local, de las enfermedades más habituales y de los servicios de salud pública locales es tan importante como el poseer profundos conocimientos de medicina y de técnicas médicas.

13. En una situación de emergencia de gran magnitud, puede ser especialmente necesario el contar con un farmacéutico que coordine todos los aspectos del abastecimiento de suministros médicos adecuados (véase 7.7). Es posible que se necesite también un administrador sanitario con experiencia, por ejemplo para organizar una campaña de vacunación.

14. Para el personal sanitario internacional, se considera que el período estrictamente mínimo de permanencia debe ser de tres meses para aquellos que ya tienen experiencia en situaciones de emergencia con re-

fugiados, y de seis meses, como mínimo, para los demás.

Las autoridades sanitarias nacionales

15. Cualesquiera que sean las medidas de ejecución adoptadas, es indispensable que participen desde el principio los servicios sanitarios oficiales de carácter nacional, provincial, o de distrito. En la medida de lo posible, los servicios en favor de los refugiados deben integrarse dentro de los servicios nacionales. La coordinación directa de algunos tratamientos, la inmunización, la lucha contra las enfermedades contagiosas y la vigilancia, serán especialmente importantes. La mejora de la salud de los refugiados interesa claramente a la población local.

Función de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

16. En casi todos los países existen representantes de la OMS ^{1/} que trabajan directamente con el ministro de la salud. Para las cuestiones operativas normales relacionadas con el país en que desarrollan sus programas, dependen del Director Regional de la OMS, mientras que para las situaciones de emergencia pueden tratar directamente tanto con sus Oficinas Regionales como con la Sede de la OMS. Como la parte más importante de su trabajo es el desarrollo de programas sanitarios, la OMS sólo dispone de recursos financieros limitados en las situaciones de emergencia con refugiados, pero puede proporcionar consejo y orientación, movilizar especialistas y a través de sus servicios de suministros de Ginebra y de algunos almacenes regionales de emergencia, proporcionar medicamentos y suministros que se necesiten con urgencia, con fondos del ACNUR. La respuesta a las necesidades sanitarias de los refugiados deben coordinarse estrechamente con la OMS.

Organización de la respuesta

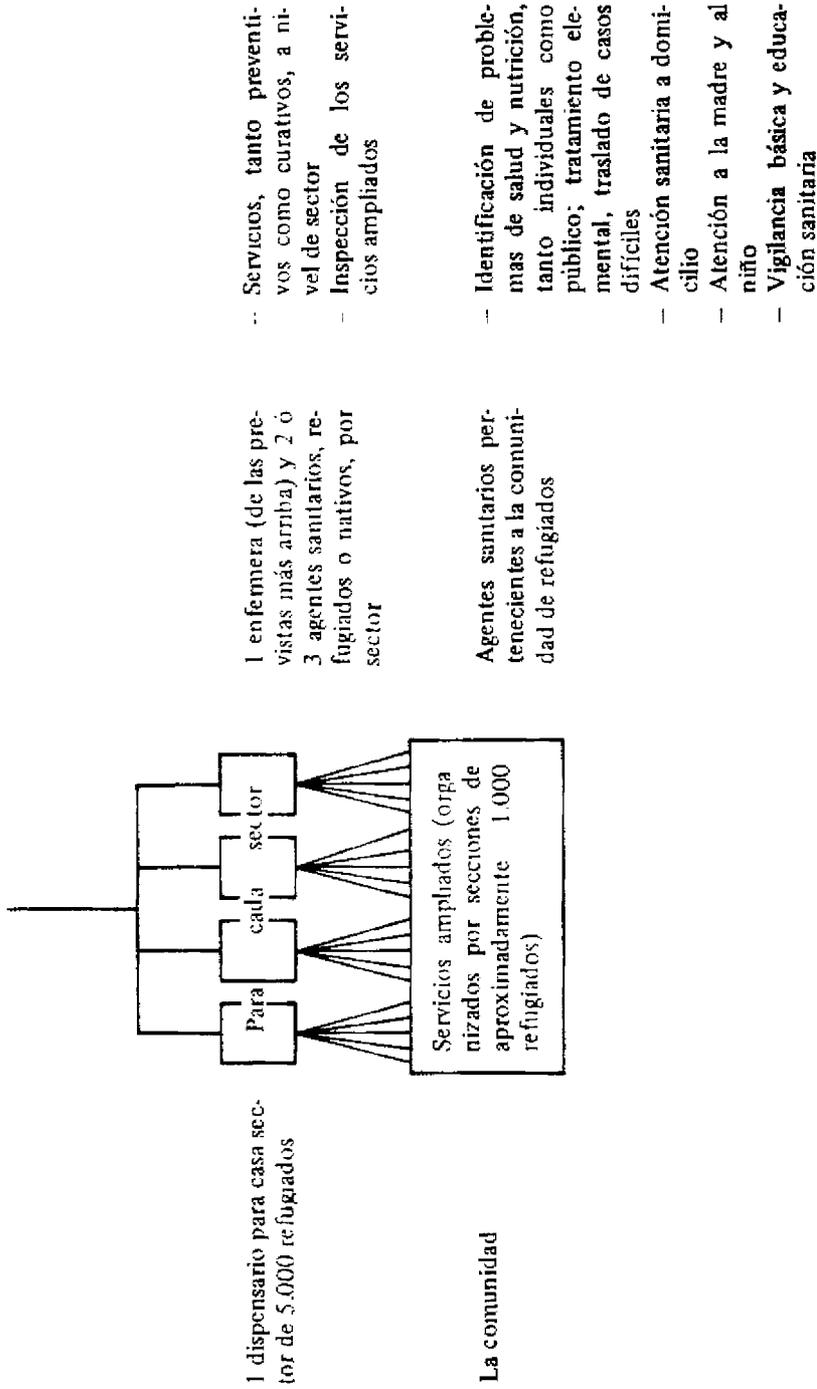
17. En la figura 7-2 se esboza la posible jerarquización de los servicios sanitarios. El supuesto que en ella se considera es el de una situación de emergencia de gran magnitud que requiere la participación de numeroso personal sanitario tanto nacional como internacional. Una menor afluencia de refugiados exigirá una organización menos compleja. En tales casos, un administrador sanitario que opere en la capital puede proporcionar un equipo que, en otras circunstancias, actuaría exclusivamente en los asentamientos y como refuerzo de los servicios sanitarios locales. La indicación sobre el personal necesario en comparación con el número total de personas no es más que eso, una indicación. Las cifras reales dependerán de las necesidades sanitarias, del grado de aislamiento de los asentamientos, etc. Con frecuencia se necesita un mínimo indispensable de personas, ya que, incluso en un asentamiento pequeño, resulta difícil a veces arreglárselas con menos de dos agentes sanitarios experimentados.

