

CAPÍTULO 12

GESTIÓN DE LOS SUMINISTROS HUMANITARIOS

Las clases y cantidades de suministros humanitarios, habitualmente, dependen de dos factores principales: 1) el tipo de desastre, ya que acontecimientos distintos producen efectos diferentes en la población y 2) el tipo y la cantidad de suministros disponibles a nivel nacional antes de que tenga lugar el desastre.

Inmediatamente después de un desastre, los suministros sanitarios más importantes son los necesarios para tratar a las víctimas y evitar la propagación de enfermedades transmisibles. Después de la fase inicial de emergencia, los suministros necesarios consisten en equipamientos de ingeniería sanitaria, alimentos, refugios y materiales de construcción.

La ayuda procedente del extranjero siempre llega con retraso. Las necesidades inmediatas han de ser cubiertas con recursos locales procedentes de la zona afectada y de las provincias o departamentos adyacentes a la zona afectada. La ayuda humanitaria que debe llegar de países vecinos o del extranjero debe limitarse estrictamente a los artículos destinados a cubrir necesidades especiales y que no pueden obtenerse localmente.

Los primeros envíos de ayuda humanitaria llegarán a los principales puntos de entrada en el país (aeropuertos, puertos o pasos fronterizos terrestres) de 24 a 72 horas después del acontecimiento, pero su desembalaje, clasificación, almacenamiento y distribución exigirá mucho más tiempo. La mayor parte de la ayuda llega cuando las necesidades sanitarias más urgentes fueron ya cubiertas con recursos locales.

El problema más importante de todos los países, salvo los menos desarrollados, no es la adquisición de grandes cantidades de suministros nuevos en caso de desastre, sino más bien el aprovechamiento de los recursos disponibles en el nivel local. La identificación, separación, clasificación, inventario, almacenamiento, transporte y distribución de los artículos, sobre todo de las donaciones no solicitadas, suponen otro importante desafío.

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

No deben olvidarse los siguientes principios relativos a los suministros de ayuda humanitaria:

- Es necesario identificar las fuentes de recursos de emergencia como parte del proceso de preparación para el desastre. Lo mejor es disponer de un inventario nacional de recursos que pueden ser utilizados en caso de desastre.

- Debido al elevado costo que supone para los países en desarrollo, no se recomienda establecer una reserva de suministros exclusivamente destinados a situaciones catastróficas. Estas reservas requieren unos sistemas de rotación muy eficientes y costosos.
- Cuando se produce un desastre, debe hacerse una evaluación rápida de los daños con el fin de identificar las necesidades y los recursos.
- Si es necesario recurrir a la ayuda externa, las peticiones deberán limitarse estrictamente a los recursos no disponibles en la zona afectada.
- Los encargados de la gestión en casos de desastres deben estar preparados para recibir grandes cantidades de donaciones no solicitadas procedentes de otras zonas del propio país, de los países vecinos y de la comunidad internacional. A menudo, la calidad y la utilidad de estas donaciones son dudosas.
- Cuando se solicitan ayudas, hay que tener en cuenta el tiempo necesario para su envío y distribución, por lo que deben destinarse a cubrir las necesidades que aún no quedan cubiertas en la fecha de su recepción.
- No deben enviarse suministros ni otras formas de ayuda sin antes comprobar que son realmente necesarios. Es esencial asignar prioridades a cada contenedor enviado.

LA CADENA LOGÍSTICA DE LOS SUMINISTROS

En la administración de los suministros humanitarios existen cuatro componentes principales:

- *Provisión de suministros.* Requiere determinar cuáles son los artículos necesarios, la forma de adquirirlos y su mejor utilización para cubrir las necesidades identificadas.
- *Transporte.* Supone hacer una evaluación adecuada de los medios de transporte realmente disponibles y de las alternativas que permitan el envío rápido y seguro de la ayuda.
- *Almacenamiento.* Un sistema de almacenamiento organizado permite mantener a salvo los suministros hasta que puedan ser enviados a su destino final. El sistema ayuda también a conocer las cantidades de suministros aún en reserva para cubrir las necesidades posteriores.
- *Distribución.* El objetivo final de la cadena consiste en llevar la ayuda a las personas afectadas por el desastre o a las organizaciones que se encargan de su distribución. Para evitar abusos, desperdicios o daños de los suministros, debe garantizarse una distribución equilibrada y controlada.

Estos componentes son complementarios y están interrelacionados. Para garantizar que no se producen interrupciones en la cadena logística, es necesario organizar una coordinación muy cuidadosa.

ADMINISTRACIÓN DE LOS SUMINISTROS

El objetivo más importante del sistema de gestión de la ayuda humanitaria consiste en reforzar la capacidad nacional, de forma que la administración de los sumi-

nistros sea eficaz, desde el momento en que los donantes ofrecen la ayuda hasta la llegada de esta y su distribución en la zona afectada por el desastre.

Como sucede en otros aspectos de la gestión de desastres, la administración de la ayuda humanitaria no puede dejarse a la improvisación. Es necesario disponer de un comité o de un funcionario permanente cuya misión sea:

- Establecer una política nacional en relación con las donaciones y la recepción de los suministros de emergencia.
- Favorecer la transparencia mediante la libre circulación de información entre las organizaciones, y
- Facilitar el entrenamiento intersectorial sobre la administración de la ayuda humanitaria.

Además del sector salud, las organizaciones más implicadas en este campo son las agencias de protección civil, las oficinas de aduanas, las sociedades de la Cruz Roja y otras organizaciones no gubernamentales capaces de movilizar la ayuda nacional e internacional.

El tratamiento de la información y la coordinación de las operaciones logísticas son responsabilidad de distintos sectores ajenos al sector salud. Este último debe centrarse en la administración de las ayudas médicas y de salud pública.

Los suministros humanitarios que llegan después de un desastre importante, tanto de origen natural como de carácter complejo, crean graves problemas logísticos y administrativos a las autoridades nacionales e internacionales. Esto es especialmente cierto cuando se trata de ayudas no solicitadas y de dudoso valor en cuanto a la cobertura de las necesidades reales.

El sistema de administración de los suministros debe estar orientado hacia la resolución de los siguientes problemas:

- El espacio y los medios de transporte son escasos o su disponibilidad no es inmediata;
- El tiempo es escaso y en una situación de emergencia, la distribución de los suministros ha de ser rápida y eficaz;
- Si los responsables locales son incapaces de absorber las ayudas de manera rápida y eficaz y al mismo tiempo emiten peticiones urgentes de ayuda, producirán una impresión negativa en los donantes y en los medios de comunicación;
- No existe seguimiento de los ofrecimientos hechos por los donantes;
- Una organización puede recibir un exceso de suministros mientras que otra no reciba ninguno;
- El personal de salud clave pierde un tiempo precioso clasificando medicamentos donados de utilidad limitada.

Sistemas de administración de suministros

La gran experiencia adquirida en operaciones de ayuda internacional demuestra el valor de un sistema homogéneo de administración de los suministros. Muchos de los gobiernos y organizaciones donantes y receptores implicados en la administración de suministros utilizan el sistema SUMA, creado por la Organización Panamericana de la Salud y adoptado por la Organización Mundial de la Salud como

patrón de referencia para la administración general de las ayudas de emergencia (véase el Anexo II).

Los aspectos principales de un sistema de gestión de suministros (por ejemplo, el sistema SUMA), son:

- Clasificación e identificación de los suministros de ayuda humanitaria;
- Identificación rápida y establecimiento de las prioridades para la distribución de los suministros que la población afectada por el desastre necesita con urgencia;
- Mantenimiento de un inventario y del control de la distribución en los almacenes;
- Incorporación de todas las ayudas recibidas a una base de datos. Las autoridades nacionales utilizan los informes generados a partir de esta base de datos para tomar las decisiones pertinentes;
- Registro de las remesas destinadas a los consignatarios;
- Mantener informados a los encargados de la gestión de desastres sobre los artículos disponibles para la distribución;
- Mantener informadas a las autoridades nacionales y a los donantes sobre los artículos recibidos.

Separación de los suministros según las prioridades

Algunos de los suministros donados permiten satisfacer necesidades urgentes, mientras que otros serán más útiles en fases posteriores, y aun otros no serán útiles en ningún momento. Esto obliga a clasificar los suministros según sus niveles de prioridad. Es necesario etiquetar claramente las remesas recibidas según su nivel de prioridad, lo que constituye un factor esencial para la gestión del almacenamiento, transporte y distribución de los artículos.

Clasificación de los suministros

En general, los suministros recibidos están mezclados: una remesa puede contener artículos que varían desde medicinas a materiales de construcción. Los suministros que permiten salvar vidas compiten por la atención con otros artículos menos importantes o no solicitados.

SUMA utiliza un sistema de clasificación de los suministros humanitarios según 10 categorías, divididas a su vez en subcategorías. Las 10 categorías son:

Medicinas;
Agua y salud ambiental;
Suministros y equipos sanitarios;
Alimentos;
Refugio/Material eléctrico/Construcción;
Logística/Administración;
Necesidades personales/Educación;
Recursos humanos;
Agricultura/Ganadería;
No clasificados.

Inventario de los suministros

Inmediatamente después de clasificar los suministros, se introduce en la base de datos la información pertinente sobre sus características técnicas, potencia, presentación, unidades de envasado, cantidad total, etc. Esta información, consolidada en una sola lista facilita tomar decisiones sobre la distribución de esos suministros. El inventario solo será útil si se mantiene actualizado. Los informes que reflejan con exactitud la disponibilidad de suministros facilitan mucho el proceso de toma de decisiones. Los mecanismos destinados a garantizar la producción exacta de estos informes son un componente esencial de todo sistema de administración de suministros.

Distribución y almacenamiento de los suministros

Una vez clasificados e inventariados los artículos en el punto de llegada, se envían a los consignatarios correspondientes, donde se registra su llegada o se envían a un servicio de almacenamiento preexistente o provisional. Toda la información sobre la distribución se remite al Centro de Operaciones de Emergencia.

Seguimiento de los ofrecimientos hechos por los donantes

Los países u organizaciones donantes pueden no efectuar envíos inmediatos al lugar del desastre pero, dependiendo de sus posibilidades, ofrecerán materiales o equipos específicos. Muchas de estas oportunidades se pierden por no disponer de un sistema para organizar la información correspondiente. Dicho sistema debe contener mecanismos fiables para establecer un seguimiento de las ofertas y de las donaciones recibidas.

Uso de las existencias locales

Otros factores a considerar antes de hacer peticiones de ayuda urgente son el retraso de la llegada y el elevado costo del transporte aéreo, además de los largos procedimientos aduaneros (a pesar de los acuerdos internacionales sobre el libre movimiento de la ayuda humanitaria).

Los gastos que origina el transporte aéreo suelen sustraerse de la cantidad total que el donante destina a un desastre determinado. Esta es otra razón para dirigir los esfuerzos a mejorar la disponibilidad y el acceso a los recursos ya existentes en el país antes de que el desastre tuviera lugar.

Todos los países disponen de unas existencias operativas normales de suministros sanitarios que se encuentran en almacenes pertenecientes a los servicios de salud nacionales y municipales, empresas farmacéuticas, servicios de salud privados, organizaciones no gubernamentales (por ej., la Cruz Roja, Médicos sin Fronteras, CARE, WorldVision) o a los sistemas de salud militares o de la policía. Estos suministros, disponibles dentro y fuera de la zona afectada, suelen bastar para cubrir las necesidades inmediatas básicas durante la fase de emergencia. Incluso aunque los almacenes sufran daños, algunas de sus existencias pueden recuperarse.

Durante el período de emergencia se producen situaciones localizadas de escasez debidas a tres factores principales: 1) la interrupción brusca de los canales nor-

males de suministro o de la disponibilidad de estos, 2) las dificultades para localizar, acceder, clasificar, inventariar, transportar y distribuir los suministros en la zona del desastre y 3) el elevado consumo de artículos, como placas de rayos X y productos químicos para el revelado, vendas de yeso y apósitos.

La movilización y el uso eficaz de los suministros disponibles obligan a la institución responsable del manejo nacional de los desastres a disponer de un inventario exacto de los recursos que pueden ser utilizados en caso de desastre. Este inventario debe contener información sobre la localización y las condiciones de las existencias. También debe incluir información sobre los acuerdos existentes para facilitar los procedimientos de obtención de esos bienes y sobre los mecanismos que permiten llevar los suministros allí donde se necesitan.

Fármacos caducados y productos de larga duración

A menudo, se ofrecen o donan medicamentos cuya fecha de caducidad está próxima o pasó ya. En algunos casos, las fechas de caducidad de los fármacos se establecen de forma muy conservadora y, si se conservaron en las condiciones adecuadas, los productos conservarán su seguridad y potencia durante mucho más tiempo. Cuando estos fármacos son especialmente útiles, las autoridades sanitarias deben decidir si es necesario solicitar una comprobación y recertificación por un laboratorio de referencia. Si se sigue este procedimiento, es posible que surjan reacciones negativas en el nivel nacional e internacional.

Es frecuente recibir ofrecimientos de sangre procedentes del extranjero aunque, en general, las necesidades de sangre suelen ser limitadas. Los donantes internacionales de sangre deben comprobar que existe una necesidad que no puede cubrirse con los recursos del país, que la sangre será manipulada adecuadamente y que es posible garantizar su seguridad. Es más útil solicitar o donar equipos de extracción de sangre o un suministro adecuado de hemoderivados y sustitutos de la sangre.

LISTA DE MEDICAMENTOS ESENCIALES

En 1977, un comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud llegó a la conclusión de que “para el uso óptimo de unos recursos económicos limitados, los fármacos disponibles deben limitarse a los llamados medicamentos esenciales, indicando que son los de mayor importancia, y que son básicos, indispensables y necesarios para cubrir las necesidades sanitarias de la población”.¹ Este enfoque, recomendado para situaciones que no son de emergencia, es esencial en la gestión sanitaria de las emergencias.

