



Revista Española de Salud Pública

ISSN: 1135-5727

resp@msc.es

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e
Igualdad
España

Carrillo Jaimes, Carmen Sofía; Arcos González, Pedro Ignacio
Prioridades de intervención para la fase aguda de las emergencias complejas formuladas por nueve
agencias de ayuda humanitaria
Revista Española de Salud Pública, vol. 78, núm. 6, nov.-dec., 2004, pp. 679-690
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17078603>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ORIGINAL

PRIORIDADES DE INTERVENCIÓN PARA LA FASE AGUDA
DE LAS EMERGENCIAS COMPLEJAS FORMULADAS POR NUEVE
AGENCIAS DE AYUDA HUMANITARIA

Carmen Sofía Carrillo Jaimes (1) y Pedro Ignacio Arcos González (2)

(1) Unidad de Medicina Tropical y Salud Internacional. Escuela Nacional de Sanidad. Madrid

(2) Unidad de Investigación en Emergencia y Desastres (UIED). Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo

RESUMEN

Fundamento: Las Emergencias Complejas son un problema de Salud Pública internacional de frecuencia y magnitud crecientes que producen una importante mortalidad y morbilidad especialmente durante su fase aguda. El objetivo de este estudio es identificar y analizar las áreas prioritarias de intervención en la fase aguda de una emergencia compleja formuladas en los manuales operativos de las principales agencias de ayuda, así como el nivel de desarrollo y estructuración de las actividades propuestas en cada área de prioridad.

Métodos: Como material de estudio se utilizaron los manuales de intervención elaborados por 9 de las principales agencias de ayuda. Se procedió a un análisis cuantitativo de las 16 prioridades de intervención planteadas así como del nivel de formulación de cada prioridad en base al desarrollo de 73 variables o aspectos de las propuestas formuladas en los manuales.

Resultados: El manual de ACNUR recoge el 90% de las 73 variables de desarrollo de las prioridades y el de Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de Naciones Unidas el 35% de las 73 variables. ACNUR presenta el mejor desarrollo de las variables no sanitarias, seguido de MSF y USAID. Médicos sin fronteras muestra un grado de desarrollo de las variables sanitarias del 97,3% seguido de ACNUR (94,7%), USAID y UNICEF (92,1%).

Conclusiones: Se ha encontrado que ACNUR tiene la propuesta más integral y Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de Naciones Unidas la más discreta. Existe una tendencia general a desarrollar y unificar los indicadores de salud, mientras que otros aspectos no se desarrollan.

Palabras clave: Emergencias. Desastres. Guerra. Conflictos bélicos. Derechos humanos.

ABSTRACT

Intervention Priorities in the Acute Stage of Complex Emergencies Drafted by Nine Humanitarian Aid Agencies

Background: Complex Emergencies are an international Public Health problem currently becoming increasingly more frequent and of growing proportions which lead to major death and disease rates, especially during the acute stage thereof. This study is aimed at identifying and analyzing the top-priority areas of intervention in the acute stage of a complex emergency drafted in the operating manuals of the main aid agencies, as well as the degree of development and structuring of the activities proposed in each area on which priority has been placed.

Methods: The intervention manuals drafted by nine major aid agencies were used as study material. A quantitative analysis was then made of the 16 intervention priorities set out, as well as of the degree to which each priority was defined based on the development of 73 variables or aspects of the proposals set out in the manuals.

Results: The ACNUR manual includes 90% of the 73 variables for further expansion upon the priorities, the UN Humanitarian Affairs Coordination Office manual including 35% of the 73 variables. ACNUR better expands upon the non-healthcare variables, followed by MSF and USAID. Doctors without borders shows a 97.3% degree of expansion of the healthcare variables) followed by ACNUR (94.7%), USAID (92.1%).

Conclusions: ACNUR has been found to have the most integral proposal, the UN Humanitarian Affairs Coordination Office having the most discreet. There is a general trend toward further expanding upon and unifying the health indicators, whilst other aspects are not further expanded upon.

Key words: Emergencies. Disasters. War. Refugees. Human Rights.

Correspondencia:
Dr. Pedro Ignacio Arcos González
Unidad de Investigación en Emergencia y Desastres (UIED).
Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo.
Campus del Cristo 33006 Oviedo-España
Tel. (34) 63 054 97 28 - Fax. (34) 98 510 35 45
Correo electrónico: arcos@uniovi.es

INTRODUCCIÓN

Las emergencias complejas (EC) fueron conceptualizadas como un *problema de salud pública* internacional al inicio de los años noventa, en un intento de describir el tipo de emergencia más grave causado por el hombre que puede llegar a convertirse en un desastre por sus efectos sobre la vida y la salud de las poblaciones afectadas y por precisar una respuesta externa multisectorial por parte de varias agencias de ayuda¹. Ejemplos recientes de zonas en situación de emergencia compleja los constituyen las crisis de Sudán (Darfur), Haití, Afganistán e Irak.