18. Una vez que se hayan determinado la distribución de las enfermedades y las necesidades generales, deberán prepararse unas directrices para que los trabajadores sanitarios sepan cómo proceder. Esas directrices deberán abarcar todos los aspectos de los servicios incluidas cuestiones tales como los principios básicos, cómo deben organizarse los servicios, entre ellos los programas de alimentación selectiva, los planes de tratamiento normalizados, las listas de medicamentos, y los suministros, la vacunación y los informes. Las directrices deben ser preparadas por el coordinador sanitario del ACNUR después de consultar a todos los interesados, deberán ser publicadas, si es posible, bajo el patrocinio del ministro de la salud y también ser revisadas periódicamente, por ejem-

^{1/} Llamados Coordinadores de los Programas de la OMS o Coordinadores de los Programas Nacionales de la OMS

7-2. Posible organización de los servicios de salud en una emergencia de gran magnitud

Servicio/Implementación	Personal sanitario	Resumen de las tareas más importantes
<p>Servicios de salud para los refugiados (si es posible con el Ministerio de Salud o como parte del equipo del programa del ACNUR) Comité de Coordinación Sanitaria con las Organizaciones No Gubernamentales.</p>	<p>Coordinador Sanitario del ACNUR Médicos y enfermeras Especialista en nutrición Farmacéutico Administrador sanitario</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Programas de planificación y ejecución - Preparación de los directrices sobre procedimientos normalizados - Coordinación y supervisión generales - Adquisición y suministro de medicamentos y equipo
<p>Hospital regional/comarcal</p>	<p>Si es necesario, un médico y dos enfermeras, aproximadamente, para ayudar al personal existente (más apoyo material si procede, sobre todo medicamentos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Casos complicados de mortalidad y urgencias quirúrgicas trasladadas desde el asentamiento
<p>Centro sanitario (con un número limitado de camas para permanencia nocturna, aproximadamente 1 por cada 5.000 refugiados)</p>	<p>Aproximadamente 2 médicos y de 8 a 10 enfermeras por cada 20.000 refugiados (de los cuales un médico que permanezca en el centro sanitario y otro que cubra las necesidades a nivel de sector, más una enfermera por sector)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisión de los servicios sanitarios del asentamiento, incluido la formación de trabajadores sanitarios y los programas de alimentación selectiva. - Tratamiento/traslado de casos no atendidos a nivel de sector - Seguridad, distribución y utilización de medicamentos



plo por un subcomité de coordinación sanitaria. Las directrices deberán ser traducidas a la lengua de los agentes sanitarios de la comunidad. Se pedirá a todas las organizaciones que estén prestando atención sanitaria a los refugiados que observen esas directrices, las cuales especificarán también el período mínimo de permanencia de los agentes sanitarios internacionales. En la bibliografía que figura al final de este capítulo se incluye un ejemplo de este tipo de directrices.

7.3. Evaluación y vigilancia del estado de salud

- La prestación de los servicios sanitarios debe empezar por la evaluación del estado general de salud y de nutrición.
- Esta evaluación deben llevarla a cabo especialistas con experiencia en situaciones de emergencia y si es posible, que conozcan también la situación local.
- Será necesario identificar los factores que influyen en la salud de los refugiados y establecer un sistema de vigilancia y de elaboración de informes.

Evaluación inicial

1. La finalidad de la evaluación inicial del estado de salud y de nutrición es la de identificar las necesidades y establecer el orden de prioridades. Será necesario determinar cuáles son los factores que contribuyen a la salud o a la enfermedad de la comunidad de los refugiados, averiguando cuál es la distribución por enfermedades, el efecto de las influencias sociales y culturales sobre la salud de los refugiados y la eficacia de los servicios sanitarios existentes. Esa evaluación se denomina epidemiología.

2. La observación permite recopilar mucha información, por ejemplo sobre la idoneidad del abastecimiento de agua y del sa-

neamiento. Evidentemente, el personal sanitario es otra fuente de información. El estudio por muestreo revelará los síntomas y los tipos de enfermedad e indicará su distribución en la comunidad. Siempre que sea posible, el método más efectivo de evaluación inicial será realizar un examen masivo a la llegada de los refugiados para detectar sus posibles enfermedades. Al menos al principio, muchos refugiados enfermos desconocerán la existencia de los servicios sanitarios o no se atreverán a utilizarlos. Por lo tanto, en los raros casos en los que el personal de socorro llega al emplazamiento antes que los refugiados, ese examen inicial puede ser la única forma de descubrir a los posibles pacientes. Esto puede llevarse a cabo al mismo tiempo que el registro de los refugiados a la llegada de los mismos. (Véase el capítulo 12.6.7.) Los trabajadores sanitarios deberán llevar a cabo un rápido examen médico con el fin de detectar, sobre todo, las posibles enfermedades contagiosas, y deberán trasladar a todos esos enfermos a algún centro sanitario para que sean debidamente tratados. Habitualmente, no resulta factible ponerlos en tratamiento durante el examen mismo.

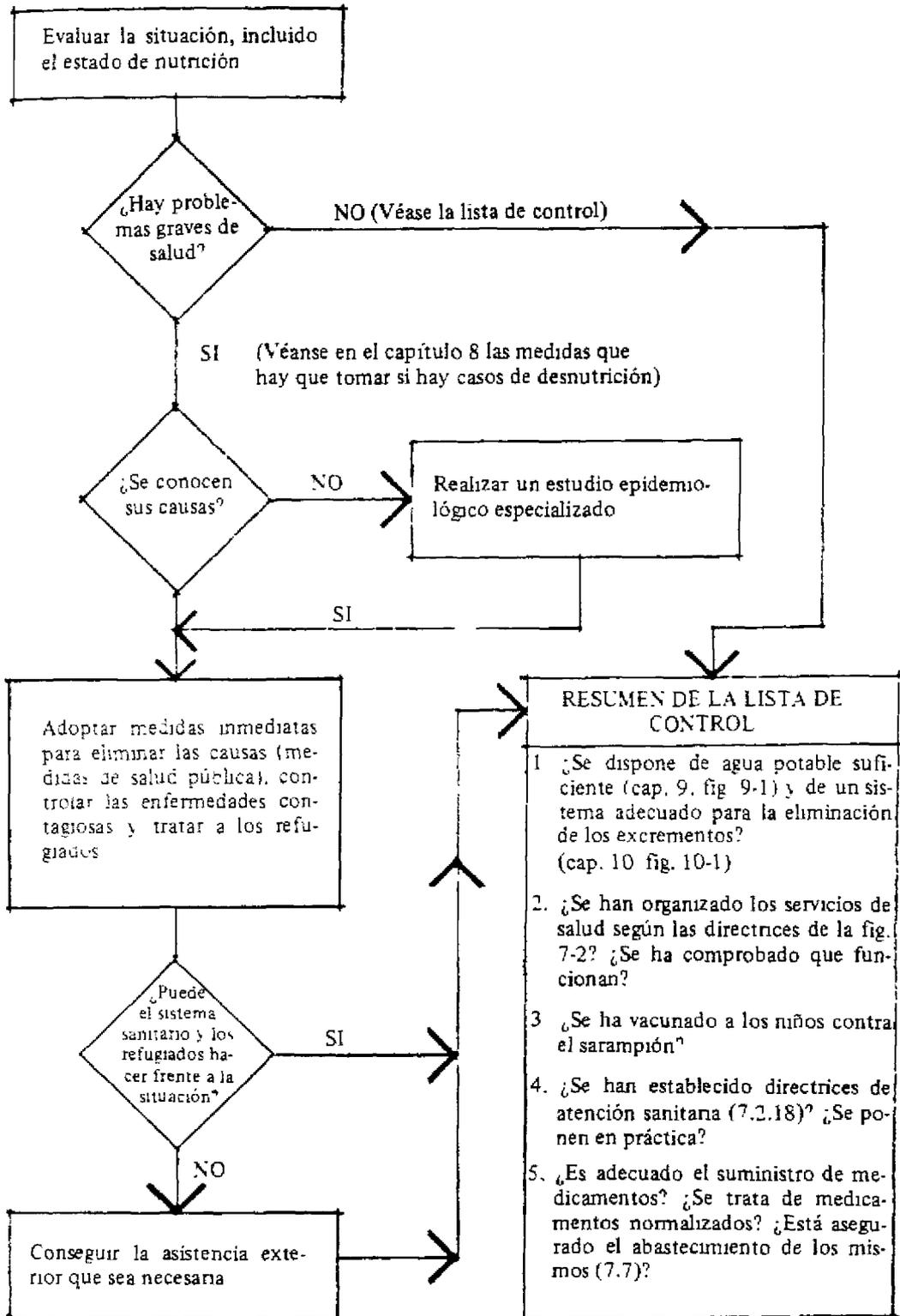
3. Es de vital importancia actuar rápidamente, pero, para ser eficaz, la evaluación inicial debe ser realizada por una o más personas con experiencia y que comprendan qué es la epidemiología. Es también importante que tengan la experiencia práctica pertinente. El recurrir a expertos nativos o que trabajen en la zona tiene ventajas evidentes, pero si fuera necesario, será posible disponer rápidamente de los expertos externos adecuados, pidiéndolos a través de la Sede.