El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, la Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, el Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados, la OMS, Médicos sin Fronteras y otras organizaciones gubernamentales y no gubernamentales desarrollaron listas de medicamentos esen-

¹Organización Mundial de la Salud, *The Selection of Essential Drugs; First Report of the WHO Expert Committee* (Ginebra, WHO Technical Report Series No. 615, 1977, página 9). Desde 1977, la OMS actualiza esta lista de medicamentos esenciales cada dos años. La lista más reciente es: *Use of Essential Drugs: (Tenth Model List). Seventh Report of the WHO Expert Committee*, (Technical Report Series No. 882), Ginebra, 1997.

ciales para la asistencia en caso de desastre. También existen listas o “estuches” de medicamentos para situaciones específicas, entre ellas la salud mental, la cirugía, las enfermedades crónicas, la tuberculosis, el cólera, los traumatismos, etc. Dichas listas están diseñadas para cubrir las necesidades generales de 10.000 personas en condiciones específicas, con la premisa de que no se dispone de esos recursos en el nivel local. La lista de la OMS se caracteriza porque se adapta a la mayoría de las situaciones y porque proporciona un buen modelo para establecer listas de necesidades esenciales.² Estos estuches constituyen una buena fuente de información sobre los medicamentos y suministros necesarios para las poblaciones desplazadas. Aunque cada lista fue confeccionada para cubrir las necesidades y las funciones de ayuda de una organización en situaciones concretas, todas tienen características comunes, por lo que sirven como modelo adecuado para la mayoría de los escenarios.

Las autoridades sanitarias de cada país deben disponer de antemano de su propia lista de suministros médicos básicos para poder disponer de ellos inmediatamente después de un desastre a través de las existencias disponibles en el nivel local. Para lograr un reconocimiento y una credibilidad máximas, estas listas deben ser diseñadas mediante la colaboración entre diversas instituciones sanitarias, entre ellas el Ministerio de Sanidad, la Seguridad Social, los servicios de salud públicos y privados, las facultades de medicina, las sociedades de la Cruz Roja, las empresas farmacéuticas, etc.

SOLICITUD DE AYUDA INTERNACIONAL

Para lograr el máximo beneficio de la escasa ayuda internacional que llega a los países afectados por los desastres, deben seguirse las siguientes directrices:

1. Para canalizar las peticiones de ayuda internacional de urgencia debe designarse a un solo funcionario gubernamental, ya que, en caso contrario, se producirán duplicaciones, confusiones y escasez de algunos artículos. En muchos países de la Región de las Américas, los ministerios de asuntos exteriores disponen de una oficina central para situaciones de emergencia que interviene en todas las peticiones de ayuda internacional.
2. Debe pedirse a los posibles donantes que proporcionen grandes cantidades de pocos artículos, ya que esto simplifica y facilita su consecución y envío.
3. Las peticiones deben indicar claramente el orden de prioridad, las cantidades y las formulaciones (por ej., comprimidos o jarabe). Deben evitarse las peticiones vagas del tipo de “fármacos antidiarreicos”, “antibióticos” o “vacunas”. Las cantidades solicitadas deben ser proporcionales al tamaño de la población afectada y a las previsiones sobre la ocurrencia de traumatismos o enfermedades. Las peticiones que los donantes internacionales consideren desproporcionadas a la magnitud del desastre tendrán un efecto contraproducente.
4. Las peticiones deben limitarse a medicamentos de eficacia terapéutica demostrada y de costo razonable. Las situaciones de emergencia no justifican

²Organización Mundial de la Salud, *The New Emergency Health Kit: Lists of Drugs and Medical Supplies for 10,000 People for Approximately Three Months* (Ginebra, OMS/DAP/90.1, 1990).

peticiones de fármacos o instrumentos caros o complejos (sobre todo antibióticos) que el país no podía costear antes del desastre.

5. Salvo que se disponga de posibilidades de refrigeración y que puedan establecerse los mecanismos de manipulación adecuados en los aeropuertos, no deben solicitarse vacunas ni productos de larga duración.
6. Si se envía la misma lista a varios donantes, los suministros se duplicarán. Algunos productos pueden ser enviados por varios donantes mientras que otros faltarán por completo. La OPS/OMS puede ayudar al país a valorar sus necesidades de una manera más precisa e informar a los donantes de cuales son las ayudas más adecuadas. Los fallos de coordinación de las donaciones en el nivel nacional han provocado laboriosas consultas directas, con la consiguiente pérdida de tiempo, entre los gobiernos que deseaban ayudar, las organizaciones de ayuda, la Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA) y la OPS/OMS, con el fin de determinar cuáles debían ser sus respectivas líneas de actuación.

Algunos países y organizaciones donantes se muestran reacios a reemplazar las existencias locales de medicamentos que fueron destinadas a paliar la situación de emergencia, sino que lo que desean es cubrir directamente las necesidades creadas por la situación. Este problema será menor si se informa a los donantes de que el agotamiento de las existencias locales debido a la emergencia limitará la reanudación de los servicios médicos normales. Los donantes deben conocer también que, a menudo, sus remesas de suministros no podrán ser recibidas y distribuidas con la premura necesaria para resultar de utilidad en el tratamiento de las víctimas.

CAPÍTULO 13

ADMINISTRACIÓN DE LA AYUDA HUMANITARIA INTERNACIONAL

Todos los países deben tratar de satisfacer sus necesidades por sí mismos cuando ocurre un desastre. Sin embargo, sean cuales sean el tamaño y el grado de desarrollo de un país, hay situaciones en las que hay que recurrir a la ayuda internacional para obtener los recursos o conocimientos que no están disponibles localmente. Cuando ocurre un desastre, un gran número de organizaciones, asociaciones, grupos y gobiernos, con diferentes objetivos, experiencias y recursos, ofrecen ayuda humanitaria a los países afectados. Es por eso que en cualquier desastre importante podrían verse implicados cientos de estos donantes. Si la ayuda internacional se coordina de una forma adecuada, beneficiará a las víctimas del desastre; pero si no existe esta coordinación, el caos y la confusión resultantes provocarán un “segundo desastre”.

Los gobiernos deben estar preparados de antemano para asumir la responsabilidad de *coordinar* la ayuda humanitaria, ya que sería imposible improvisar esta importante tarea una vez ocurrido el desastre. El *control* o monopolio operativo por parte de instituciones civiles o militares ya no es posible, aceptable ni de interés para las víctimas. Es esencial designar un coordinador del sector salud para la gestión de desastres que actúe como enlace en la preparación para afrontar el desastre, y como coordinador de las actividades humanitarias de tipo sanitario inmediatamente después de ocurrido este. Como las actividades de preparación y respuesta están relacionadas y son mutuamente dependientes, es contraproducente disociarlas.

ORGANIZACIONES HUMANITARIAS

Las organizaciones que proporcionan ayuda humanitaria externa en caso de emergencia pertenecen a distintas categorías: gobiernos extranjeros, organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales (véase el Anexo IV).

Agencias gubernamentales

Los países de América Latina y el Caribe actúan con mayor frecuencia como proveedores de ayuda humanitaria que como receptores de esta. Cuando ocurre un desastre, se produce una demostración de solidaridad entre los países que comparten similares culturas y vulnerabilidad ante los peligros.

Cualquier país debe considerar como prioridad política convertirse en un donante eficaz, en lugar de contribuir a la confusión con iniciativas ilógicas desde un punto de vista técnico u operativo. En las Américas, los ministerios de salud han adoptado políticas regionales con este fin (véase el Anexo III). Los criterios básicos consisten en evitar donaciones no solicitadas (alimentos, ropa, etc.) y consultar tanto al ministerio de salud del país afectado como a la OPS/OMS.

Hay también muchos países desarrollados que ofrecen una ayuda generosa bilateral a otros que han sido asolados por los desastres. La mayoría de los países donantes disponen de departamentos especiales u oficinas de ayuda humanitaria. Entre los organismos bilaterales o multilaterales más importantes que actúan en las Américas se encuentran la Oficina de Asistencia al Exterior en Casos de Desastre, de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (OFDA/AID, que dirige un amplio programa de mitigación, preparación y respuesta a los desastres, la División de Ayuda Humanitaria Internacional de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (IHA/CIDA), el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID), y la Oficina de Asuntos Humanitarios de la Unión Europea (ECHO), cuyos presupuestos y programas son los más extensos de todo el mundo. El Japón y otros países europeos proporcionan tradicionalmente una generosa ayuda humanitaria bilateral a América Latina y el Caribe.

Organizaciones internacionales

Agencias de las Naciones Unidas

La Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA), es la responsable de alertar a la comunidad internacional y de coordinar la correspondiente respuesta humanitaria después de todo tipo de desastre. Además de su función, la OCHA puede proporcionar también el Equipo de Evaluación y Coordinación de Desastres de las Naciones Unidas (UNDAC) que ayude a hacer una evaluación general de las necesidades y de la coordinación en el nivel local durante la fase inicial de la ayuda. En las Américas existe un equipo regional de la UNDAC formado por personal cualificado y especialmente adiestrado procedente de los países miembros de la OPS. Este equipo coordina estrechamente sus actividades con el equipo de desastres de la OPS/OMS que se pone en funcionamiento inmediatamente después de ocurrido un desastre. En caso de terremotos importantes que afecten a zonas urbanas, la OCHA coordina asimismo la remisión de equipos de búsqueda y rescate procedentes de distintos países, con el fin de evitar las frecuentes duplicaciones y lagunas de las actividades de rescate. Por último, la OCHA coordina el ocasional despliegue multilateral de activos militares procedentes de los países cooperantes. El grupo encargado de la coordinación cívico-militar es la Unidad Militar y de Defensa Civil (MCDU) de la OCHA, que hace énfasis en el uso de los activos militares para operaciones lideradas por Naciones Unidas.

El mandato de OCHA se limita a la *respuesta humanitaria*. En el sistema de Naciones Unidas, la responsabilidad global de la *preparación y mitigación* fue asignada al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), como parte de la integración de la gestión de desastres en el proceso del desarrollo.

En el nivel nacional, el equipo de manejo para los desastres, de la ONU, está formado por representantes de todas las agencias del sistema de las Naciones Unidas que, en las Américas, incluye a la OPS/OMS. Este equipo está dirigido por el coordinador de las Naciones Unidas en el país, que suele ser el Representante residente del PNUD. En algunos países, el equipo está integrado por representantes de los gobiernos donantes y de las organizaciones no gubernamentales. El objetivo del equipo consiste en ofrecer un enfoque y la colaboración coordinada y multi-sectorial a las autoridades del país afectado.

En las Américas, la Organización Panamericana de la Salud es el punto central de los sistemas de las Naciones Unidas e interamericano para coordinar los aspectos sanitarios de las emergencias y de la ayuda humanitaria. Sin embargo, sus prioridades no consisten en sustituir a los recursos locales ni en proporcionar ayuda material exterior, sino en reforzar la capacidad de cada país mediante la preparación y el adiestramiento para que todos los países puedan responder por sí mismos a las emergencias sanitarias y a los desastres. En caso de desastre, la OPS/OMS proporciona cooperación técnica en lo que se refiere a la evaluación de las necesidades sanitarias, a la formulación de las prioridades de ayuda sanitaria externa y a la coordinación de la respuesta externa en cuanto a la ayuda médica y de salud pública. Aunque la OPS/OMS es un organismo de cooperación técnica, puede proporcionar directamente suministros humanitarios, administrar los proyectos e iniciativas de salud pública y ofrecer servicios operativos en el caso de que no haya otras agencias que estén en disposición de hacerlo. Entre los servicios técnicos habitualmente ofrecidos se encuentran la movilización de expertos para la administración de los suministros humanitarios (para una descripción de SUMA, el Sistema de Administración de Suministros Humanitarios, véanse el Capítulo 12 y el Anexo II).

Organizaciones regionales y subregionales de las Américas

Durante los años noventa, se establecieron varias organizaciones subregionales relacionadas con los desastres. La descentralización de la gestión de desastres de los niveles globales a los regionales está permitiendo llevarla a cabo desde lugares más cercanos a cada país. Con mucho, la cooperación entre países vecinos es preferible al enfoque internacional tradicional.

La Organización de Estados Americanos (OEA) es una organización regional que presta apoyo a sus países miembros en cuanto a la evaluación de su vulnerabilidad a los peligros naturales y a la mitigación de los efectos de los desastres. El FONDEM (Fondo de Emergencia) es un mecanismo establecido en el sistema interamericano para la coordinación de la respuesta humanitaria entre las misiones permanentes de la OEA, el Secretariado de la OEA, la OPS/OMS, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y otras organizaciones con sede central en Washington, D.C. El secretariado de la OEA ofrece también ayuda técnica para la evaluación del riesgo en la planificación del desarrollo y la formulación de proyectos, así como para la reducción de la vulnerabilidad a los peligros.

Después de la experiencia sobre huracanes acumulada en el Caribe durante los últimos decenios y la conclusión del Proyecto Pan Caribeño de Preparación y Prevención de los Desastres, en 1991, los gobiernos del área del Caribe reconocieron la necesidad de establecer un mecanismo regional permanente para coordinar las actividades de la gestión regional para los desastres. En 1991 se estableció la Agencia

Caribeña de Emergencia y Respuesta a los Desastres (CDERA) gracias al acuerdo entre los presidentes de gobierno de la Comunidad del Caribe. CDERA está formada por 16 países y tiene su sede central en Barbados. Su función principal consiste en coordinar la respuesta ante cualquier desastre que afecte a los estados miembros y trabajar con dichos países para fortalecer su capacidad para la gestión de desastres.