Las EC son un problema de frecuencia y magnitud crecientes dentro del ámbito de la Salud Pública internacional por múltiples razones, como ser crisis originadas por situaciones de inestabilidad y problemas políticos que afectan a los llamados Estados fracasados²; por producir gran número de víctimas con enorme sufrimiento humano y violencia intensa contra la población civil, lo que genera una importante morbitmortalidad^{3,4}; por colapsar las estructuras estatales y generar extensos daños en los ámbitos sanitario⁵, socioeconómico⁶ y ecológico⁷; por deteriorar rápida e intensamente los sistemas comunitarios de apoyo y dificultar su recuperación posterior; y, finalmente, por cronificarse y afectar especialmente a los grupos de población más vulnerables. Por todo ello, la ayuda internacional que las EC precisan a gran escala suele exceder la capacidad de respuesta de una o varias agencias y, a menudo, llevan asociada una dificultad o impedimento para la prestación de la ayuda por las facciones en conflicto y un alto riesgo para el personal de las agencias que se convierte en objetivo militar o estratégico.

Desde el punto de vista de la Salud Pública una EC es una situación que afecta a una población civil numerosa e implica un nivel muy alto de violencia y desestructuración social, penuria alimentaria y desplazamiento masivo de población, siendo su resultado

final una alta mortalidad que, a menudo, es utilizada como indicador epidemiológico de la evolución de la crisis⁵.

Tradicionalmente se han descrito dos fases en la evolución de una EC, la fase aguda y la fase de post emergencia. Durante la fase aguda aparece la mayor mortalidad (tasas brutas de mortalidad superiores a 1/10.000/día) y también la mayor morbilidad debida generalmente a traumatismos por la violencia existente y a enfermedades propias del desplazamiento poblacional^{1,8}. Durante esta fase la evidencia epidemiológica muestra la importancia de realizar una evaluación inicial urgente y competente que permita establecer las prioridades de intervención, aplicar rápida y eficientemente los programas de ayuda necesarios, así como seleccionar los indicadores de seguimiento de la situación⁹. En síntesis, la respuesta a la fase aguda de una EC va dirigida a realizar acciones inmediatas y específicas para reducir la mortalidad y garantizar la protección y la salud de los afectados.

A través de las agencias humanitarias la comunidad internacional colabora decisivamente en la respuesta a las EC porque, a diferencia de lo que ocurre en otros tipos de desastre, en las EC las posibilidades de respuesta local están muy limitadas por la situación de conflicto bélico. Por ello la ayuda externa es esencial para resolver o mitigar los efectos sobre la salud, así como para influir en la solución de sus causas⁵. Diferentes agencias humanitarias, tanto públicas como privadas, están especializadas en la intervención en este tipo de emergencias, cuya coordinación corresponde al Departamento de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas.

Muchas de estas agencias son independientes y tienen diferentes objetivos, estrategias y sistemas operativos de intervención. A partir de su experiencia la mayoría de ellas han desarrollado propuestas y prioridades de intervención propias que suelen venir for-

muladas en sus manuales de intervención. Desde el punto de vista de la intervención en salud pública los manuales son herramientas muy valiosas, sobre todo porque han sido elaborados en base a las experiencias reales en el terreno, mayoritariamente durante las grandes crisis de los años noventa, cuando las EC se identificaron como problema de salud pública.

La diversidad de planteamientos de las agencias de ayuda hace necesario un alto nivel de coordinación en las prioridades e intervenciones. En este sentido, la iniciativa más reciente es el *Proyecto Esfera*, nacido de la coordinación entre varias agencias como propuesta dirigida a orientar la evaluación y las actividades durante la fase aguda de una EC mediante una *Carta humanitaria y normas mínimas de respuesta humanitaria en caso de desastre*¹⁰. Además hay iniciativas que ya manejan el concepto de *Conjunto Mínimo de Datos Estandarizados*¹¹ y que han permitido realizar la evaluación inicial de una EC en pocas horas. Desde el punto de vista del intercambio rápido de información, la aparición de la red *ReliefWeb* como sistema para enviar informes sobre el estado de las emergencias en tiempo real y hacer el seguimiento de la actividad humanitaria de las diferentes agencias en el terreno, ha supuesto un avance fundamental⁴.