4. La figura 7-3 ilustra algunos aspectos de las medidas a tomar a la luz de la evaluación inicial.

Vigilancia

5. Debe establecerse rápidamente un sistema de vigilancia. Es esencial controlar cuidadosamente el estado de salud y nutrición si se quieren descubrir los problemas a tiempo para tomar medidas preventivas. Por

7-3 Evaluación y respuesta



ejemplo, la aparición frecuente de enfermedades diarreicas puede ser un indicio importante de la existencia de problemas ambientales. Aunque el estado de salud del asentamiento mejorará cuando empiecen a funcionar adecuadamente los servicios de salud pública y a medida que los refugiados se adapten a su nuevo medio ambiente, las variaciones estacionales seguirán influyendo en la frecuencia de las enfermedades, porque los cambios de la temperatura, en particular en la época de las lluvias, afectarán considerablemente a la salud. Por lo tanto, debe mantenerse un cuidadoso sistema de vigilancia. El control permanente del estado de salud y de los tipos de enfermedad permitirá adaptar los servicios sanitarios y redistribuir los recursos según proceda. Son los expertos quienes tendrán que decidir desde el principio la forma de esa vigilancia, los datos que se necesitan, quién los interpretará y qué medidas habrá que tomar a la luz de los resultados. En las situaciones de emergencia, sólo las medidas sencillas resultan eficaces. El sistema deberá coordinarse a nivel central.

6. Si la evaluación inicial o los informes subsiguientes revelan la existencia de deficiencias específicas o de enfermedades contagiosas, deben tomarse medidas especiales para que personas que tengan la experiencia adecuada realicen los exámenes específicos necesarios

Registros e informes sanitarios

7. Existen dos tipos de registros sanitarios: los individuales y los que conciernen a la comunidad en su conjunto. Cada uno de ellos tiene una finalidad diferente. Las cartillas sanitarias individuales son necesarias para anotar las vacunaciones y el tratamiento de las enfermedades. Estas cartillas deben ser conservadas, habitualmente, por los refugiados y, en el caso de los niños, por sus madres. La experiencia ha demostrado que, en general, los refugiados guardan cuidadosamente sus cartillas. Los informes sobre la comunidad tienen un propósito diferente. Se trata de un instrumento esencial para la planificación de los servicios y para el con-

trol de los tipos de enfermedad. Será necesario recoger con regularidad y analizar los datos estadísticos sobre el número de casos identificados y tratados. El Anexo 1 propone un ejemplo sencillo de informe normalizado. Esto asegurará la normalización de los datos recogidos en los diferentes asentamientos. Las autoridades sanitarias nacionales exigen ser informadas de inmediato de las enfermedades contagiosas de "declaración obligatoria".

Servicios de laboratorio

8. Para ser completamente eficaz, la vigilancia exige el poder acceder rápidamente a los servicios de laboratorio, pero los refugiados se encuentran con frecuencia lejos de instalaciones que dipongan de tales servicios. Este es un problema que debe tratarse desde el primer momento con las autoridades nacionales sanitarias. La mayoría de las veces basta con un laboratorio realmente sencillo en el emplazamiento.

7.4 Lucha contra las enfermedades

- Las condiciones que probablemente prevalezcan en los asentamientos, especialmente la superpoblación, favorecerán la propagación de las enfermedades contagiosas.
- La finalidad que se persigue es la de prevenir, detectar, controlar y tratar las enfermedades
- La mejora de las condiciones ambientales desempeñará un papel importante en la prevención de las enfermedades
- Durante la fase de emergencia debe evitarse la vacunación masiva, excepto contra el sarampión.
- Después de la fase de emergencia los niños deben ser vacunados en el ámbito del programa nacional de vacunación.

□ Las emergencias específicamente médicas, como por ej. las epidemias, requieren una inmediata evaluación sobre el terreno, realizada por un experto, y una estrecha coordinación de la respuesta con las autoridades nacionales y con la OMS.

1. En una situación de emergencia con refugiados, los riesgos de enfermedades contagiosas (infecciosas) aumentan a causa del hacinamiento y de las malas condiciones ambientales y se ven a menudo agravados por el estado de debilidad de los refugiados. Existe, por ejemplo, una estrecha relación entre la desnutrición y los efectos de las enfermedades contagiosas, especialmente la diarrea infantil. Sin embargo, es importante comprender que, para propagarse, el agente infeccioso debe estar previamente presente; por ejemplo, si nadie tiene la fiebre tifoidea, ésta no aparecerá de repente.

2. Por lo tanto, las medidas para mejorar las condiciones sanitarias ambientales son muy importantes: agua potable suficiente, jabón, un sistema adecuado de eliminación de los excrementos y de la basura, la lucha contra los roedores, el control de los vectores y la formación y educación de todos los interesados en lo que se refiere a la salud pública

3. Es esencial contar con el asesoramiento de expertos para el control de las enfermedades contagiosas y de las epidemias. Algunas enfermedades contagiosas aparecen durante determinadas épocas del año, por lo cual deben tomarse a tiempo las medidas preventivas adecuadas

Vacunación

4. A menudo existen presiones considerables en favor de un programa de vacunación masiva e inmediata. Sin embargo, existen poderosas razones, tanto de tipo médico como de tipo práctico, para resistir a esas presiones. Las causas más comunes de enfermedad y muerte en la fase de emergencia son generalmente las infecciones, a menudo agra-

vadas por la desnutrición, que no pueden prevenir eficazmente por medio de la vacunación. Los programas de vacunación masiva requieren un gran número de personal sanitario, la manipulación de las vacunas en condiciones de refrigeración controlada y una supervisión cuidadosa, todo lo cual resulta difícil y no es necesariamente el mejor uso posible de los recursos, incluso cuando se dispone de éstos.

5. La única vacunación indicada en las primeras semanas de una situación de emergencia es la de los niños de corta edad contra el sarampión. Esta es una medida altamente prioritaria incluso cuando escasean los recursos.