En América Central, el impulso para la integración entre los países dio lugar a la creación del Sistema para la Integración Centro Americana (SICA) en 1991. En su reunión de 1994, los presidentes de los países de América Central acordaron convertir el Centro de Coordinación para la Prevención de los Desastres Naturales en América Central (CEPREDENAC) en una organización oficial dentro del SICA, con sede en Panamá. El CEPREDENAC trabaja desde 1988 para aumentar la capacidad de las instituciones centroamericanas en la reducción de la vulnerabilidad frente a los desastres. Los gobiernos de los países miembros de América Central asumieron la tarea de promover la reducción de los desastres en la región mediante el intercambio de información, el desarrollo de enfoques comunes del análisis del problema y el diseño de estrategias regionales para reducir la vulnerabilidad a los desastres.

En los países andinos, la cooperación regional en cuanto a los aspectos de salud se formalizó en el Acuerdo Hipólito Unanue, firmado en 1971. Las estrategias encaminadas a reducir el efecto de los desastres en el sector salud son tema de las reuniones anuales de los ministros de salud de los países participantes.

Organizaciones no gubernamentales

En todo el mundo, varios miles de organizaciones no gubernamentales se dedican total o parcialmente a la ayuda humanitaria internacional, a los derechos humanos o a la salud, y proporcionan material, experiencia o, en algunos casos, dinero. En el marco internacional existen varias asociaciones de organizaciones no gubernamentales (véase el Anexo IV):

- El Consejo Internacional de Organizaciones Voluntarias (International Council of Voluntary Agencies, ICVA), con sede en Ginebra.
- InterAction, un consorcio de organizaciones no gubernamentales estadounidenses radicado en Washington, DC, que trata de establecer normas básicas y promocionar las mejores prácticas de ayuda humanitaria.
- El Comité Rector para Respuestas Humanitarias (The Steering Committee for Humanitarian Response), un grupo de trabajo antiguo e influyente radicado en Ginebra y formado por la Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, CARE International, Caritas Internationalis, los Servicios Católicos de Ayuda, la Lutheran World Relief, Médicos Sin Fronteras Internacional, OXFAM y el Consejo Mundial de Iglesias.
- Organizaciones de Voluntarios en Cooperación para Emergencias (Voluntary Organizations in Cooperation in Emergencies, VOICE), un consorcio de agencias europeas dedicadas a las emergencias y radicada en Bruselas; representa a las agencias europeas ante la ECHO.

Muchas de estas organizaciones se financian a partir de las contribuciones de la población general, aunque cada vez reciben más financiación gubernamental y, en consecuencia, dependen más de esta.

Los enfoques de las organizaciones no gubernamentales en relación con la ayuda humanitaria y las contribuciones sanitarias que pueden hacer son muy variables. Las más grandes y con mayor experiencia, y las que están ya comprometidas con el desarrollo de los países afectados, tienden a conocer mejor la naturaleza de los problemas, y solo dan ayuda después de un desastre una vez identificadas las necesidades. Entre las organizaciones con mayor experiencia se encuentran las sociedades nacionales de la Cruz Roja y la Federación Internacional de las Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, con sede en Ginebra, que son las más activas en la obtención de ayuda después de los desastres. Médicos Sin Fronteras también ha logrado una sólida reputación por su competente y eficaz respuesta en relación con la salud pública.

Las organizaciones sin compromiso previo con el país afectado suelen tener menos conocimiento de los problemas del país y, a veces, mantienen ideas equivocadas sobre las necesidades creadas por el desastre. De esta forma, pueden ocasionar mayor presión en el gobierno local, al exigir apoyo operativo (por ejemplo, transporte) que podría ser mejor aprovechado por otra organización.

Además, las “organizaciones ad hoc” (las establecidas de una manera formal o informal ante un desastre determinado por personas bienintencionadas pero inexpertas en la respuesta) pueden suponer una carga importante para los recursos operativos y la paciencia del gobierno del país afectado. Suelen ser la fuente principal de donaciones no solicitadas e inútiles que atascan la cadena logística.

Desde un punto de vista operativo, las organizaciones no gubernamentales suelen ser más flexibles y se considera que responden de forma más directa a las necesidades de las personas que las agencias, de mayor tamaño, de la ONU. Por esta y otras razones, los países donantes prefieren cada vez más canalizar su material de ayuda y su apoyo económico a través de sus organizaciones no gubernamentales nacionales que a través de las agencias multilaterales. Los servicios de salud de los países afectados por los desastres deben conocer esta tendencia y ajustarse a ella.

LAS FUERZAS ARMADAS

El ejército nacional y las fuerzas armadas extranjeras están destinados a desempeñar un papel creciente en la ayuda humanitaria en América Latina y el Caribe. Los ejércitos nacionales de los países afectados asumen, bien de forma directa o a través del sistema de defensa civil, una responsabilidad importante en las operaciones logísticas de socorro (transporte y comunicaciones). A menudo el ejército del aire permite llevar a cabo la inspección aérea. La misión del ejército es fundamental y debe tratarse y planificarse antes de que suceda el desastre. Estos recursos deben ayudar, pero sin desplazar a otras organizaciones humanitarias tradicionales. En concreto, en todos los aspectos relacionados con la salud debe ser el Ministerio de Salud el que conserve el mando y la autoridad técnica para establecer lo que hay que hacer y cómo y dónde hacerlo.

Después de un desastre importante, los países occidentales ofrecerán la ayuda de sus Fuerzas Armadas y es probable que esta ayuda sea aceptada. Aunque cada vez es más frecuente que estas fuerzas intenten establecer un diálogo con las principales organizaciones humanitarias, la diferencia cultural entre los ejércitos mayores y más organizados y las organizaciones civiles es importante y, tradicional-

mente, ha dado lugar a desavenencias y a misiones contraproducentes. Las estructuras cívico-militares establecidas para las operaciones de emergencia tienden a suplantar a la coordinación ya establecida y a los mecanismos de mando existentes en los países afectados por el desastre.

La mejor forma de mantener la autoridad sanitaria nacional y la función de coordinación de la OPS/OMS en caso de intervención externa es mediante el diálogo continuo y la participación en reuniones periódicas o en ejercicios organizados en el país. Ignorar el tema no contribuirá a mejorar la coordinación en el desastre siguiente.

OBTENCIÓN DE AYUDA INTERNACIONAL

La mayoría de las organizaciones más importantes (gobiernos donantes y organizaciones no gubernamentales) tienen oficinas locales a las que pueden dirigirse las solicitudes y peticiones de ayuda. Estas peticiones deben ser formuladas lo antes posible después del desastre y deben dirigirse a las organizaciones adecuadas. El grado en que una organización puede cubrir una petición concreta dependerá de sus recursos, de los canales de comunicación y de los obstáculos.

Recursos

Las organizaciones pueden ofrecer ayuda económica, donar suministros, proporcionar ayuda técnica o alimentos o hacer préstamos. Algunas se especializan en un solo campo, mientras que otras cubren aspectos más generales. Es esencial conocer la forma en que funciona cada organización con el fin de evitar peticiones de dinero a una que proporciona ayuda de otra clase, o solicitar suministros a una organización que se especializa en la cooperación técnica. Por ejemplo, la OPS/OMS, como organismo técnico especializado, proporciona ayuda experta y cooperación, pero no suministra dinero ni ayuda material. Las instituciones financieras (como el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco de Desarrollo del Caribe, la Corporación Andina de Fomento) consideran principalmente la concesión de préstamos o pequeñas ayudas para el desarrollo y la reconstrucción y, por norma, se mantienen al margen de la ayuda de emergencia de naturaleza humanitaria. El Banco Mundial estableció la Disaster Management Facility, una oficina destinada a proporcionar una respuesta más rápida y estratégica a las emergencias y facilitar la inclusión del análisis del riesgo y de los mecanismos de prevención de los desastres en todas las operaciones del propio Banco y en los proyectos de ayuda a los países.

Canales de comunicación

Como algunas organizaciones solo aceptan peticiones de ayuda procedentes de una fuente específica dentro del país afectado o solo distribuyen la ayuda a través de una organización o ministerio determinados en cada país, es importante mantener los canales de comunicación adecuados. Por ejemplo, la OPS/OMS acepta las peticiones de ayuda que hacen los ministerios de salud, mientras que la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja solo distribuye la ayuda a través de

sus miembros nacionales, las sociedades nacionales de la Cruz Roja. Sin embargo, a pesar de estos canales preferentes, el Ministerio de Salud, representado por el coordinador del sector salud para la gestión de desastres, debe seguir siendo la autoridad sanitaria suprema del país afectado y debe conocer y supervisar el tipo y la cantidad de ayuda sanitaria que llega al país.

La adopción del sistema SUMA facilita la misión de coordinación del Ministerio de Salud en lo relativo a la administración de las donaciones; este sistema consiste en una metodología normatizada que permite clasificar e inventariar los suministros humanitarios que se reciben (véase el Capítulo 12).

La descentralización de las decisiones desde las organizaciones donantes a las oficinas propias del país facilita la aprobación inmediata de las pequeñas ayudas económicas (generalmente menores de US\$ 50.000) pero, al mismo tiempo, complica el procesamiento de las solicitudes más importantes, que han de ser revisadas por un número creciente de niveles administrativos.

Obstáculos

Es frecuente que las organizaciones donantes operen dentro de los límites constitucionales o estatutarios impuestos a sus actividades. Para responder, algunas necesitan que el país afectado o su propio representante declare el estado de emergencia, o han de recibir una petición formal del gobierno. Una petición enviada a la OCHA se considera como una solicitud a todo el sistema de las Naciones Unidas. La mayoría de las organizaciones deben dar cuenta de sus programas y gastos a un cuerpo político supervisor o a la población de otros países, lo que hace que los proyectos con mayor visibilidad y carácter humanitario (por ejemplo, búsqueda y rescate) tengan mayores oportunidades de recibir fondos que los que se ocupan, por ejemplo, de las medidas encaminadas a establecer nuevos servicios de saneamiento.

Es posible que las organizaciones exijan pruebas concluyentes o de primera mano sobre las necesidades de ayuda antes de hacer frente a los gastos o iniciar las actividades para recaudar fondos, por lo que el ministerio de salud debe establecer las disposiciones necesarias para que los representantes de las organizaciones visiten los lugares afectados por el desastre. Los donantes disponen de una información cada vez mejor, procedente de sus expertos locales, las organizaciones no gubernamentales u otras fuentes, sobre la realidad de las necesidades, y es menos probable que acepten a ciegas la información oficial. Por ejemplo, resulta contraproducente culpar al desastre de los problemas de desarrollo de larga evolución y pedir fondos de emergencia humanitaria para solucionarlos. Lo más valioso de un país y de una organización internacional del tipo de la OPS/OMS, es su credibilidad técnica.

La presión pública interior puede incitar a algunos gobiernos y organizaciones extranjeras a proporcionar fondos o a comprometerse a dar apoyo a proyectos o áreas concretas en la fase inicial de la emergencia. Esto puede ocurrir de manera prematura y antes de que se haya iniciado siquiera la evaluación completa de las prioridades del sector salud. El envío real de los suministros o de los servicios puede demorarse de manera considerable. Por tanto, el sector salud debe preparar y remitir lo antes posible su conclusión preliminar acerca de los costos de las necesidades de ayuda humanitaria de urgencia a corto plazo, antes de que todos los donantes hayan comprometido sus fondos para emergencias. Estos cálculos de las

necesidades humanitarias inmediatas son distintos de los cálculos del desastre en el sector salud. Como es lógico, estas necesidades de ayuda humanitaria inmediata son mucho más modestas en cuanto a cantidad y deben quedar cubiertas en los primeros días. La presentación a la comunidad de donantes del costo total o global de los efectos ocurridos en el sector salud (necesidades inmediatas, costos de reconstrucción y consecuencias económicas indirectas) resulta confusa, ya que, por definición, los donantes humanitarios deben mantenerse al margen de las actividades de desarrollo o reconstrucción.

Un último obstáculo para algunas organizaciones es el tiempo, ya que su capacidad para responder de manera rápida a una petición de ayuda varía enormemente. La demora entre la identificación de las necesidades por el país afectado y la llegada real de la ayuda desde el exterior es inevitable y, a veces, considerable, lo que puede hacer que la ayuda se reciba cuando las necesidades ya hayan sido cubiertas. Por tanto, es necesario prever cuáles serán las necesidades de emergencia futuras para el momento en que llegue la ayuda: pedir *hoy* para las necesidades de emergencia de *mañana* (véase la Figura 13.1). Tradicionalmente, la OPS/OMS colabora con los países en esta tarea.

La naturaleza descentralizada de la toma de decisiones en los países donantes también contribuye a que el período de aprobación se prolongue. Debe llegarse a un acuerdo entre los representantes locales del país afectado y las sedes centrales antes de destinar fondo alguno. Para reducir los retrasos, deben utilizarse con mayor frecuencia el correo electrónico y otros medios de comunicación electrónica. El acceso y el uso de la Internet se está convirtiendo rápidamente en una necesidad antes y durante las situaciones de emergencia.

COORDINACIÓN DE LA AYUDA HUMANITARIA INTERNACIONAL

El país afectado debe establecer disposiciones administrativas claras para comunicar, coordinar y supervisar el trabajo de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Para ello, lo mejor es llevar a cabo reuniones periódicas con los representantes de todas las organizaciones bilaterales e internacionales más importantes. El coordinador de las Naciones Unidas y la OPS/OMS, en temas de salud, pueden ayudar a programar estas reuniones y, si se considera oportuno, ofrecer un lugar de reunión neutral. Además, las organizaciones donantes deben mantener una relación permanente con el Comité Nacional de Emergencias, lo que les permitirá presentar los problemas al Comité a medida en que estos aparezcan.