La proliferación de agencias de ayuda humanitaria surgida en la última década y la alta rotación del personal debido a las condiciones de estrés, enfermedades y otros aspectos¹², así como la necesidad de una mayor preparación integral del personal en los aspectos del trabajo en terreno y de conceptos médicos inherentes al manejo de emergencias¹³⁻¹⁶, han hecho que los manuales de intervención sean altamente relevantes para el ejercicio profesional y la gestión de las EC. Se han publicado interesantes revisiones sobre la problemática, evaluación inicial y abordaje de las EC^{11,17-21}. No obstante esos trabajos no analizan los principales manuales de intervención considerando

todos los aspectos no sólo del sector salud, ni examinan el grado de desarrollo de las propuestas formuladas.

El objetivo de este trabajo es identificar y analizar las áreas prioritarias de actuación formuladas en los manuales generales de intervención en la fase aguda de las EC por parte de 9 agencias de ayuda humanitaria, así como el nivel de desarrollo y estructuración de las actividades propuestas dentro de cada una de las prioridades establecidas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Las fuentes de información utilizadas para examinar las prioridades propuestas por las diferentes agencias de ayuda humanitaria son sus manuales y protocolos de trabajo, seleccionados usando como criterios de inclusión que fueran manuales o protocolos (a) producidos por agencias humanitarias reconocidas internacionalmente para la atención a EC, (b) destinados al personal sanitario en el terreno y (c) de libre acceso a los profesionales o las agencias. Es importante reseñar que algunas agencias humanitarias han desarrollado otras guías sobre sectores específicos de la ayuda. No obstante, nuestro análisis se refiere a las guías de carácter *general e integral* que utiliza cada agencia en el terreno y no a las desarrolladas para orientar las intervenciones sobre sectores específicos. Se excluyeron pues aquellos manuales o protocolos especializados en temas específicos de la ayuda (agua, alimentos, etc.) y los dirigidos a otros trabajadores humanitarios no sanitarios. Con base a estos criterios finalmente se seleccionaron para ser evaluados los nueve manuales de intervención siguientes:

- el Manual de la Carta Humanitaria y Normas Mínimas de Respuesta Humanitaria en caso de desastre (Proyecto Esfera) de 1997²²
- el Manual de Emergencias de Alto Comisionado de las Naciones Unidas

para los Refugiados (ACNUR) de 1982²³.

- el Manual de aproximación a las situaciones de emergencia sanitaria con refugiados de Médicos Sin Fronteras (MSF) de 1997²⁴.
- los Protocolos de evaluación sanitaria rápida de emergencias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1999²⁵.
- el Manual de intervención de salud pública en conflictos bélicos del Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) de 1997²⁶.
- la Guía de operaciones de terreno para evaluación y respuesta en desastres de Agencia de Ayuda de los Estados Unidos de América (USAID) de 1998²⁷.
- el Manual para responsables de terreno de OXFAM de 1985²⁸.
- el Manual de recursos para personal de terreno que asiste en emergencias del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) de 1986²⁹.
- y el Manual de orientación en emergencias complejas de Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de Naciones Unidas (OCHA) de 1999³⁰.

El procedimiento utilizado para valorar los manuales fue un análisis cuantitativo del material mediante las siguientes fases:

- (a) revisión detallada de los manuales y protocolos que contienen las propuestas de intervención de cada una de las agencias seleccionadas.
- (b) determinación de las *áreas prioritarias de intervención* en la gestión de la fase aguda de la EC.
- (c) identificación de las *variables que permiten establecer el grado de desarrollo* de cada una de las áreas prioritarias de intervención identificadas.

rrollo de cada una de las áreas prioritarias de intervención identificadas.

- (d) valoración en una escala ordinal de 0 a 10 de cada área en base al número de variables de desarrollo contempladas.
- (e) análisis mediante tablas resumen del grado de desarrollo de cada una de las posibles variables dentro de las áreas importantes.

El análisis de los manuales permitió identificar 16 áreas prioritarias en la intervención en situación de EC, referidas a un total de 73 variables más específicas a ser tenidas en cuenta y evaluadas en la gestión de la fase aguda de una EC (ver el Anexo I). Por otro lado, el Anexo II muestra los criterios utilizados en el sistema de asignación de puntuaciones. El análisis del cuadro final resultante se hizo de acuerdo a los siguientes parámetros:

- (a) años de impresión y concordancia entre el título y el contenido.
- (b) inclusión o no de la mayoría de las variables identificadas (presencia de valores 0 en valor ordinal y en porcentaje sobre las 73 variables).
- (c) mayor desarrollo en la mayoría de las variables (mayor presencia de valores 10 y porcentaje sobre las variables analizadas, es decir 73 menos las variables con puntuación 0) y
- (d) comparación por el total de variables que presentan cierto grado de desarrollo (objetivo, indicadores, variables puntuadas desde 3 hasta 10 inclusive y en porcentaje sobre el total de las variables analizadas)

RESULTADOS

Los manuales con las propuestas de intervención de las diferentes agencias de ayuda

analizadas fueron elaborados y publicados en dos décadas históricas en lo que a la ayuda humanitaria se refiere, las de los años 80 y 90, siendo la guía más antigua la del ACNUR (1982) y las más recientes las de la OMS y la OCHA (ambas de 1999). Entre esas dos fechas se publicaron las de OXFAM (1985), UNICEF (1986), CICR (1997), MSF (1997), Proyecto Esfera (1997) y USAID (1998).