6. Todas las demás vacunas necesarias (por ejemplo la DPT, la BCG y la vacuna contra la polio) deben llevarse a cabo, en general, solamente cuando las instalaciones lo permitan, y en la medida de lo posible, dentro del marco del programa ampliado de vacunación que lleve a cabo el propio gobierno. En el Anexo 2 se proporcionan detalles sobre los programas de vacunación y sobre el almacenamiento de las vacunas.

Enfermedades corrientes

7. Los síntomas y las enfermedades más corrientes entre los refugiados no difieren mucho, en general, de los que cabe esperar, normalmente, en cualquier comunidad de un país en vías de desarrollo: diarrea, deficiencias alimenticias, infecciones respiratorias, malaria, lombrices, anemia y problemas genito-uritarios. Sin embargo las condiciones de hacinamiento artificial probablemente provoquen, al menos al principio, una frecuencia mayor de lo normal de estas enfermedades. Especialmente la diarrea constituye habitualmente la mayor amenaza para la salud de los refugiados durante las primeras semanas de la vida de un asentamiento, y ello como consecuencia del nuevo medio ambiente, de la inhabitual densidad de población y de los deficientes servicios disponibles. La posibilidad de que aparezca alguna de esas enfermedades sigue siendo un riesgo grave en el

7-4 Enfermedades corrientes

<u>Enfermedades</u>	<u>Causas principales</u>	<u>Medidas preventivas ^{1/}</u>
1. Enfermedades diarreicas	Hacinamiento, contaminación del agua y de los alimentos.	Espacio vital suficiente, educación sobre salud pública, higiene adecuada de las personas y de los alimentos, suministro de agua potable y saneamiento, según se especifica en los capítulos 6 a 10.
2. Sarampión	Hacinamiento.	Niveles mínimos de espacio vital, tal como se establece en el capítulo 6. Vacunación de niños de 9 meses a 5 años de edad.
3. Enfermedades respiratorias	Vivienda insatisfactoria, escasez de mantas y de ropa.	Niveles mínimos de espacio vital y alojamiento apropiado (capítulo 6), ropa adecuada y mantas suficientes.
4. Malaria	Medio ambiente nuevo, con un tipo de malaria contra la que los refugiados no están inmunizados; agua estancada que se convierte en lugar de reproducción de mosquitos.	Destruir los lugares de reproducción de los mosquitos, larvas y los mosquitos adultos mediante pulverización. Sin embargo, el éxito del control de los vectores depende en particular de los hábitos de los mosquitos, por lo que deberá consultarse a los expertos locales. (Véase capítulo 10). Distribución de mosquiteros. Administrar medicamentos profilácticos únicamente a aquellas personas (por ejemplo, a los niños pequeños) que de otro modo podrían morir al primer ataque de la enfermedad, en vez de empezar a desarrollar la inmunidad.
5. Meningitis meningocócica	Hacinamiento en zonas en las que la enfermedad es endémica (a menudo se desarrolla siguiendo pautas estacionales).	Niveles mínimos de espacio vital (capítulo 6). Vacunación sólo después de que lo aconseje el personal experto, cuando el examen de la situación sugiera la necesidad de hacerlo. La inmunidad sólo se logra al cabo de una semana.

^{1/} La desnutrición hace más vulnerable a los ataques violentos de todas esas enfermedades; por consiguiente, una alimentación adecuada constituye una medida preventiva eficaz.

<u>Enfermedades</u>	<u>Causas principales</u>	<u>Medidas preventivas</u>
6. Tuberculosis	Hacinamiento.	Niveles mínimos de espacio vital (capítulo 6), si bien donde tenga carácter endémico continuará siendo un problema.
7. Fiebre tifoidea y cólera	Hacinamiento. Poca higiene personal, abastecimiento de agua contaminada y saneamiento insuficiente.	Niveles mínimos de espacio vital, agua no contaminada, saneamiento adecuado (capítulos 6, 9 y 10). La OMS <u>no</u> recomienda la vacunación, que sólo ofrece una protección individual escasa y de corta duración, y poca o ninguna protección contra la propagación de la enfermedad. Las medidas más eficaces son una buena higiene personal, pública y de los alimentos, y la educación de la población sobre la salud pública.
8. Lombrices, sobre todo intestinales	Hacinamiento. Saneamiento insuficiente.	Niveles mínimos de espacio vital, saneamiento adecuado (capítulos 6 y 10). Higiene personal adecuada. Utilización de calzado.
9. Sarna (enfermedad de la piel causada por ácaros)	Hacinamiento. Falta de higiene personal	Niveles mínimos de espacio vital, agua y jabón suficientes para lavar y lavarse (capítulos 6 y 9).
10. Xeroftalmia (ceguera infantil)	Carencia de vitamina A. (El sarampión y otras infecciones agudas aceleran el desarrollo de la xeroftalmia).	Dieta que contenga suficiente cantidad de vitamina A. Si no es posible, administrar alimentos enriquecidos con vitamina A. Si tampoco esto es posible proporcionar cápsulas de vitamina A. Vacunación contra el sarampión.
11. Anemia	Malaria, lombrices intestinales, escasa absorción o consumo insuficiente de hierro y de ácido fólico.	Prevención/tratamiento de la enfermedad causante. Corrección de la dieta, incluido el enriquecimiento de alimentos.

<u>Enfermedades</u>	<u>Causas principales</u>	<u>Medidas preventivas</u>
12. Tétanos	Heridas en personas no vacunadas. La práctica de la obstetricia en condiciones deficientes produce tétanos en los recién nacidos.	Primeros auxilios adecuados, vacunación de las mujeres embarazadas y ulterior vacunación general en el marco del Programa Ampliado de Vacunación. Formación de parteras y limpieza de las ligaduras, tijeras, navajas de afeitar, etc.

caso de que se produzca algún deterioro súbito en algún aspecto de los servicios colectivos, tales como la contaminación del abastecimiento de agua. En el cuadro 7-4 se enumeran las más corrientes de esas enfermedades. El cuadro ilustra también la influencia del medio ambiente sobre la enfermedad e indica qué mejoras en las condiciones de vida repercutirán directamente sobre la salud de los refugiados.

7.5 Atención sanitaria a los refugiados

- Las técnicas de diagnóstico y el tratamiento de las principales enfermedades agudas deben ser apropiadas y deben también simplificarse y normalizarse
- La mayoría de los problemas sanitarios no necesitan cuidados o tratamientos sofisticados y deben ser tratados en centros sanitarios y dispensarios dentro de la comunidad, y, en la medida de lo posible, por agentes sanitarios que pertenezcan a ella
- El personal sanitario deberá pasar una parte de su tiempo entre la comunidad, y no limitarse a esperar en los dispensarios a que los enfermos acudan a ellos.
- Las mujeres embarazadas y lactantes y los niños de corta edad son más vulnerables y conviene prestar una atención especial a sus necesidades.

1. La atención sanitaria a los refugiados debe abarcar tanto medidas preventivas como curativas. La necesidad de las medidas curativas, y el alcance de las mismas, variará en cada situación de emergencia y dependerá del éxito logrado por las medidas preventivas.