Como se dijo en el Capítulo 12, el gobierno debe establecer claramente que no recibirá suministros ni personal de salud de emergencia que no hayan sido solicitados específicamente (véase el Anexo III). Tan importante es informar a los donantes de lo que *no* se quiere o *no* se necesita como proporcionar las especificaciones concretas de las peticiones. Estos informes deben llegar a todos los posibles suministradores de ayuda y a los representantes diplomáticos y consulares de los países extranjeros. La adopción y actualización periódica de directrices y procedimientos para el personal diplomático extranjero evitará peticiones ineficaces que causarían un flujo de donaciones inadecuadas.

Sin embargo, incluso aunque el país haya establecido claramente lo que precisa y lo que no, la llegada de ayuda médica no solicitada, sobre todo en forma de

FIGURA 13.1. Etapas que pudieran demorar la llegada del material solicitado después del desastre.



donaciones de fármacos o de médicos u otro personal de salud voluntario, puede ser un problema persistente. Por un lado, los equipos procedentes de los países o regiones vecinas que se mantienen a sí mismos y comparten una cultura y un idioma comunes pueden proporcionar una ayuda de gran valor. Por otra, los voluntarios extranjeros que no están familiarizados con las condiciones locales, que no son miembros de organizaciones reconocidas o, en algunos casos, que poseen certificaciones académicas no confirmadas, resultan enormemente contraproducentes.

La forma más sencilla, aunque a veces poco práctica, de enfrentarse a este problema por parte del país afectado, consiste en negar la entrada a todo voluntario médico que llegue sin acreditación ni apoyo institucional. Como corolario, si se permite a los médicos y al personal de salud extranjero trabajar en el país afectado por un desastre, deberán adoptarse las medidas oportunas para omitir el registro colegial o los requisitos de licenciatura, y si es requerido en el país, habrá que proporcionar los seguros para proteger la práctica de la medicina.

Los acuerdos bilaterales de ayuda mutua entre países vecinos o dentro del marco de la integración política subregional ofrecen una oportunidad importante para la cooperación horizontal, que favorece la confianza en sí mismas de las naciones de América Latina y el Caribe. Sobre todo en los desastres que afectan a zonas fronterizas, los acuerdos formales y la planificación y los simulacros conjuntos son esenciales para eliminar muchos de los obstáculos habituales que se oponen a la respuesta rápida y eficaz.

En resumen, una de las claves de la coordinación de la respuesta internacional radica en compartir abiertamente la información. La transparencia es siempre la mejor política, tanto para los servicios de salud como para el país afectado. Los inconvenientes y hasta la desorganización o cierto grado de caos son inherentes a todas las situaciones catastróficas, incluso en los países más desarrollados. Todo intento de ocultar los defectos logrará tan solo estimular la curiosidad de los medios de comunicación internacionales y minará la confianza de la comunidad internacional en la valoración oficial de las necesidades. Los viejos modelos de información centralizada se están quedando obsoletos y son insostenibles en un entorno democrático. La información destinada a los donantes debe ser organizada por el sector salud, después de consultar a las autoridades de protección civil y de asuntos exteriores.

La política de información pública no debe limitarse a proporcionar “comunicados” oficiales, sino que hay que estimular a las organizaciones no gubernamentales y a otras organizaciones para que ofrezcan abiertamente sus observaciones posteriores al desastre, por ejemplo, mediante un grupo de discusión electrónica o una página en la Internet. Este intercambio no necesita una “validación” previa ni la acreditación de las autoridades.

CAPÍTULO 14

RESTABLECIMIENTO DE LOS PROGRAMAS

DE SALUD NORMALES

En las semanas siguientes al desastre, el patrón de las necesidades sanitarias cambia con enorme rapidez, desplazándose desde el tratamiento de las víctimas a una asistencia primaria más habitual. Es necesario reorganizar y reestructurar los servicios, pues con gran frecuencia las instalaciones permanentes resultan gravemente dañadas en lo que se refiere a sus infraestructuras y sistemas esenciales, mientras que las restricciones económicas impiden una reconstrucción rápida. Además, durante la fase de rehabilitación las prioridades se desvían desde la asistencia sanitaria hacia las medidas de salud medioambiental.

El coordinador del sector salud para la gestión de desastres habrá de tomar decisiones en tres campos importantes, ninguno de los cuales debe ser olvidado durante las operaciones de emergencia: la identificación y solución de los problemas a largo plazo causados por el desastre, la reanudación de los servicios de salud normales y la valoración, reparación y reconstrucción de los sistemas y edificios dañados.

EFFECTOS A LARGO PLAZO EN LA SALUD DEBIDOS A LOS DESASTRES

Ampliación de las necesidades de asistencia médica

Si el desastre provocó un gran número de víctimas, una pequeña proporción (probablemente menos de 1%) necesitarán cuidados de enfermería domiciliarios a largo plazo, asistencia institucional o rehabilitación especializada durante meses o años. Entre estas personas se encuentran los parapléjicos, los pacientes con lesiones cerebrales graves, los que sufrieron amputaciones y los que desarrollaron sepsis crónicas. En los países con escasa disponibilidad de servicios especializados en la asistencia y rehabilitación a largo plazo, esta situación puede suponer una sobrecarga para los servicios de salud.

La financiación de los programas de rehabilitación a largo plazo mediante recursos internacionales puede resultar difícil, ya que muchas organizaciones no disponen de fondos para este tipo de gastos. Es necesario obtener lo antes posible estadísticas preliminares sobre el número de pacientes previstos y hacer un cálculo de los costos para ponerlos a disposición tanto de los responsables de las políticas nacionales como de las organizaciones internacionales interesadas.

Vigilancia de las enfermedades transmisibles

A medida que pasen las semanas, es probable que la población se vaya despreocupando del riesgo de enfermedades epidémicas en la región afectada o de la reaparición de enfermedades como la tuberculosis o la malaria. La vigilancia de estos procesos sigue siendo importante y debe mantenerse hasta el total restablecimiento de los sistemas normales de notificación de enfermedades.

Asistencia a las poblaciones desplazadas

Un gran desastre, con una mortalidad elevada, puede dejar una población desplazada de magnitud importante, de la que forman parte personas que necesitan amplios tratamientos médicos así como niños que quedaron huérfanos. Si no es posible encontrar parientes que puedan acogerlos, estos huérfanos quedarán a cargo de las organizaciones sanitarias y sociales. Debe buscarse ayuda de las sociedades nacionales de la Cruz Roja que tienen una considerable experiencia en la identificación de los niños huérfanos.

Hay que esforzarse por reintegrar en la sociedad a los supervivientes del desastre lo antes posible, valiéndose para ello de programas institucionales coordinados por los ministerios de Salud, Educación y Trabajo, y la Seguridad Social, así como por las instituciones de bienestar familiar. Al establecer los fines de los proyectos de rehabilitación y reconstrucción que se presentan a las instituciones financieras, a los organismos internacionales y a las organizaciones no gubernamentales, deben incluirse las necesidades especiales de los que sobrevivieron al desastre.

RESTABLECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD NORMALES

En el período en que se restablecen los servicios de salud al nivel en que estaban antes de ocurrir el desastre, pueden aparecer dos problemas. En algunos casos, los recursos presupuestados para seis meses o un año se gastan en pocos días de operaciones de ayuda de emergencia, y en los desastres que atraen una ayuda internacional o de voluntarios masiva, la calidad de los servicios de urgencia o de asistencia pueden superar transitoriamente el nivel que el país puede costear en condiciones normales.

Al formular las peticiones de ayuda, el coordinador del sector salud para la gestión de desastres no debe olvidar prever las necesidades de rehabilitación, considerando las necesidades de la región afectada antes de que se produjera el desastre y las necesidades a corto plazo de la población afectada. En la mayoría de los casos, la ayuda externa no superará el 10% de las necesidades totales y la mayor parte de esas necesidades se satisfacen con medios locales. La aceptación de determinados tipos de ayuda, como equipamientos, medicamentos y personal voluntario también debe decidirse teniendo en cuenta las necesidades a largo plazo.

El período de rehabilitación proporciona una oportunidad excelente para llevar a cabo cambios importantes en la asistencia sanitaria, ya que durante esta fase los responsables de tomar las decisiones están abiertos a nuevas ideas. Por ejemplo, como resultado indirecto de las inundaciones sucedidas en la Región de las Américas, se reforzaron los servicios de laboratorios clínicos, la vigilancia epidemiológica,

la rehidratación oral de los pacientes con diarrea y los programas de salud maternoinfantil y de inmunización.

VALORACIÓN, REPARACIÓN Y RECONSTRUCCIÓN DE LAS INSTALACIONES DE SALUD Y LOS SERVICIOS DE URGENCIA AFECTADOS

Cuando se producen daños en los sistemas de abastecimiento de agua, de alcantarillado, en los hospitales o en otros servicios de salud, el sector de ingeniería debe hacer una revisión inmediata para determinar la magnitud de esos daños y el estado de funcionamiento de las instalaciones, que incluirá los costos previsibles de reparación o reconstrucción de los sistemas y servicios afectados. Al establecer las valoraciones de los daños, deben tomarse en consideración los peligros y riesgos, de forma que, al proceder a la reparación y reconstrucción, puedan aplicarse las medidas de mitigación adecuadas que eviten nuevos daños en desastres futuros.

Si para la reconstrucción se necesita ayuda internacional, los planos de los proyectos deberán ser lo más exactos y detallados posible, incluir los estudios de análisis de vulnerabilidad y enviarse cuanto antes, ya que de esta forma aumentarán las probabilidades de lograr los fondos solicitados.

ANEXO I

EJECUCIÓN DE UN PROGRAMA NACIONAL DE MITIGACIÓN DE DESASTRES PARA HOSPITALES

Los objetivos de esta estrategia consisten en garantizar el funcionamiento de los hospitales después de un desastre (como ejemplo, un terremoto), y trata de lo siguiente:

- Reducir la vulnerabilidad.
- Ejecutar el plan con un costo razonable.
- Garantizar la continuidad del servicio.

1. REUNIÓN DE UN EQUIPO DE EXPERTOS

Este equipo multidisciplinario debe contar con ingenieros (de estructuras, mecánicos, civiles y sanitarios), arquitectos, sismólogos, etc. El equipo es el responsable de considerar los siguientes aspectos:

- Estructura
- Elementos arquitectónicos
- Servicios de urgencia
- Equipamientos
- Organización
- Características de la zona que rodea al hospital (población, accesos, infraestructura de apoyo).

2. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

Análisis del sistema de salud general en términos de su desarrollo anterior y de su organización actual. El análisis debe incluir los servicios del sector público (el Ministerio de Salud, la Seguridad Social y los hospitales militares) y los hospitales privados. Debe detallarse la interacción entre los servicios y su nivel de complejidad.

3. CÁLCULO DE LOS PELIGROS

En el caso de peligro sísmico, hay que determinar las probabilidades generales y locales de que se produzca el terremoto, en términos de su intensidad máxima y

sus efectos específicos. Si se dispone de esta información acerca de la región, será posible calcular la aceleración y el desplazamiento previsible del suelo y establecer el diseño de los espectros.

Hay que tener en cuenta también la vida útil de un hospital (30 años es una cifra razonable, en lo que se refiere tanto a sus características estructurales como a las funcionales). Se definirá asimismo el grado de riesgo aceptable (teniendo en cuenta criterios técnicos, económicos, sociales y políticos).

4. ANÁLISIS PRELIMINAR DE LA VULNERABILIDAD

La primera fase del análisis consiste en establecer prioridades en relación con los hospitales a analizar y seleccionar la estrategia más adecuada. Es necesario realizar cursos de adiestramiento en diversos sectores para garantizar que el análisis se completará con rapidez.

La vulnerabilidad de un establecimiento se cuantifica en términos de sus elementos estructurales, no estructurales y organizativos o funcionales.

5. SELECCIÓN DE LOS EDIFICIOS A ANALIZAR

Se dará preferencia a las estructuras muy vulnerables de las zonas de alto riesgo.

6. EVALUACIÓN CUANTITATIVA DE LAS ESTRUCTURAS

Se trata de un análisis detallado, tras el que se recomiendan soluciones basadas en normas específicas.

- Revisión arquitectónica, estructural y de los diagramas de instalación.
- Comparación de los diagramas y estructuras para comprobar si la construcción siguió realmente el diseño original.
- Análisis de la calidad y las características de los materiales de construcción.
- Uso de modelos matemáticos, dependiendo de la clasificación de resistencia a los sismos.
- Cálculo de la relación costo-eficacia de retroadaptación.

7. ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES PARA LA INVERSIÓN EN PROYECTOS

El equipo establecerá las prioridades de inversión en proyectos según criterios organizativos, políticos, técnicos y económicos. Si los recursos no alcanzan para poner en práctica las medidas deseables en todos los hospitales, el trabajo podrá programarse por fases.

8. PRODUCCIÓN DE UN PLAN DETALLADO DE RETROADAPTACIÓN Y PROVISIÓN DE SU FINANCIAMIENTO

En esta fase se produce el plan de retroadaptación para un proyecto específico, teniendo en cuenta que el hospital debe seguir funcionando mientras se lleven a cabo los trabajos de construcción. Es preferible que el financiamiento proceda de fuentes nacionales.

9. EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE MITIGACIÓN

ANEXO II

SUMA—SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE SUMINISTROS HUMANITARIOS

La inundación de suministros de ayuda que se produce después de un desastre importante suele crear graves problemas logísticos y de gestión a las autoridades nacionales. Para solucionar estos problemas, la Organización Panamericana de la Salud, junto con otras organizaciones internacionales y los gobiernos implicados, inició en 1992 el Proyecto de Gestión de Suministros, conocido como SUMA.¹ El objetivo fundamental de este proyecto consiste en reforzar la capacidad nacional para administrar con eficacia los suministros de ayuda humanitaria, desde el momento en que el donante se compromete a enviar los suministros hasta la llegada de estos y su distribución en el lugar del desastre. Para este fin, han sido formados miles de funcionarios en más de 30 países de las Américas y otras regiones.

La mayoría de los países de la Región de las Américas establecieron ya puntos centrales del SUMA para coordinar el proyecto. Entre las instituciones que intervienen para este fin, están los ministerios de salud y otras organizaciones de salud, los organismos de defensa civil o emergencia nacional, los ministerios de asuntos exteriores, las oficinas de aduanas, las sociedades de la Cruz Roja, los bomberos y las organizaciones no gubernamentales dedicadas a la ayuda humanitaria.

En la fase inmediata a los desastres de gran magnitud, sobre todo en los países pequeños, quizá no sea posible contar con profesionales de salud capacitados en la clasificación de los suministros médicos que llegan. La OPS/OMS proporciona apoyo técnico y logístico, mediante la movilización de los equipos del SUMA que existen en los países vecinos.

¹La OPS posee los derechos de autor del programa para computadora SUMA, aunque lo distribuye gratuitamente en inglés, español y francés. Pueden solicitarse copias y manuales del programa SUMA al Programa de Preparativos y Coordinación del Socorro en Casos de Desastres, de la OPS/OMS, 525-23rd St., NW, Washington, DC 20037, Estados Unidos de América; Fax (202) 775-4578; correo electrónico (e-mail): disaster@paho.org, o a FUNDESUMA, Aptdo. 114. Plaza Mayor 1225, San José, Costa Rica, fax: (506) 257-2139, correo electrónico (e-mail): funsuma@sol.racsa.co.cr. También es posible descargar el programa y los manuales a la computadora a partir de la página de SUMA en la Internet (<http://www.disaster.info.desastres.net/SUMA/>), donde pueden consultarse los anuncios, la información sobre emergencias y temas afines. La información sobre cursos de capacitación en SUMA puede obtenerse en las direcciones anteriores y en las Representaciones de la OPS/OMS en los países.

Una de las características más importantes del SUMA es su flexibilidad. Puede usarse en diferentes situaciones de emergencia, tanto en respuesta a desastres naturales como en otras emergencias complejas. El desarrollo y la modificación de los programas informáticos se efectúa gracias a la retroalimentación constante procedente de los miembros de los equipos nacionales que los usaron en distintas situaciones catastróficas y en sesiones de adiestramiento.

¿CÓMO FUNCIONA SUMA?

Los miembros de los equipos del SUMA hacen un curso de tres días que les capacita para aplicar el programa en una situación de desastre. Los equipos clasifican y etiquetan los suministros y utilizan programas informáticos de uso sencillo para crear un inventario de los suministros y proporcionar informes sobre la disponibilidad y distribución de los artículos a los responsables de la gestión en casos de desastres.

El sistema está formado por tres módulos. El módulo del nivel central se establece en el Centro de Operaciones de Emergencia; el módulo de la unidad local consiste en una unidad de recogida de datos básicos que opera en los puntos a los que llegan los suministros durante una emergencia; por último, el módulo de administración de almacenes ayuda a los administradores de los depósitos a controlar las existencias y a distribuir las hacia los niveles periféricos. Otro módulo ayuda a la administración de las peticiones y de las ofertas de los donantes. El programa SUMA requiere un ordenador compatible con un IBM 386 (o superior), con 4 MB de RAM disponible y 10 MB de memoria disponible en el disco duro.

CLASIFICACIÓN Y ETIQUETADO DE LOS SUMINISTROS

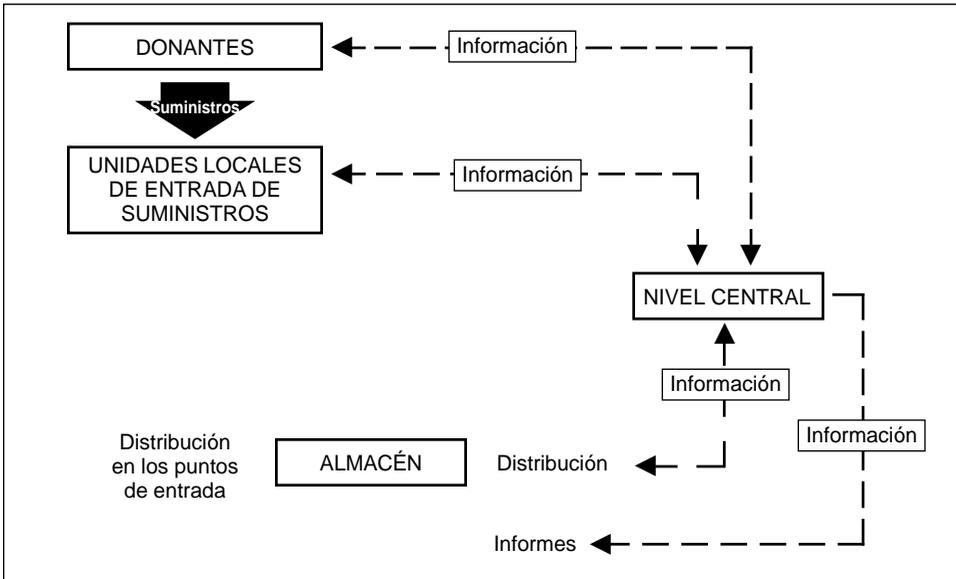
La información sobre los suministros se recoge en los distintos puntos de acceso al país afectado por el desastre (aeropuertos, puertos, pasos fronterizos). Los artículos se clasifican según categorías, subcategorías y características. Esta clasificación depende de las necesidades de las víctimas del desastre; primero se establecen distintos grados de prioridad y después se procede al etiquetado correspondiente. En cada paquete recibido se pone una etiqueta adhesiva impresa en inglés, español y francés, que refleja los tres grados de prioridad. Los artículos que se necesitan con urgencia o de prioridad 1, reciben una etiqueta roja marcada con la frase “Urgente. Distribución inmediata”. Los artículos de prioridad 2, útiles pero no necesarios de inmediato, reciben una etiqueta azul marcada con la frase “Distribución no urgente”. En los artículos de prioridad 3, que no son útiles o que requieren más tiempo y trabajo para separarlos y clasificarlos, se coloca una etiqueta negra marcada con la frase “Artículo no prioritario”. En las etiquetas existe un espacio en el que pueden escribirse el contenido del paquete, su peso y su destino.

Una vez clasificados los artículos, con sus características técnicas, potencia, presentación, unidades de envasado, cantidad total, etc., los datos se remiten en formato electrónico al nivel central (Centro de Operaciones de Emergencia). De esta forma, los coordinadores del sector salud para la gestión de desastres pueden generar fácilmente informes normatizados o adaptados, que les permiten supervisar los compromisos de los donantes e identificar las lagunas y las duplicaciones.

DISTRIBUCIÓN Y ALMACENAMIENTO DE LOS SUMINISTROS

Una vez clasificados e inventariados los artículos, se envían a sus consignatarios o a almacenes estables previamente establecidos o provisionales. Los equipos del SUMA trabajan en los centros de almacenamiento y distribución gestionando la información sobre la distribución de los artículos desde los lugares centrales a los periféricos. Toda la información relativa a la distribución se remite al Centro de Operaciones de Emergencia.

FIGURA II.1. Representación gráfica del SUMA.



ANEXO III

AYUDA HUMANITARIA INTERNACIONAL

PARA EL SECTOR SALUD

UNA POLÍTICA REGIONAL PARA LA AYUDA INTERNACIONAL

Después de los traumáticos desastres sufridos en México y Colombia en 1985, los delegados gubernamentales de alto nivel de los países de América Latina y el Caribe se reunieron en Costa Rica en 1986 con representantes de organizaciones internacionales, países donantes y organizaciones no gubernamentales. En esa reunión se examinaron las formas de lograr que la ayuda internacional en salud fuera más compatible con las necesidades de las comunidades afectadas. Las recomendaciones efectuadas en la reunión, que fueron aprobadas de forma unánime por los participantes, constituyen la base de la política regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en relación con la ayuda humanitaria internacional en salud. Los aspectos esenciales de esta política, a la que se adhieren todos los Gobiernos Miembros de la OPS, son los siguientes:

- La ayuda humanitaria internacional en salud solo debe enviarse después de consultar con los representantes nombrados por el ministerio de salud para coordinar dichas ayudas.
- Las autoridades nacionales de salud deben valorar rápidamente las necesidades de ayuda externa y alertar de inmediato a la comunidad internacional sobre los tipos concretos de ayuda que se necesita. Las prioridades deben quedar claramente establecidas, y distinguir entre las necesidades inmediatas y las destinadas a la rehabilitación y la reconstrucción.
- Las misiones diplomáticas y consulares deben comunicar a los países donantes las políticas definitivas sobre aceptación de suministros no solicitados o inadecuados.
- Para evitar duplicaciones de ayudas humanitarias en salud, debe hacerse un uso completo de la función de la OPS como punto central de referencia, con objeto de informar a los donantes de las contribuciones solicitadas y determinar las necesidades sanitarias genuinas.
- Los países deben dar una elevada prioridad a la preparación de su propio personal médico y sanitario, para que puedan responder a las necesidades urgentes de la población afectada. Los países y organizaciones donantes deben respaldar estas actividades de preparación para los desastres.
- Todos los países deben identificar su vulnerabilidad a los desastres y establecer medidas adecuadas para mitigar su efecto en las poblaciones más vulnerables.

CÓMO HACER EFICAZ LA AYUDA EN LOS DESASTRES

La ayuda humanitaria internacional, si se proporciona de manera efectiva, puede desempeñar un papel importante en el desarrollo de un país. A continuación se hacen algunas sugerencias a los donantes sobre la forma de evitar errores previos y hacer que la ayuda sanitaria internacional sea verdaderamente eficaz:

- **Tratar de no estereotipar el desastre.** Los efectos de los desastres en la salud de las poblaciones difieren según el tipo de desastre, la situación política y económica del país afectado y el grado de desarrollo de su infraestructura.
- **Es poco probable que sea necesario disponer de personal médico extranjero,** dada la capacidad de los países de América Latina y el Caribe para movilizar sus recursos de salud en respuesta a las necesidades inmediatas de las víctimas del desastre. En los ocurridos más recientemente, el personal sanitario local trató a las víctimas en las primeras 24 horas.
- **La necesidad de búsqueda y rescate, de primeros auxilios para salvar vidas y de otros procedimientos médicos inmediatos es de corta duración.** Es necesario tener un cuidado especial al considerar la ayuda internacional que resulta inútil una vez transcurrida la fase de emergencia aguda. Este tipo de ayuda consiste en personal, equipo de rescate especializado, hospitales móviles y artículos de larga duración.
- **Los donantes internacionales no deben competir entre ellos para cubrir las necesidades más evidentes del país afectado.** La calidad e idoneidad de la ayuda son más importantes que su volumen, valor monetario o velocidad con que llega.
- **La ayuda de emergencia debe complementar, no duplicar, los esfuerzos emprendidos por el país afectado.** Algunas duplicaciones resultan inevitables, ya que muchos países y organizaciones de todo el mundo se apresuran a cubrir las mismas necesidades, reales o presuntas. Sin embargo, cuando la ayuda puede utilizarse más tarde para los procesos de rehabilitación y reconstrucción, estas duplicaciones no tienen necesariamente consecuencias negativas.
- **No reaccionar exageradamente ante los informes de los medios de comunicación que piden ayuda internacional inmediata y urgente.** A pesar de las trágicas imágenes que puedan mostrar, conviene esperar hasta disponer de un cuadro completo y hasta que se reciban las peticiones formales de ayuda.

ANEXO IV

ORGANIZACIONES EXTERNAS QUE

PROPORCIONAN AYUDA HUMANITARIA EN SALUD

Todos los países son fuentes potenciales de ayuda humanitaria para cualquier otra nación golpeada por un desastre. Es probable que la fuente más importante de ayuda externa sea la ayuda bilateral, tanto en personal como en suministros o dinero. Varios organismos intergubernamentales o regionales disponen de fondos especiales, procedimientos y oficinas para proporcionar ayuda humanitaria.

En este anexo se recogen ejemplos seleccionados que ilustran la amplia variedad de organizaciones extranacionales que proporcionan ayuda sanitaria después de un desastre natural. Esta lista no pretende ser completa y no incluye todas las organizaciones con experiencia y dedicación que proporcionan una ayuda de gran valor. En las páginas de la Internet citadas puede encontrarse información adicional y relacionada con otras organizaciones humanitarias.

ORGANISMOS DE LAS NACIONES UNIDAS

Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA)

Las Naciones Unidas desempeñan un papel importante en la provisión de ayuda de respuesta a las grandes emergencias humanitarias, así como promoviendo la reducción de los desastres como parte de los planes de desarrollo de los distintos países. La Oficina de la ONU para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA), que sustituyó en 1998 al Departamento de Asuntos Humanitarios, coordina la respuesta del sistema de las Naciones Unidas a las emergencias humanitarias importantes, tanto naturales como provocadas por el hombre, y favorece las acciones destinadas a prevenir y a prepararse para los desastres. Las responsabilidades de la OCHA después de un desastre son, a petición del país afectado, valorar las necesidades, remitir a otros organismos las solicitudes de financiación de la ayuda humanitaria, organizar las reuniones de donantes y los dispositivos de seguimiento, supervisar el estado de las contribuciones hechas en respuesta a las solicitudes y enviar informes sobre los acontecimientos a medida que se suceden.

El representante residente del Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas en cada país informa a la OCHA y proporciona los medios para dirigir las peticiones de los gobiernos nacionales hacia la comunidad internacional. Además, en muchos países hay equipos para la gestión de desastres de las Naciones Unidas,

formados por los representantes de los organismos de las Naciones Unidas en el país. Estos equipos organizan la coordinación de las actividades de ayuda antes de que suceda el desastre.

Para poder responder rápidamente a las emergencias, la OCHA creó el Equipo de Evaluación y Coordinación de Desastres de las Naciones Unidas (UNDAC), que puede desplazarse de manera inmediata al país afectado para ayudar a las autoridades locales y nacionales a determinar las necesidades de ayuda y llevar a cabo la coordinación.