2. Especialmente cuando haya varias organizaciones que participen en la operación, debe tenerse especial cuidado en establecer una norma común de atención sanitaria adecuada y en distribuir equitativamente los servicios disponibles tanto entre los diferentes emplazamientos como dentro de cada uno de ellos. Como las opiniones sobre el tratamiento pueden ser diferentes, es esencial establecer a nivel central unos planes de tratamiento normalizados, que se comprendan claramente. Esto será también sumamente importante para el programa de formación y para evitar toda confusión entre el personal sanitario local y el que pertenezca a la comunidad de refugiados. De ahí la importancia de las directrices descritas en 7.2.18. Cuando escasee el personal cualificado y no sea posible establecer un diagnóstico confirmado, se aplicará el tratamiento normal que corresponda a los síntomas observados. A menos que el tratamiento se administre en el acto, deberán darse a cada paciente instrucciones claras, verbales y por escrito, sobre la dosis y la frecuencia de las tomas. Dichas instrucciones deben dársele al paciente en su propia lengua.

3. Todos los interesados deben ser conscientes de que un tratamiento inadecuado a las necesidades y las circunstancias de los refugiados, puede no sólo ser inútil y antieconómico, sino que puede también tener un importante efecto negativo sobre la actitud de los refugiados frente a la atención sanitaria y las medidas preventivas. Ejemplos de ello son el aumento de la creencia de que sólo las inyecciones, y no las pastillas, son eficaces; que la rehidratación por vía intravenosa es mejor que por vía oral o que la leche importada puede salvar mejor al niño desnutrido que la leche materna.

Selección

4. Se trata de la selección y clasificación de los enfermos y heridos a los que hay que prestar asistencia sanitaria a pesar de las abrumadoras necesidades y de la insuficiencia de recursos. La finalidad de esta medida es la de prestar asistencia sanitaria con carácter prioritario a aquellos que previsiblemente más van a beneficiarse de ella. Aunque se trata de un requisito probable después de un desastre natural grave o en tiempos de conflicto, la selección rara vez es necesaria en una situación de emergencia con refugiados. Si es necesario llevar a cabo esa selección, la clasificación suele hacerse de acuerdo con tres categorías: las personas que no pueden beneficiarse del tratamiento disponible en las condiciones de emergencia y que, por lo tanto, no son tratadas; las personas gravemente enfermas o heridas, que deben ser atendidas en primer lugar, y la de las personas que, después de recibir los primeros auxilios, pueden esperar, para recibir atención médica, hasta que hayan sido atendidas todas las personas pertenecientes a la segunda categoría. La selección deberá hacerla el trabajador sanitario más experimentado, pero el administrador tendrá quizá que inculcar al personal sanitario la importancia vital del sistema de selección.

5. En muchas situaciones de emergencia, entre el 75-90% de los pacientes sólo presentan pequeñas dolencias que, en la mayoría de los casos, se curarán espontáneamente.

Esos pacientes no deben ser tratados en absoluto durante la situación de emergencia si, como es probable, escasean los recursos. Las medidas de salud pública reducirán probablemente la frecuencia de estas pequeñas dolencias.

Prestación de la asistencia sanitaria

6. Los refugiados deben disponer con facilidad del tratamiento adecuado. Si los servicios sanitarios nacionales disponibles a nivel local no pueden ser reforzados de forma que satisfagan las necesidades existentes, será necesario adoptar otras medidas. A menos que los tratamientos se lleven a cabo al nivel oportuno, los hospitales o los grandes centros sanitarios se verán inundados por refugiados que buscan ser tratados por pequeñas dolencias. Así pues, será necesario disponer de un servicio sanitario basado en la comunidad y que descubra quiénes necesitan atención sanitaria y que velen porque dicha atención se les preste al nivel adecuado. Es esencial mantener una estrecha coordinación con otros servicios colectivos.

7. Así pues, el primer nivel es el de agente sanitario de la comunidad, responsable de una sección de refugiados y que trabaja entre ellos, realiza las visitas domiciliarias, descubre los casos y los sigue de cerca, y que es responsable de las medidas preventivas básicas que afectan a toda la comunidad, incluida la educación pública en materia de salud. El agente sanitario de la comunidad, que debe ser un refugiado con la formación adecuada, descubrirá los problemas sanitarios y de nutrición —y a menudo sociales— y, si no puede realizar él mismo un tratamiento sencillo, enviará a los pacientes al dispensario. Naturalmente, los refugiados se presentarán también directamente en el dispensario, pero es importante darse cuenta de que algunos de los más necesitados no acudirán al mismo y que las enfermedades de los que acuden pueden no reflejar los problemas más corrientes de la comunidad.

8. Como norma general, un dispensario puede bastar para unos 5.000 refugiados que

vivan en una situación de hacinamiento pero que, por otra parte, gocen de una salud razonablemente buena. El dispensario debe ser un edificio sencillo que disponga de locales para consulta y prácticas clínicas tales como vendajes e inyecciones, de una pequeña farmacia que pueda cerrarse con llave, de material sencillo y de equipo de esterilización (es posible que no se disponga de electricidad). El agua y el saneamiento son servicios esenciales en todas las instalaciones sanitarias.

9 En cada asentamiento de refugiados debe existir un centro sanitario como apoyo de los dispensarios. Los asentamientos realmente grandes pueden necesitar más de uno, mientras que para los asentamientos pequeños puede bastar un único dispensario-centro sanitario. El centro sanitario debe ser capaz de atender a todos los casos excepto los partos más complicados y las urgencias quirúrgicas. Deben disponer de más servicios que los dispensarios, incluido un laboratorio básico y unas pocas camas (aproximadamente una por cada 5.000 refugiados) para observación de los enfermos durante la noche.

10. El cuadro 7-2 de las páginas 84 y 85 indica qué personal sanitario se necesitará. La sección siguiente (7.6) trata del traslado de los casos, relativamente poco numerosos, que no pueden ser tratados en el centro sanitario.

La salud de la madre y el niño

11. En una comunidad normal, los niños, especialmente los menores de cinco años, y las mujeres embarazadas y lactantes, se consideran como especialmente vulnerables a la desnutrición, a las infecciones y a otros problemas de salud. En una situación de emergencia los riesgos aumentan considerablemente y los servicios sanitarios deben prestar especial atención y vigilar cuidadosamente a esas mujeres y niños. Esta atención debe completarse con un programa de alimentación suplementaria. El capítulo 8 proporciona más detalles sobre esto, así como información importante sobre la alimentación correcta de los niños.

12. Tan pronto como se creen las escuelas, se establecerán programas sanitarios especiales para los alumnos.

13. En cuanto lo permitan los recursos, se estudiará la posibilidad de crear un programa de cuidados odontológicos, así como la naturaleza de dicho programa. El fomento de la higiene bucal y el tratamiento dental preventivo es mucho más beneficioso que la atención odontológica individual. La utilización de métodos tradicionales sencillos, tales como los palos de mascar y los mondadientes, resulta más adecuada que la implantación de la pasta y los cepillos de dientes.

14. Los refugiados deben poder obtener información sobre la planificación familiar. Después de una información adecuada, se les proporcionarán métodos anticonceptivos temporales (que permitan espaciar entre sí los embarazos), asegurándose de que los refugiados comprendan que pueden decidir voluntaria y libremente sobre este asunto.