Oficina de Nueva York: OCHA United Nations, S-3600, New York, NY 10017, Estados Unidos de América

Oficina de Ginebra: OCHA United Nations, 8-14 ave. de la Paix, 1211 Ginebra 10, Suiza

Internet: http://www.reliefweb.int/ocha_ol/

Organización Mundial de la Salud (OMS)

La OMS es la responsable de coordinar la acción sanitaria internacional. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y otros organismos regionales de la OMS actúan como puntos de referencia para las autoridades sanitarias nacionales y para los donantes cuando se producen desastres en sus zonas respectivas.

La OMS puede proporcionar cooperación técnica destinada a evaluar las necesidades sanitarias, coordinar la ayuda sanitaria internacional, gestionar el inventario y distribución de los suministros de ayuda (véase el Anexo II), llevar a cabo la vigilancia epidemiológica y establecer medidas para el control de las enfermedades, evaluar la salud ambiental, administrar los servicios de salud, formular cálculos de costos para proyectos de ayuda y aportar suministros humanitarios. La OMS y sus organismos regionales pueden proporcionar una ayuda material limitada, procedente de la reprogramación de las actividades de desarrollo del país o de otras fuentes.

OMS: Avenue Appia 20, 1211 Ginebra 27, Suiza

Internet: <http://www.who.int/eha>

Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

Aunque los objetivos fundamentales del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) son la salud, la educación y el bienestar de los niños y las madres de los países en desarrollo, también dispone de mecanismos para cubrir sus necesidades inmediatas en caso de emergencia. UNICEF trabaja en íntima relación con otros organismos de las Naciones Unidas y con las organizaciones no gubernamentales; las intervenciones de emergencia se centran en el aporte de asistencia sanitaria, nutrición, agua y servicios de saneamiento, educación básica y rehabilitación psicosocial de los niños traumatizados. El UNICEF dispone de una reserva económica sustancial para casos de urgencia que le permite desviar fondos desde los programas regulares a las operaciones de emergencia en tanto se reciben los fondos aportados por los donantes.

UNICEF: 3 United Nations Plaza, New York, NY 10017, Estados Unidos de América

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

Programa Mundial de Alimentos (PMA)

El Programa Mundial de Alimentos (PMA) proporciona grandes cantidades de productos alimenticios como apoyo a los programas de desarrollo económico y social de los países en desarrollo. Además, dispone de recursos sustanciales con los que cubrir las necesidades alimentarias de urgencia, algunos de los cuales pueden proceder de los depósitos relacionados con proyectos ya existentes en el país afectado por el desastre. El PMA adquiere y envía los alimentos necesarios en las emergencias en nombre de los donantes y coopera estrechamente con la OMS en la supervisión de la nutrición en estas circunstancias.

World Food Program, Via Cesare Giulio Viola, 68, Parco dei Medici, Roma, 00148, Italia

Internet: <http://www.wfp.org>

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO)

La FAO proporciona cooperación técnica y estimula la inversión a largo plazo en el desarrollo agrícola. También trabaja en la prevención de la escasez de alimentos en caso de grandes pérdidas de cultivos o de desastres. A través del Sistema Mundial de Información y Alerta sobre la Agricultura y la Alimentación (SMIA), la FAO publica informes mensuales sobre la situación alimenticia del mundo. Identifica las alertas especiales de los países amenazados por la hambruna, comunicándolas a los gobiernos y organizaciones de ayuda. Tanto en las operaciones de ayuda como en las de rehabilitación a corto plazo se acude a especialistas de la FAO para que ayuden a los agricultores a restablecer su producción después de las inundaciones, epidemias del ganado y otras emergencias similares.

FAO: Viale dell Terme di Caracalla, 1-00100 Roma, Italia

Internet: <http://www.fao.org>

ORGANIZACIONES INTERGUBERNAMENTALES

Oficina de Asuntos Humanitarios de la Unión Europea (ECHO)

La Unión Europea estableció la ECHO en 1992, con objeto de supervisar y coordinar las operaciones humanitarias en los países no miembros. ECHO trabaja en colaboración con organizaciones no gubernamentales, organismos especializados de Naciones Unidas y organizaciones internacionales del tipo del Comité Internacional de la Cruz Roja. En sus primeros cinco años de existencia, ECHO distribuyó ayudas de emergencia y para reconstrucción en zonas de crisis en más de 60 países. ECHO contribuye con una parte importante a los presupuestos operativos de ayuda humanitaria de los organismos especializados de las Naciones Unidas y es el segundo donante por orden de importancia del Programa Mundial de Alimentos. Proporciona ayuda de emergencia, ayuda alimenticia y ayuda a los refugiados y personas desplazadas, además de invertir en proyectos destinados a la prevención de los desastres en regiones de alto riesgo.

ECHO, Rue Belliard 232, 10340, Bruselas, Bélgica

Internet: <http://europa.eu.int/comm/echo>

Organización de Estados Americanos (OEA)

La OEA es un organismo regional que presta apoyo a sus Estados Miembros, evaluando su grado de vulnerabilidad a los peligros naturales y mitigando los efectos de los desastres. Actúa mediante la ayuda técnica a la planificación del desarrollo, a la formulación de proyectos y a la instrucción. La OEA gestiona el Fondo Interamericano para Ayuda en Situaciones de Emergencia (FONDEM), administrado por representantes de la OEA, el Banco Interamericano de Desarrollo y la OPS. Sometido a la disponibilidad de los fondos aportados de manera voluntaria, el FONDEM proporciona alimentos, suministros médicos y otras ayudas a los Estados Miembros de la OEA afectados por los desastres.

Centro de Coordinación para la Prevención de los Desastres Naturales en América Central (CEPREDENAC)

El CEPREDENAC, una organización oficial que forma parte del Sistema de Integración Centroamericano (SICA), trabaja desde 1988 con instituciones nacionales científicas y operativas para acrecentar su capacidad en la reducción de la vulnerabilidad a los desastres. Su objetivo es promover el proceso de reducción de los desastres naturales en Centroamérica, a partir del intercambio de experiencias, tecnología e información, y del análisis de problemas estratégicos comunes y la canalización de la cooperación externa. En la fase posterior a los desastres CEPREDENAC proporciona ayuda técnica en los trabajos de evaluación y rehabilitación.

CEPREDENAC: Apto. Postal 3133, Balboa, Ancón, Panamá

Internet: <http://www.cepredenac.org>

Agencia Caribeña de Emergencia y Respuesta a los Desastres (CDERA)

La Agencia Caribeña de Emergencia y Respuesta a los Desastres (CDERA) es una organización regional intergubernamental de gestión de desastres establecida en 1991 por la Comunidad del Caribe. CDERA está formada por 16 estados y mantiene su sede central en Barbados. La función fundamental de CDERA consiste en coordinar la respuesta a cualquier desastre que afecte a los estados participantes. Los tipos de ayuda que proporciona o coordina CDERA son suministros, comunicaciones de emergencia, personal administrativo de emergencias y contribuciones económicas. CDERA también ayuda a los países a reforzar su capacidad para la reducción de los desastres.

Caribbean Disaster Emergency Response Agency, Tha Garrison, St. Michael, Barbados

Internet: <http://www.cdera.org>

ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

Adventist Development and Relief Agency

En 1983, el Seventh-day Adventist World Service se reorganizó con el nombre de Adventist Development and Relief Agency (ADRA). Activo en proyectos de desarrollo en 143 países, el ADRA proporciona también ayuda humanitaria en situaciones de desastre en forma de ayuda médica, refugios, suministros de emergencia y ayuda técnica.

ADRA Central Office, 12501 Old Columbia Pike, Silver Spring, MD 20904, Estados Unidos de América

Internet: <http://www.adra.org>

American Council for Voluntary International Action (InterAction)

La American Council for Voluntary International Action (InterAction) es una coalición de alrededor de 150 organizaciones sin ánimo de lucro y con sede en los Estados Unidos, dedicadas al desarrollo internacional, a la ayuda en caso de desastre y a la atención a los refugiados. InterAction lleva a cabo campañas de defensa en nombre de sus miembros, coordina y promueve la ayuda y las actividades de desarrollo y opera como centro de clasificación de la información.

InterAction, 1717 Massachusetts Ave. NW, Suite 801, Washington, DC 20036, Estados Unidos de América

Internet: <http://www.interaction.org>

CARE (Cooperative for Assistance and Relief Everywhere)

CARE International es una confederación de 10 naciones de América del Norte, Europa, Japón y Australia. Radicada en Bélgica, gestiona más de 340 proyectos de desarrollo y ayuda en 62 países de África, Asia, América Latina y Europa Oriental. CARE USA, que supervisa proyectos en América Latina, tiene su sede en Atlanta y proporciona ayuda de emergencia en forma de alimentos, herramientas ligeras y bienes similares a las comunidades afectadas por los desastres. Sus proyectos posteriores a los desastres incluyen la rehabilitación de los sistemas de abastecimiento de agua, la reconstrucción de edificios y la provisión de servicios básicos de saneamiento o de asistencia sanitaria.

CARE USA, 151 Ellis Street NE, Atlanta, GA 30303-2439, Estados Unidos de América

Internet: <http://www.care.org>

CARITAS Internationalis

CARITAS Internationalis es una confederación internacional de 146 organizaciones católicas de 194 países y territorios. Promueve, coordina y apoya la ayuda de emergencia y las actividades de rehabilitación a largo plazo.

CARITAS Internationalis, Palazzo San Calisto 16, I-00120 Citta del Vaticano, Vaticano

Internet: <http://www.caritasint.org>

Comité Internacional de la Cruz Roja (ICRC)

La ICRC es una organización humanitaria suiza, estrictamente neutral y privada, con sede en Ginebra. Actúa protegiendo y ayudando a las víctimas de los conflictos armados o los disturbios civiles. Si, por ejemplo, un desastre natural afecta a los refugiados de una guerra, el ICRC puede proporcionar ayuda en forma de bienes y servicios, sobre todo ayuda nutricional y médica.

ICRC, 19 Ave. de la Paix, 1202 Ginebra, Suiza

Internet: <http://www.icrc.org>

Consejo Mundial de Iglesias (WCC)

El Consejo está formado por más de 332 denominaciones protestantes y ortodoxas pertenecientes a 120 países y territorios de todo el mundo y tiene su sede central en Ginebra. A través de las iglesias miembro, proporciona ayuda humanitaria tras las desastres.

World Council of Churches, PO Box 2100, 1211 Ginebra 2, Suiza

Internet: <http://www.wcc-coe.org>

Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja (IFRC)

La IFRC es una organización humanitaria internacional, formada por representantes de 175 sociedades de países miembros, con un secretariado internacional con sede en Ginebra. Coordina la ayuda humanitaria internacional y actúa en los países afectados a través de la sociedad nacional correspondiente o, en caso de que esta sociedad local no exista, por medio de su personal propio. La IFRC obtiene donaciones en efectivo y artículos de emergencia concretos mediante solicitudes internacionales y los dona mediante la sociedad nacional correspondiente.

La ayuda proporcionada por la IFRC o las sociedades nacionales consiste en alimentos, refugios, agua y saneamientos, suministros médicos, telecomunicaciones, trabajo de voluntarios y, en algunos casos, hospitales locales autoabastecidos y equipos médicos. Su gran experiencia y flexibilidad y unos recursos considerables la convierten en la fuente no gubernamental de mayor utilidad para el apoyo y la cooperación con el sector salud.

IFRC, PO Box 372, CH1211 Ginebra 19, Suiza

Internet: <http://www.ifrc.org>

International Council of Voluntary Agencies (ICVA)

ICVA es una asociación internacional de organizaciones no gubernamentales y sin ánimo de lucro que actúan en los campos de la ayuda humanitaria y de la cooperación al desarrollo. Por sí misma no pone en práctica proyectos de ayuda o desarrollo, sino que proporciona una estructura de relaciones internacionales para la consulta y cooperación de las organizaciones de voluntarios.

ICVA, 48, chemin de Grand-Montfleury, 1290 Versoix, Suiza

Internet: <http://www.icva.ch>

Lutheran World Relief Federation (LWR)

LWR representa a iglesias luteranas de distintas denominaciones en los Estados Unidos. Puede proporcionar ayuda en especie después de un desastre así como préstamos a largo plazo para la reconstrucción.

Lutheran World Relief, 390 Park Avenue South, New York, NY 10016, Estados Unidos de América

Internet: <http://www.lwr.org>

Médicos Sin Fronteras (MSF)

En 1971, un grupo de médicos franceses estableció MSF, una organización de ayuda humanitaria que proporciona ayuda médica de emergencia a las poblaciones vulnerables de más de 80 países. En las naciones con estructuras sanitarias insuficientes o casi inexistentes, MSF colabora con las autoridades sanitarias nacionales en trabajos de rehabilitación de hospitales y farmacias, programas de vacunación y proyectos de abastecimiento de agua y saneamiento. Además de proporcionar equipos médicos, MSF transporta y distribuye ayudas de emergencia.

Médecins Sans Frontières International Office, 39, Rue de la Tourelle-1040, Bruselas, Bélgica

Internet: <http://www.msf.org>

Mennonite Central Committee (MCC)

MCC es la sección de ayuda y desarrollo de las iglesias North American Mennonite and Brethren in Christ. Fundado en 1920, el MCC está formado por más de 700 voluntarios en 50 países que colaboran con ayuda alimentaria, agrícola, sanitaria, educativa y servicios sociales. MCC proporciona personal voluntario para la limpieza, reparación y reconstrucción, así como suministros de emergencia en situaciones de desastre.

Mennonite Central Committee, PO Box 500, Akron, PA 17501-0500, Estados Unidos de América

Internet: <http://www.mennonitecc.ca>

Oxfam (Oxford Committee for Famine Relief)

Oxfam fue fundada en Inglaterra para enviar suministros a los refugiados en Europa durante la Segunda Guerra Mundial. En la actualidad, Oxfam International es una red de 11 organizaciones humanitarias con sede en Australia, Bélgica, Canadá, Hong Kong, Irlanda, Países Bajos, Nueva Zelandia, Quebec, España, Gran Bretaña y los Estados Unidos. Su acción se centra en los diversos aspectos de la pobreza, proporcionando ayuda económica, técnica y de creación de redes a grupos de base que ponen en marcha proyectos de desarrollo comunitarios. Durante los desastres, Oxfam proporciona fondos y apoyo técnico para una ayuda inmediata y a largo plazo. Posee una experiencia considerable en la gestión de campamentos de refugiados, ayuda nutricional y proyectos de alojamiento.

Oxfam America, 26 West Street, Boston, MA 02111, Estados Unidos de América

Internet: <http://www.oxfamamerica.org>

Oxfam U.K., 274 Banbury Rd. Oxford, OX2 70Z, Reino Unido

Internet: <http://www.oxfam.org.uk>

Salvation Army

Fundado en Londres en 1865, el Salvation Army (Ejército de Salvación) trabaja en más de 100 países proporcionando ayuda social, médica, educativa y otros ser-

vicios comunitarios. En situaciones de desastres, los afiliados nacionales prestan su ayuda en forma de asistencia sanitaria y suministros de emergencia. También dispone de una red de radios de emergencia para ayudar al rastreo de las familias mediante una red de radioaficionados.

Salvation Army International Headquarters, 101 Queen Victoria Street, Londres EC4P, Reino Unido

Internet: <http://www.salvationarmy.org>

Save the Children Fund/Federation

Save the Children Fund (en Gran Bretaña) y la Federación (en Estados Unidos) trabajan en más de 65 países. Intervienen en proyectos de desarrollo a largo plazo y en situaciones catastróficas pueden proporcionar alimentos, agua, refugio y otros suministros esenciales, así como ayuda a la rehabilitación y reconstrucción de los servicios.

Save the Children (U.S.), 54 Wilton Road, Westport, CT 06880, Estados Unidos de América

Internet: <http://www.savethechildren.org>

Save the Children (U.K.), 17 Grove lane, Londres, SE5 8RD, Reino Unido

Internet: <http://www.scfuk.org.uk>

Servicios Católicos de Socorro

CRS, con sede en los Estados Unidos, responde rápidamente a las emergencias proporcionando alimentos, ropa, suministros médicos y refugios. Coordina sus ayudas con la organización nacional de Caritas y el clero católico local. CRS utiliza profesionales de salud como asesores de salud pública y nutrición que trabajan en íntima relación con las autoridades sanitarias nacionales.

Catholic Relief Services World Headquarters, 209 W. Fayette St., Baltimore, MD 21201-3443, Estados Unidos de América

Internet: <http://www.catholicrelief.org>

Voluntary Organizations in Cooperation in Emergencies (VOICE)

VOICE es una red de organizaciones no gubernamentales europeas que trabajan en la ayuda de emergencia, la rehabilitación, la preparación para los desastres y la prevención de conflictos. Creada en 1992, VOICE posee actualmente más de 65 miembros. El propósito fundamental de VOICE consiste en reforzar los vínculos entre las organizaciones no gubernamentales y facilitar su contacto con la Unión Europea, especialmente con ECHO.

VOICE, 10 Square Abiorix, B-10000 Bruselas, Bélgica

Internet: <http://www.oneworld.org/voice>

BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA Y FUENTES DE INFORMACIÓN EN LÍNEA

EFFECTOS GENERALES DE LOS DESASTRES SOBRE LA SALUD

- Alexander D. The health effects of earthquakes in the mid-1990s. *Disasters* 1996;20 (3):231–247.
- Armenian HK, et al. Deaths and injuries due to the earthquake in Armenia: a cohort approach. *International Journal of Epidemiology* 1997;26(4):806–813.
- Basikila P, et al. Public health impact of Rwandan refugee crisis: what happened in Goma, Zaire, in July 1994? *Lancet* 1995;345(February 11):339–344.
- Céspedes R, Javis D, Baxter P, Prado H. Estudio de síntomas respiratorios en escolares de las zonas aledañas al volcán Poas. Informe preparado por el Ministerio de Salud de Costa Rica y la Universidad de Cambridge; 1994.
- De Ville de Goyet C, et al. El terremoto en Guatemala: evaluación epidemiológica de las operaciones de socorro. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 1976; 81(3):199–215.
- Glass RI, et al. Earthquake injuries related to housing in a Guatemalan village. *Science* 1977;1:638–643.
- Howard MJ. Infectious disease emergencies in disasters. *Emergency Medicine Clinics of North America* 1977;21(1):39–56.
- Kaneda M. Injury distributions produced by natural disasters. *Asian Med J* 1994;37(10): 557–563.
- Mason J, Cavalie P. Malaria epidemic in Haiti following a hurricane. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 1965;4(4):1–10.
- Noji EK. Analysis of medical needs during disasters caused by tropical cyclones: anticipated injury patterns. *Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 1993;96:1–7.
- Noji EK. *The public health consequences of disasters*. New York: Oxford University Press; 1997.
- Organización Panamericana de la Salud. El impacto del huracán Mitch en Centroamérica. *Boletín Epidemiológico de la OPS* 1999;19(4).
- Organización Panamericana de la Salud. Repercusiones sanitarias del fenómeno El Niño. *Boletín Epidemiológico* 1998;19 (2):9–13.
- Organización Panamericana de la Salud, Programa de Preparativos y Coordinación del Socorro en Casos de Desastres. *Hacia un mundo más seguro frente a los desastres naturales: la trayectoria de América Latina y el Caribe*. Washington, DC: OPS; 1994.
- Organización Panamericana de la Salud, Programa de Preparativos y Coordinación del Socorro en Casos de Desastres. *Terremoto en México*. Washington, DC: OPS; 1985. (Crónica de Desastres No. 3).

- Romero A, et al. Some epidemiologic features of disasters in Guatemala. *Disasters* 1978; 2:39-46.
- Rubin CH, et al. Evaluating a fluorosis hazard after a volcanic eruption (Mount Hudson, Chile). *Archives of Environmental Health* 1994;49(5):395-401.
- Sarmiento JP. El Niño Southern oscillation and communicable disease in the Americas. Washington, DC: Pan American Health Organization, Emergency Preparedness and Disaster Relief Coordination Program. En prensa.
- Staes C, et al. Deaths due to flash floods in Puerto Rico, January 1992: implications for prevention. *International Journal of Epidemiology* 1994; 23(5):968-975.

ORGANIZACIÓN DEL SECTOR SALUD PARA LA GESTIÓN DE LOS DESASTRES

- Céspedes RR. Programa reducción de desastres. Informe preparado por el Ministerio de Salud de Costa Rica, julio de 1996. (Disponible en el Centro Regional de Información sobre Desastres, I.D. No. CR3.1/DES.8316).
- Dyer H, Sweeney V, Poncelet JL. Health and the environment. Informe preparado por la Coordinación de Programas del Caribe, Barbados. (Disponible en el Centro Regional de Información sobre Desastres, I.D. No. CR3.1/DES.9597).
- García GV. Preparación del sector salud para caso de sismo. Informe preparado por el Ministerio de Salud de Cuba, 1995. (Disponible en el Centro Regional de Información sobre Desastres, I.D. No. CR3.1/DES.6734).
- Heath SE, et al. Integration of veterinarians into the official response to disasters. *Journal of the American Veterinary Medical Association* 1997;210(February 1).
- Meyer MU, et al. Health professional's role in disaster planning. *American Association of Occupational Health Nurses Journal* 1995;43(5):251-262.
- Noji E, Toole M. The historical development of public health responses to disasters. *Disasters* 1997;21(4):369-379.
- Poncelet JP. Overall disaster management in the Caribbean from a health perspective, 1996. (Disponible en el Centro Regional de Información sobre Desastres, I.D. No. CR3.1/DES.8994).
- Poncelet JL, de Ville de Goyet C. Disaster preparedness: institutional capacity building in the Americas. *World Health Statistical Quarterly* 1996;49(1):195-196.
- Prado E, Orochena J, Rodríguez C, Casco L. Comité de desastres. Informe preparado por el Ministerio de Salud de Nicaragua, septiembre de 1993. (Disponible en el Centro Regional de Información sobre Desastres, I.D. No. CR3.1/DES.7506).

PREPARACIÓN EN CASOS DE DESASTRES

- Céspedes R, Prado H. Preparación de la comunidad para casos de desastre. Informe preparado por el Ministerio de Salud de Costa Rica, 1994.
- Churchill RE. Effective media relations. En: Noji EK, ed. *The public health consequences of disasters*. New York: Oxford University Press; 1997.
- Cohen RE, Ahearn FL. *Handbook for mental health care of disaster victims*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1980.
- Economic Commission for Latin America and the Caribbean. *Manual for estimating the socioeconomic effects of natural disasters*. Santiago: ECLAC; 1994.

- Lewis CP, Aghababian R. Disaster planning, part I. Overview of hospital and emergency department planning for internal and external disasters. *Disaster Medicine* 1996;14(2): 439–452.
- Organización Panamericana de la Salud, Programa de Preparativos y Coordinación del Socorro en Casos de Desastres. *Manual para simulacros hospitalarios*. Washington, DC: OPS; 1995.
- Organización Panamericana de la Salud, Programa de Preparativos y Coordinación del Socorro en Casos de Desastres. *Guías de evaluación de los preparativos para desastres en el sector salud*. Washington, DC: OPS; 1995.
- Organización Panamericana de la Salud. *Organización de los servicios de salud para situaciones de desastre*. Washington, DC: OPS; 1983. (Publicación Científica No. 443).
- Reed MK. Disaster preparedness pays off. *Journal of Nursing Administration* 1998; 28(6):25–31.
- Russells LA. Preparedness and hazard mitigation actions before and after two earthquakes. *Environment and Behavior* 1995; 27(6):744–770.
- Savage PE. *Disasters and hospital planning: a manual for doctors, nurses and administrators*. Oxford: Pergamon Press; 1979.
- Savage PEA. *Disasters—hospital planning*. Oxford: Pergamon Press Ltd.; 1973.
- United Nations Development Programme, United Nations Disaster Relief Organization. *Disasters and development: Trainer's guide for the UNDP/UNDRO disaster management training program*. Madison: University of Wisconsin, Disaster Management Center; 1991. (Módulo preparado por R.S. Stephenson).
- World Health Organization. Emergency preparedness and response. En: *Introduction to rapid health assessment*. Geneva: WHO; 1990.

MITIGACIÓN DE LOS DESASTRES EN EL SECTOR SALUD

- Applied Technology Council. *A model methodology for assessment of seismic vulnerability and impact of disruption of water supply systems (ATC-25-1)*. Redwood City, California: Applied Technology Council; 1992.
- Applied Technology Council. *Earthquake damage evaluation data for California (ATC-13)*. Redwood City, California: Applied Technology Council; 1985.
- Arnold C, et al. *Seismic considerations for health care facilities*. Washington, DC: FEMA; 1987. (FEMA Report No. 150, EHRS 35).
- Arnold C, Reitherman R. *Building configuration and seismic design*. New York: John Wiley & Sons; 1982.
- Carby BE, Ahmad R. Vulnerability of roads and water systems to hydro-geological hazards in Jamaica. *Built Environment* 21(2/3):145–153.
- Cruz MF, Acuña R. *Diseño sismo-resistente del hospital de Alajuela-un enfoque integrador*. (Disponible en el Centro Regional de Información sobre Desastres, I.D. No. CR3.1/DES. 6914).
- Earthquake Engineering Research Institute. *Reducing earthquake hazards: lesson learned from earthquakes*. Oakland, California: EERI; 1986. (Publication No. 86-02).
- Earthquake Engineering Research Institute. *Nonstructural issues of seismic design and construction*. Oakland, California: EERI; 1984. (Publication No. 84-04).

- Federal Emergency Management Agency. *Instructor's guide for nonstructural earthquake mitigation for hospital and other health care facilities*. Emmitsburg, Maryland: FEMA; 1988.
- Federal Emergency Management Agency. *Non-structural earthquake hazard mitigation for hospitals and other care facilities*. Emmitsburg, Maryland: FEMA; 1989. (FEMA Report No. IG 370).
- Guevara LT, Jones-Parra B, Cardona OD. Método para la evaluación cualitativa de la vulnerabilidad sísmica de los aspectos no estructurales en las edificaciones médico-asistenciales en zonas urbanas de Venezuela. En: *Proceedings of the International Conference on Natural Disaster Management, Mérida, Venezuela, 11-14 October 1996*. (Disponible en el Centro Regional de Información sobre Desastres, I.D. No. CR3/1.DES.8919.)
- McGavin GL. *Earthquake hazard reduction for life support equipment in hospitals*. Riverside, California: Ruhnau McGavin and Ruhnau Association; 1986.
- McGavin GL. *Earthquake protection of essential building equipment: design, engineering, and installation*. New York: Wiley; 1981.
- Naciones Unidas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Manual para la estimación de los efectos socioeconómicos de los desastres naturales*, Santiago: CEPAL; 1991.
- Organization of American States, Department of Regional Development and the Environment. *Manual for natural hazard management in planning for integrated regional development*. Washington, DC: OAS; 1993.
- Organización Panamericana de la Salud, Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente. *Estudio de caso. Terremoto del 22 de abril de 1991, Limón, Costa Rica*. Lima: OPS/CEPIS; 1996. (Publicación No. 96.23).
- Organización Panamericana de la Salud, Programa de Preparativos y Coordinación del Socorro en Casos de Desastres. *Análisis de riesgo en el diseño de hospitales en zonas sísmicas*. Washington, DC: OPS; 1989.
- O'Rourke TD, McCaffrey M. Buried pipeline response to permanent earthquake ground movements. En: *Proceedings of the Eighth World Conference on Earthquake Engineering*. Vol. 7; 1984:215-222.
- Pan American Health Organization, Emergency Preparedness and Disaster Relief Coordination Program. *Vulnerability assessment of the drinking water supply infrastructure of Montserrat*. Barbados: PAHO; 1997.
- Pan American Health Organization, Emergency Preparedness and Disaster Relief Coordination Program. *Disaster mitigation guidelines for hospitals and other health care facilities in the Caribbean*. Washington, DC: PAHO; 1992. (CR3.1/DES-2201).
- Pan American Health Organization, Emergency Preparedness and Disaster Relief Coordination Program. *Mitigation of disasters in health facilities: evaluation and reduction of physical and functional vulnerability*. 4 volumes. Washington, DC: PAHO; 1993.
- United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean. *Damage resulting from the Mexico City earthquake and its repercussions on the economy of the country*. Santiago: ECLAC Division of Program Planning and Operations; 1985.

COORDINACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE RESPUESTA ANTE UN DESASTRE Y EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE SALUD

- Bonilla C, Céspedes R, Prado H. Instrumento de evaluación de daños y análisis de necesidades para uso en caso de desastre de instalación repentina. Tesis de maestría, Universidad de Costa Rica, 1994. (Disponible en el Centro Regional de Información sobre Desastres, I.D. No. CR3.1/DES.4643).
- De Boer J. Tools for evaluating disasters: preliminary results of some hundreds of disasters. *European Journal of Emergency Medicine* 1997;4:107–110.
- United Nations Development Program. Disaster Management Training Program. Disaster Assessment. New York: UNDP.
- Vlugman A. Rapid damage and needs assessment in the sanitation and solid waste sector after a disaster. Presentado en el Taller: Rapid Damage and needs Assessment in Environment Health after Disasters. (Disponible en el Centro Regional de Información sobre Desastres, I.D. No. CR3.1/DES.5636).

MANEJO DE MULTITUD DE VÍCTIMAS

- Butman AM. *Responding to the mass casualty incident. A guide for EMS personnel*. Akron, Ohio: Emergency Training; 1982.
- Canada, Ministry of National Health and Welfare. Report of the Sub-Committee on Institutional Program Guidelines. Pre-hospital emergency care services; 1985.
- De Boer J, Baillie TW. *Disasters—medical organization*. Oxford: Pergamon Press; 1980.
- García LM. *Disaster nursing*. Rockville, Maryland: Aspen Publications; 1985.
- Hafen BQ, Karren KJ, Petersen RA. *Pre-hospital emergency care and crisis intervention workbook*, 3rd Edition. Colorado: Morzon Publishing Co.; 1989.
- Noto R, Hugwenard P, Larcan A. *Médecine de catastrophe*, Paris: Editions Masson; 1987.
- Pan American Health Organization. *Establishing a mass casualty management system*. Washington, DC: PAHO; 1996.
- Petri RW, Dyer A, Lumpkin J. The effect of prehospital transport time on the mortality from traumatic injury. *Prehospital and Disaster Medicine* 1995;10(1):24–48.
- Schultz CH, Koenig KL, Noji E. A medical disaster response to reduce immediate mortality after an earthquake. *The New England Journal of Medicine* 1996;334(7):438–444.
- Spirgi E. *Disaster management: comprehensive guidelines for disaster relief*. Bern: Hans Huber; 1979.

LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y EL CONTROL DE ENFERMEDADES

- Organización Panamericana de la Salud. *Manual para el control de las enfermedades transmisibles*, 16.^a edición. Benenson AS, ed. Washington, DC: OPS; 1997. (Publicación Científica No. 564).

- Malilay J, et al. Estimating health risks from natural hazards using risk assessment and epidemiology. *Risk Analysis* 1997;17(3):353-358.
- Malilay J, et al. Vigilancia de la salud pública después de una erupción volcánica: lecciones aprendidas en Cerro Negro, Nicaragua, 1992. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health* 1997;1(3):213-219.
- Noji EK. The use of epidemiologic methods in disasters. En: Noji EK, ed. *The public health consequences of disasters*. New York: Oxford University Press; 1997.
- Seaman J. *Epidemiology of natural disasters*. Basel: S. Karger; 1984.
- Wetterhall SF, Noji EK. Surveillance and epidemiology. En: Noji EK, ed. *The public health consequences of disasters*. New York: Oxford University Press; 1997.

GESTIÓN DE LA SALUD AMBIENTAL

- Assar M. *A guide to sanitation in natural disasters*. Geneva: World Health Organization; 1971.
- Farrer H. *Guías para la elaboración del análisis de vulnerabilidad de sistemas de abastecimiento de agua potable y alcantarillado sanitario*. Lima: CEPIS; 1996.
- Organización Panamericana de la Salud. *Planificación para atender situaciones de emergencia en sistemas de agua potable y alcantarillado*. Washington, DC: OPS; 1993. (Cuaderno Técnico No. 37).
- Organización Panamericana de la Salud, Programa de Preparativos y Coordinación del Socorro en Casos de Desastres. *Estudio de caso: vulnerabilidad de los sistemas de agua potable frente a deslizamientos*. Washington, DC: OPS; 1998.
- Organización Panamericana de la Salud, Programa de Preparativos y Coordinación del Socorro en Casos de Desastres. *Manual para la mitigación de desastres naturales en sistemas rurales de agua potable*. Washington, DC: OPS; 1998.
- Organización Panamericana de la Salud, Programa de Preparativos y Coordinación del Socorro en Casos de Desastres. *Manual sobre preparación de los servicios de agua potable y alcantarillado para afrontar situaciones de emergencia*. Washington, DC: OPS; 1991.
- Organización Panamericana de la Salud. *Salud ambiental con posterioridad a los desastres naturales*. Washington, DC: OPS; 1982. (Publicación Científica No. 430).
- O'Rourke TD, McCaffrey M. Buried pipeline response to permanent earthquake ground movements. *Proceedings of the Eighth World Conference on Earthquake Engineering*. Vol. 7; 1984:215-222.
- Pan American Health Organization, Emergency Preparedness and Disaster Relief Coordination Program. *Vulnerability assessment of the drinking water supply infrastructure of Montserrat*. Barbados: PAHO; 1997.
- Pan American Health Organization. *Disaster mitigation in drinking water and sanitation systems: guidelines for vulnerability analysis*. Washington, DC: PAHO; 1998.
- United Nations Disaster Relief Organization. *Disaster prevention and mitigation. Sanitation aspects*, Vol. 8. New York: UN; 1982.

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

- Buchanan-Smith KM. Northern Sudan in 1991: Food crisis and the international relief response. *Disasters* 1994;10:16-34.

- De Ville de Goyet C, Seaman J, Geiger U. *The management of nutritional emergencies in large populations*. Geneva: World Health Organization; 1978.
- Gueri M. The role of the nutrition officer in disasters. *Cajanus* 1980;13:20.
- McIntosh CE. Increasing food self-sufficiency for disaster preparedness in the Commonwealth Caribbean. *Cajanus* 1985;18:84-99.
- Miller DC, et al. Simplified field assessment of nutritional status in early childhood. *Bulletin of the World Health Organization* 1977;55:79-86.
- Nieburg P, et al. Limitations of anthropometry during acute food shortages. *Disasters* 12:253-258.
- Seaman J. Principles of health care. *Disasters* 1981;3:196-204.
- Seaman J. Food and nutrition. *Disasters* 1981;5:180-195.
- United Nations, Protein-Calorie Advisory Group. *A guide to food and health relief operations for disasters*. New York: UN; 1977.
- United Nations. *How to weigh and measure children*. New York: UN; 1988.
- World Health Organization. *Emergency preparedness and response: introduction to rapid health assessment*. Geneva: WHO; 1990.
- World Health Organization. *Nutrition in times of disaster. Report of an international conference held at World Health Organization Headquarters, Geneva, September 27-30, 1988*.

PLANIFICACIÓN, DISEÑO Y GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LOS ASENTAMIENTOS Y CAMPAMENTOS DE REFUGIADOS

- Centers for Disease Control. *Famine-affected, refugee, and displaced populations: recommendations for public health issues*. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1992;41(RR-13):1-76.
- Mears C, Chowdhury S, eds. *Health care for refugees and displaced people*. Oxford: OXFAM; 1994.
- Prado Z. *Asentamientos humanos temporales y definitivos*. Presentado en: Primer Seminario Nacional sobre Atención de Desastres: Memorias. Guatemala, 1984. (Disponible en el Centro Regional de Información sobre Desastres, I.D. No. CR3.1/DES-778).
- United Nations High Commissioner for Refugees. *Handbook for Emergencies*. Geneva: UNHCR; 1982.
- United Nations High Commissioner for Refugees. *Water manual for refugee situations*. Geneva: UNCHR; 1992.

COMUNICACIONES Y TRANSPORTE

- Ferguson EW, et al. Telemedicine for national and international disaster response. *Journal of Medical Systems* 1995;19(2):121-123.
- Staffa EI. *The use of Inmarsat in disaster relief and emergency assistance operations*. Presentado en: International Conference on Disasters and Emergency Communications, Tampere, 1991. (Disponible en el Centro Regional de Información sobre Desastres, I.D. No. CR3.1/DES.8762).
- Stephenson R, Anderson PS. Disasters and the information technology revolution. *Disasters* 1997;21(4):305-344.

GESTIÓN DE LOS SUMINISTROS HUMANITARIOS

- Davis J, Lambert R. *Engineering in emergencies: a practical guide for relief workers*. London: Intermediate Technology Publication Ltd.; 1995.
- De Ville de Goyet C, Acosta E, Sabbat P, Pluut E. SUMA, a management tool for post-disaster relief supplies. *World Health Statistics Quarterly* 1996;49:189-194.
- De Ville de Goyet C. How to make information work where it is needed. *Stop Disasters: News from the IDNDR* 1994;22:3-4.
- De Ville de Goyet C. Post-disaster relief. The supply management challenge. *Disasters* 1993;17(2);169-176.
- Médicins Sans Frontières-France. *Aide à l'organisation d'une mission. Situation-Intervention*. Volume II, 2nd edition. Paris: Médicins Sans Frontières-France; 1994.
- Médicins Sans Frontières-Holland. *Freight and transport management. Logistic Guidelines*. Module 4.4, 2nd edition. Amsterdam: Médicins Sans Frontières-Holland; 1994.
- Médicins Sans Frontières-Holland. *Warehouse and stock management. Logistic Guidelines*, 4th edition draft. Amsterdam: Médicins Sans Frontières-Holland; 1996
- Refugee Policy Group. *Access to food assistance: strategies for improvement*. Documento de trabajo; 1992.
- United Nations Children Fund. *Assisting in emergencies, a resource handbook for UNICEF Field Staff*. Geneva: UNICEF; 1986.
- United Nations High Commissioner for Refugees. *Supplies and food aid handbook*. Geneva: UNHCR; 1989.
- United Nations, Department of Humanitarian Affairs. *Study on emergency stockpiles*, 2nd Edition. Geneva: UN/DHA; 1994.
- World Food Program. *Food storage manual*, 2nd Edition. Geneva: WFP; 1983.
- World Health Organization. *The new emergency health kit: list of drugs and medical supplies for a population of 10,000 persons for approximately 3 months*. Geneva: WHO; 1990.

ADMINISTRACIÓN DE LA AYUDA INTERNACIONAL

- Benini AA. Uncertainty and information flows in humanitarian agencies. *Disasters* 1997; 21(4):335-353.
- Berkmans P, et al. Inappropriate drug-donation practices in Bosnia and Herzegovina, 1992 to 1996. *The New England Journal of Medicine* 1997;337(25):1842-1845.
- Burkle FM, et al. Strategic disaster preparedness and response: implications for military medicine under joint command. *Military Medicine* 1996;161(August):442-447.
- Gaydos JC, Luz GA. Military participation in emergency humanitarian assistance. *Disasters* 1994;109(5):601-605.
- Prado Monje H, de Ville de Goyet C. Bilateral and multilateral international cooperation: the current situation of disaster preparedness and prevention activities in Latin America and the Caribbean. Preparado por el Programa de Preparativos y Coordinación del Socorro en Casos de Desastres, OPS. (Disponible en el Centro Regional de Información sobre Desastres, I.D. No. CR3.1/DES.7054).

Stockton N. Defensive development? Re-examining the role of the military in complex political emergencies. *Disasters* 1996;20(2):144-148.

Suserud BO. Acting at a disaster site: view expressed by Swedish nursing students. *Journal of Advanced Nursing* 1993;18:613-620.

FUENTES DE INFORMACIÓN EN LÍNEA

Los siguientes centros de información mantienen bases de datos en línea en las que se recogen los materiales relacionados con los desastres. Sus páginas en la Internet proporcionan, además, relaciones con otras páginas en las que existe información relacionada con los desastres.

Centro Regional de Información sobre Desastres (CRID), San José, Costa Rica

El CRID recoge y cataloga publicaciones y artículos publicados sobre todo en inglés y español y relacionados con los desastres, y los distribuye a todo el mundo.

A la base de datos puede accederse por Internet o mediante un CD-ROM.

Internet: <http://www.disaster.info.desastres/crid>

ReliefWeb, United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs

ReliefWeb reúne información sobre emergencias humanitarias procedentes de más de 300 fuentes, entre las que se encuentran los organismos de la ONU, las organizaciones no gubernamentales, los gobiernos, la comunidad científica y los medios de comunicación. La página contiene más de 20.000 documentos con información desde 1981.

Internet: <http://www.reliefweb.int>

Natural Hazards Information Center, Boulder, Colorado, U.S.A.

Este centro mantiene una página activa en la Internet y una biblioteca con acceso en línea, así como una colección de documentos relacionados fundamentalmente con los desastres y las ciencias sociales.

Internet: <http://www.colorado.edu/hazards>