La educación sanitaria

15. En general, se admite más fácilmente la importancia de la educación sanitaria que el hecho de que resulta difícil persuadir precisamente a quienes más riesgos corren para que cambien hábitos muy arraigados, por muy necesario que pueda parecer ese cambio visto desde fuera. Al menos durante la fase de emergencia, los temas prioritarios deben ser los que están directamente relacionados con los problemas de salud pública, por ejemplo la eliminación de los excrementos humanos y de la basura. Muchos gobiernos y organizaciones elaboran materiales sencillos para educación sanitaria, que pueden ser útiles. Los maestros convenientemente formados y las personas mayores respetadas por la comunidad de refugiados serán probablemente más eficaces que el personal externo para explicar a su propio pueblo los principios y las prácticas sanitarias básicas.

7.6 El traslado de los enfermos

- El centro sanitario debe estar en condiciones de trasladar a los enfermos a los hospitales para su tratamiento.
- Este tratamiento debe realizarse, si es posible, en hospitales locales.
- Deben tomarse las medidas necesarias para disponer de un transporte adecuado hasta el hospital y desde el hospital.

1. Para asegurarse de que los pacientes que no pueden ser atendidos o tratados en el centro sanitario del emplazamiento, reciben la atención necesaria, será preciso contar con un sistema eficaz de traslado de los enfermos hasta un hospital o un centro de rehabilitación. Una vez que hayan empezado a funcionar los servicios sanitarios del asentamiento, no habrá muchos enfermos de ese tipo, a menos que haya un gran número de heridos. Deben tomarse las medidas necesarias para que solamente sean atendidos los enfermos específicamente trasladados desde los centros sanitarios, y para que los refugiados no se presenten por su cuenta directamente en el hospital.

2. Al menos durante la fase de emergencia, sólo deberá trasladarse a los enfermos cuya vida corra peligro.

3. Se procurará efectuar los traslados al hospital nacional más próximo, lo cual tiene ventajas evidentes, entre ellas la disponibilidad inmediata. Es esencial mantener una coordinación estrecha y directa con el médico jefe del distrito. Debe estudiarse la posibilidad de ampliar el o los hospitales existentes, instalando, por ejemplo, tiendas de campaña en el recinto de los mismos y aumentando el personal sanitario. Debe tenerse cuidado para no inundar de trabajo al hospital. El hospital deberá contar también con los servicios necesarios para hacer frente a las necesidades de los familiares de los enfermos y para permitir a los padres permanecer con sus hijos. Deberá proporcionarse al hospital todo el apoyo material y financiero que sea

necesario. Por ejemplo, si se envían Botiquines de Urgencia (véase 7.7), algunos de los medicamentos pueden ponerse a la disposición del hospital que atienda a los refugiados.

4. Siempre que sea posible, deberá evitarse el crear hospitales especiales para refugiados. Aunque dispongan de personal muy cualificado solamente proporcionan servicios curativos, rara vez pueden seguir funcionando adecuadamente cuando se les retira el apoyo exterior y, en cualquier caso, es poco probable que resulten adecuados para las necesidades a largo plazo. Una vez creados son extremadamente difíciles de cerrar. Por lo tanto, tales hospitales sólo deben ponerse en marcha cuando exista una necesidad manifiesta y permanente que no pueda ser satisfecha por los hospitales nacionales existentes ni aun cuando se aumente su capacidad. Cuando sea inevitable crear un hospital de este tipo deberá ser una estructura sencilla y apropiada que siga el estilo de construcción local, que cuente con el personal y el equipo necesario para responder a los tipos locales de enfermedad y a la demanda probable, más bien que a una necesidad teóricamente posible de tratamiento altamente especializado. La planificación de un hospital de este tipo deberá tener en cuenta, desde el principio, factores ambientales tales como el saneamiento, la eliminación de los desperdicios del hospital, la seguridad de los medicamentos y de los suministros, y la instalación de letrinas. El suelo del hospital debe ser sólido, lavable, y estar dotado de un buen sistema de desagüe.

5. El número de camas de hospital necesarias dependerá del estado de salud de los refugiados. A título únicamente indicativo, puede necesitarse una cama por cada 2.000 refugiados en las primeras fases de una situación de emergencia. También a título puramente indicativo, un hospital para refugiados con 50 camas puede necesitar dos médicos y seis enfermeras, más el personal auxiliar.

6. Es posible que se reciban ofertas de hospitales de campaña. Si bien es ésta una al-

ternativa que habrá que considerar en ciertas circunstancias, por ejemplo, cuando haya que realizar una gran ampliación del hospital local, instalando un hospital de campaña en el recinto del mismo, los hospitales de campaña pueden tener varias limitaciones, incluidos el tiempo necesario para instalarlos y su costo (especialmente en transporte), y es posible que resulten tecnológicamente inadecuados. A menudo no pueden ponerse en funcionamiento los aparatos supersensibles o que dependen de una fuente exterior de energía. Un hospital de campaña rara vez es un modo satisfactorio de responder a una necesidad permanente. Debe reconocerse también que, a causa del gran impacto que estos donativos producen en la opinión pública, los donantes fomentan la creación y utilización de este tipo de hospitales aun cuando resulten inadecuados.

7. Las situaciones de emergencia con refugiados no suelen caracterizarse por la presencia de un gran número de heridos. Sin embargo, cuando éste sea el caso, puede ser necesario disponer rápidamente de un equipo quirúrgico. En general, tal necesidad resultará evidente, y normalmente podrá disponerse rápidamente de esos equipos, por ejemplo a través del CICR.

8. Cualesquiera que sean las medidas adoptadas para el traslado de enfermos al hospital y para su tratamiento, habrá que disponer de los medios de transporte adecuados

7.7 Suministros médicos

Los medicamentos deberán limitarse a unos pocos artículos básicos normalizados.

Según el mismo principio, se han preparado unos botiquines especiales para las necesidades inmediatas, que deberán ser solicitados si los recursos locales son insuficientes.

Las vacunas requieren una manipulación muy cuidadosa. Si es posible, de-

ben conseguirse a nivel local y devolverse posteriormente.

Los artículos médicos no solicitados resultan a menudo inadecuados y deben ser sometidos a aprobación antes de ser expedidos.

1. Los mecanismos de abastecimiento de emergencia deberán hacer uso, en la medida de lo posible, de los recursos y los canales de distribución del país. Sin embargo, es posible que haya que tomar medidas especiales al principio. Una respuesta que no haya sido bien planeada puede dar lugar a largos e inadecuados pedidos, basados más en sus nombres comerciales que en sus nombres genéricos. La experiencia ha demostrado que lo que se necesita es una cantidad suficiente de unos pocos medicamentos básicos y un control estricto de las donaciones no solicitadas. La OMS y el ACNUR han elaborado unas listas normalizadas de medicamentos y material, para su uso en las situaciones de emergencia, que satisfacen estos requisitos. Las listas abarcan unos treinta medicamentos o preparados básicos para ser usados por los agentes sanitarios, unos treinta y cinco medicamentos o preparados para ser usados por los médicos y los agentes sanitarios más expertos, y un equipo médico básico. Todo ello constituye el contenido del Botiquín de Urgencia. Las listas deben ser rectificadas según convenga a la luz de las condiciones locales, utilizando únicamente los medicamentos incluidos en el último informe en vigor del Comité de Expertos de la OMS sobre la selección de medicamentos esenciales (véase la bibliografía de este mismo capítulo), y adaptándolos después a los suministros médicos normalizados para la atención sanitaria en una situación de emergencia.

2. Cuando los recursos locales no basten para satisfacer la demanda inicial de artículos médicos, el Botiquín de Urgencia puede obtenerse, ya preembalado, en un plazo mínimo. Un botiquín cubre, teóricamente, las necesidades de 10.000 refugiados durante tres meses. En la Segunda Parte se facilita el contenido detallado de dichos botiquines,

así como diversas cuestiones prácticas relacionadas con ellos. Esta información puede conseguirse también por separado a través del ACNUR o de la OMS (véase la bibliografía de este mismo capítulo). Tan pronto como el Representante, después de consultar a las autoridades sanitarias locales, a la OMS y al organismo colaborador ejecutivo, considere que esos botiquines pueden ser necesarios, deberá solicitarlos por cable, indicando detalles tales como el número de botiquines necesarios y el destino de los mismos. Cuando se considere el número de botiquines, deberá tenerse presente el hecho de que cada botiquín puede cubrir eficazmente las necesidades de 30.000 personas durante un mes o de 10.000 durante tres meses. También es digno de tenerse en cuenta el catálogo del UNIPAC que contiene ciertos botiquines especializados (por ejemplo para parteras)

3. Una vez cubiertas las necesidades materiales inmediatas, el organismo colaborador ejecutivo que sea responsable de los servicios de salud para los refugiados, deberá tomar las medidas adecuadas para conseguir un abastecimiento regular, y en cantidad apropiada de artículos médicos corrientes. En general, estos artículos pueden conseguirse —y es preferible adquirirlos— en el mercado local, pero, si es necesario, deberá considerarse la posibilidad de adquirir en el extranjero la mayor parte del material, si de ello puede derivarse un ahorro substancial. Debe tenerse en cuenta que la finalidad de los Botiquines de Urgencia es la de satisfacer únicamente las necesidades iniciales, (a la espera de que se adopten las medidas anteriores) y no para reponer los suministros ya gastados. Los procedimientos para realizar nuevos pedidos deben ser normalizados y centralizados. En una emergencia de gran magnitud esta tarea exigirá la plena dedicación de un farmacéutico. Los pedidos de compra para el extranjero deben realizarse a través de la Sede, o en coordinación con ella, quien a su vez, y para evitar toda posible duplicidad, se mantendrá en estrecha coordinación con la OMS, el UNICEF, el

CICR, la LSCR y otros posible proveedores o donantes.

4. Cuando sea necesario, deberán tomarse prestadas las vacunas disponibles en las reservas locales, y deberán ser repuestas posteriormente. El Representante o coordinador médico de la OMS informará sobre esto y también sobre las reservas de la OMS disponibles en la región (en Africa por ejemplo existen reservas en los depósitos de la OMS en Brazzaville, Dakar, Kinshasa, Nairobi y Niamey). Si resulta evidente que es necesario conseguir suministros urgentes del extranjero, debe informarse por cable a la Sede del ACNUR. Cualquiera que sea su procedencia, la mayoría de las vacunas deben conservarse refrigeradas y ser manipuladas con mucho cuidado para que no pierdan eficacia. Los eslabones del sistema de transporte, desde el fabricante hasta la vacunación individual, se conocen como la "cadena del frío". En la medida de lo posible, debe utilizarse la red de cadenas del frío de las autoridades sanitarias nacionales, pero es posible que dicha red no llegue hasta las proximidades del asentamiento de los refugiados, y sin cadena del frío el programa de vacunación fracasará. Las tarjetas indicadoras del período de validez y de la temperatura requerida, deberán pedirse y conservarse junto con las vacunas. En el Anexo 2 se proporciona más información sobre las vacunas

5. Los suministros médicos deberán estar sometidos a un estrecho control de seguridad para evitar abusos o robos.

6. Las donaciones de medicamentos no solicitados pueden resultar un problema en una situación de emergencia. Tanto la cantidad como la calidad de los mismos puede variar enormemente; las donaciones habituales consisten en pequeñas cantidades de medicamentos diversos, muestras gratuitas, medicinas caducadas, vacunas inadecuadas, y medicamentos en los que solamente consta el nombre comercial o éste viene en una lengua extranjera, Una de las funciones más im-

— La salud —

portantes del administrador sanitario puede consistir simplemente en decir "No". La política del ACNUR es que los suministros médicos sólo deben enviarse desde el extranjero en respuesta a una petición específica o

con autorización previa, de lo cual se informará convenientemente al Representante local de la OMS, a las misiones diplomáticas acreditadas en el país y a todos los demás organismos o personas interesados.

Bibliografía 1/

- | | | |
|---|--|--|
| Benenson A.S. (ed)
(1980) | <u>El control de las enfermedades transmisibles en el hombre</u>
Libro de referencia para una amplia variedad de enfermedades transmisibles y para la lucha contra las mismas. Se examinan las consecuencias de los desastres en cada una de ellas.
(Publicado también en inglés, francés y portugués) | Asociación Americana de Salud Pública
13.ª edición. |
| Cairncross S.
Feachem R.
(1983) | <u>Environmental Health Engineering in the Tropics: An Introductory Text</u>
Introducción a los principios y prácticas de salud en un medio ambiente tropical, contiene muchas ilustraciones. | Wiley, John |
| Centers for disease Control (1983)
1.ª Edición | <u>Assessment and Surveillance of Health Problems: Refugee Populations</u>
Escrito en principio para los epidemiólogos de los Centros para el Control de las Enfermedades, constituye una guía útil para el personal sanitario en general, para los especialistas en nutrición y los trabajadores de salud ambiental. | US Public Health Service |
| International Disaster Institute | <u>Disasters Volume 5 N.º 3</u>
<u>Medical Care in Refugee Camps</u>
Cubre una amplia variedad de temas de salud pública | IDI |
| King M & F
Martodipoero S.
(1981) | <u>Primary Child Care</u>
<u>Book One: A Manual for health workers</u>
Una guía completa sobre la atención sanitaria a los niños, en lenguaje sencillo y con numerosas ilustraciones.
<u>Book Two: A Guide for the Community Leader, Manager and Teacher</u> | Oxford University Press/OMS |
| OPS (OMS)
(1981) | <u>Administración sanitaria de emergencia con posterioridad a los desastres naturales</u>
Guía para los responsables de la adopción de decisiones y para los administradores principales, que contiene gran cantidad de material aplicable a las situaciones de emergencia con refugiados.
(Publicado también en inglés) | Publicación científica de la OPS
N.º 407 |

1/ Véanse también la bibliografía que figura al final de los capítulos 8, 9 y 10, de la que sólo algunos títulos se repiten aquí.

- La salud -

OPS (OMS) (1982) (Western K.A.)	<u>Vigilancia epidemiológica con posterioridad a los desastres naturales</u> También aplicable a situaciones de emergencia de refugiados. (Publicado también en inglés)	Publicación científica de la OPS N.º 420
OPS (OMS) (1982)	<u>Salud ambiental con posterioridad a los desastres naturales</u> Relacionado también con las situaciones de emergencia con refugiados, en particular con las medidas inmediatas, que hay que tomar en los asentamientos provisionales en los que es inevitable una elevada densidad de población. (Publicado también en inglés)	Publicación científica de la OPS N.º 430
OPS/OMS (1983)	Suministros médicos con posterioridad a los desastres naturales	Publicación científica de la OPS N.º 438
Simmonds S. Vaughan P. Gunn S W. (1983)	<u>Refugee Community Health Care</u> Guía completa para la planificación, administración y prestación de servicios sanitarios a los refugiados.	Oxford University Press
Simmonds S. Gabaudan M. (1982)	<u>Refugee Camp Health Care Selected Annotated References</u> Complemento del anterior.	Publicación N.º 14 de Ross Institute
Ministerio Somalí de Salud, Servicio de Salud de los Refugiados (1982)	<u>Guidelines for Health Care</u> Un buen ejemplo de directrices del tipo indicado en el punto 7.2.18.	Tercera edición, editada en forma de folleto por Ox- fam
Werner D. (1980)	<u>Donde no hay doctor</u> Un manual muy práctico de salud rural con numerosas ilustraciones. (Publicado también en inglés, jmer y portugués)	Macmillan
Naciones Unidas (1977)	<u>Guía para las operaciones de socorro con víveres y medidas de protección de la salud en casos de desastre.</u> (Publicado también en francés e inglés)	Grupo Asesor del Sistema de las Na- ciones Unidas so- bre proteínas y ca- lorías
de Ville de Goyet C. Seaman J Gejjer U. (1978)	<u>El manejo de las emergencias nutricionales en grandes poblaciones</u> Obra esencial. (Publicado también en francés e inglés)	OMS

– La salud –

OMS (1982)	<u>Prevención y tratamiento de la carencia de vitamina A y de la xeroftalmia</u> (Publicado también en árabe, francés e inglés)	Serie de Informes Técnicos de la OMS N.º 672
OMS (1982)	<u>The Emergency Health Kit</u> Listas de medicamentos y suministros básicos que muy probablemente se necesitarán en cualquier situación de emergencia con refugiados. Incluye las cantidades necesarias para 10.000 personas durante 3 meses, y los posibles tratamientos normalizados. (Elaborado en colaboración con el ACNUR)	OMS
OMS (1980)	<u>Manual para el tratamiento de la diarrea aguda</u> (Publicado también en francés e inglés)	OMS/CDD/SER. 80.2
OMS (1979)	<u>La selección de medicamentos esenciales</u> Segundo informe de un Comité de Expertos de la OMS Tercer informe previsto para 1983. (Publicado también en francés e inglés)	Serie de Informes Técnicos N.º 641
OMS (1981)	<u>Tratamiento de la malnutrición proteino-energética grave</u> (Publicado también en francés e inglés)	OMS

Ejemplo de informe mensual normalizado para el control sanitario de los refugiados 1/

Número de orden del informe

Centro de refugiados Mes Año

Nombre del responsable del informe

1. Número de refugiados

- (1) Número total (hasta final del mes anterior) +
- (2) Llegadas (meses en curso) +
- (3) Nacimientos (mes en curso) +
- (4) Defunciones (mes en curso) -
- (5) Salidas (mes en curso) -
- (6) Total (hasta final del mes en curso) =

2. Número de miembros del personal sanitario que trabaja directamente con los refugiados 2/

- (1) Médicos
- (2) Enfermeras
- (3) Comadronas
- (4) Higienistas
- (5) Especialistas en nutrición
- (6) Técnicos médicos
- (7) Agentes sanitarios comunitarios
- (8)
- (9)
- (10)

1/ Se hará un informe separado por cada centro importante de refugiados. Se adjuntará además una copia de los informes mensuales correspondientes establecidos por las autoridades sanitarias nacionales.

2/ Añádase otras categorías, si procede, por ejemplo trabajadores sanitarios tradicionales, dentistas, oftalmólogos, etc. Indíquese quiénes de ellos son refugiados.

3. Mortalidad

Posible causa/ categoría 3/	Edad					Total
	menos de 1 mes	1 - 11 meses	1 - 4 años	5 - 14 años	15 años o más	
Diarrea						
Sarampión						
Malaria						
Traumatismo/ accidente						
Neonatal						
Materna						
Total						

3/ Añédanse otras causas/categorías, si es necesario. El objetivo es catalogar las causas de muerte que pueden disminuir la eficacia de los programas de atención sanitaria.

6. Alimentación suplementaria

Categoría <u>5</u>	N.º de inscri- tos (hasta el final del mes anterior)	Admitidos (mes en curso)	Datos de alta (mes en curso)	Total hasta el final del mes en curso	Porcentaje de personas atendidas
Desnutridos (menos del 80% peso estatura)					
Otros niños pequeños (menos de 115 cm de estatura)					
Mujeres embarazadas					
Mujeres lactantes					
Enfermos trasladados					

5 Añádanse otras categorías de grupos vulnerables, según proceda.

7 Alimentación terapéutica

Categoría	N.º de inscripciones (al final del mes anterior)	Mes en curso			Total (final de mes)
		Admisiones	Traslados a PAS/hospital	Salidas sin dar de alta	
Marasmo (sin edema)					
Edema					
Otras					
Total					

8 Observaciones: (evaluación rápida de la situación general, función de las agencias, exámenes, problemas particulares, medidas terapéuticas adoptadas o previstas, calendario, visitas domiciliarias del personal sanitario durante el mes, etc.).

Vacunación y vacunas

Posible programa de vacunación

<u>Vacuna 1/</u>	<u>Edad</u>
BCG	Al nacer
DTT 1. ^a dosis Polio 1. ^a dosis	De los 2 a los 3 meses
DTT 2. ^a dosis Polio 2. ^a dosis	4 semanas como mínimo después de la primera dosis
DTT 3. ^a dosis Polio 3. ^a dosis	4 semanas como mínimo después de la segunda dosis
Sarampión <u>2/</u>	<u>Lo antes posible, después de los 9 meses</u>
DTT	Cuando el niño comience a ir a la escuela

Temperatura necesaria para la conservación de vacunas 3/

NIVEL TIEMPO MAX- IMO DE CON- SERVACION	DEPOSITO CEN- TRAL hasta 8 meses	DEPOSITO RE- GIONAL hasta 3 meses	CENTRO SANI- TARIO hasta 1 mes	TRANSPORTE hasta 1 semana
SARAMPION <u>4</u> POLIO POR VIA ORAL <u>4</u>	Congelación -15°C a -25°			
DTT <u>5</u> TOXOIDE TE- TANICO <u>5</u> BCG <u>4</u>	+4°C a +8°C como máximo			

1/ La BCG protege la tuberculosis; la DTT, contra la difteria, la tosferina y el tétanos, la DT, contra la difteria y el tétanos

2/ El vacunar a los niños contra el sarampión es una cuestión prioritaria en una situación de emergencia. La vacuna puede administrarse al mismo tiempo que la DTT y la vacuna contra la polio.

3/ El tiempo de conservación que se indica es el plazo máximo. No debe olvidarse verificar las fechas de expiración. Las tarjetas que indican la fecha límite y la temperatura deben guardarse con las vacunas. Las tarjetas pueden pedirse por separado si no se entregan con las vacunas.

4/ Los virus vivos de las vacunas son sensibles a la luz del sol. Debe evitarse la exposición directa a la misma.

5/ No congelar nunca las vacunas DTT o antitetánicas (ambas se congelan a temperaturas inferiores a -3°C).