Todos los manuales analizados se destinan al personal de ayuda en el terreno. El manual de OXFAM describe su función orientadora para proyectos de desarrollo y no para emergencias complejas, aunque incluye un capítulo especial para situaciones de emergencia. Los manuales del CICR, MSF y ACNUR mencionan su utilidad en el manejo de las emergencias originadas por los conflictos armados (emergencias complejas). Los demás manuales incluyen capítulos especiales (mencionan en su interior especificaciones) para el manejo de emergencias complejas, aunque son manuales de orientación general para todas las emergencias (OMS, USAID, UNICEF, OCHA, Esfera).

En cuanto al nivel de desarrollo de las diferentes variables, el manual más completo es el del ACNUR que incluye 66 de las 73 variables (90,4%) y el más restrictivo el de

OCHA que no incluye 47 de las 73 variables (64,3%). Tal como se muestra en la tabla 1, el manual que desarrolla de una forma más completa un mayor número de las variables identificadas para el manejo en el terreno de una fase aguda de una EC es el manual del ACNUR (desarrolla completamente el 30,3% de las variables identificadas) seguido del de USAID (desarrolla el 20,6% de las variables). Asimismo, el manual más completo en el sentido de mencionar las variables e intentar incluir sus indicadores básicos (puntos de 3 a 10) es el del ACNUR (87,8%), seguido por el de Esfera (87,4%), el del CICR (81,4%), USAID (70,6%), MSF (69,8%), UNICEF (68,3%), OCHA (61,5%), OXFAM (60,3%) y OMS (39,2%). Se han encontrado pocas diferencias en relación con los indicadores propuestos para las variables relacionadas con el sector salud (números 1 a 49).

Analizando las variables que incluye el texto de cada uno de los manuales se encuentra que las 73 variables estudiadas están distribuidas en 8 párrafos referidos al sector salud (2º al 9º inclusive) y en 8 párrafos relativos a aspectos no sanitarios (1º y del 10º al 16º inclusive) con 38 variables propiamente sanitarias y 35 no referidas directamente al sector salud.

Tabla 1

Grado de inclusión y desarrollo en los manuales de intervención de las agencias de todas las variables que definen las áreas prioritarias de intervención en la fase aguda de una emergencia compleja

AGENCIA	Variables no citadas*	Variables con indicadores**	Variables muy desarrolladas***
ACNUR	7(9,5)	58(87,8)	20(30,3)
OCHA	47(64,3)	16(61,5)	3(11,5)
OMS	45(61,6)	11(39,2)	3(10,7)
ESFERA	24(32,8)	43(87,7)	4(8,1)
UNICEF	13(17,8)	41(68,3)	8(13,3)
MSF	10(13,6)	44(69,8)	11(17,4)
USAID	15(20,5)	41(70,6)	12(20,6)
OXFAM	20(27,3)	32(60,3)	3(5,6)
CICR	19(26,0)	44(81,4)	7(12,9)

* 0 puntos/total de variables; ** 3 a 10 puntos/nº de aspectos abordados; *** 10 puntos/nº de aspectos abordados

Tabla 2

Grado de inclusión y desarrollo, en los manuales de intervención de las agencias, de las variables relacionadas con el sector salud que definen las áreas prioritarias de intervención en la fase aguda de una emergencia compleja

AGENCIA	Variables no citadas* N(%)	Variables con indicadores** N(%)	Variables muy desarrolladas*** N(%)
ACNUR	2 (5,2)	36(94,7)	9(25)
OCHA	35(92,1)	3(7,8)	0(0,0)
OMS	19(50)	19(50)	3(15,7)
ESFERA	5(13,1)	33(86,8)	4(12,1)
UNICEF	3(7,8)	35(92,1)	7(20)
MSF	1(2,6)	37(97,3)	11(29,7)
USAID	3(7,8)	35(92,1)	10(28,5)
OXFAM	8(21)	30(78,8)	3(10)
CICR	7(18,4)	31(81,5)	4(12,9)

* % sobre 38 variables sanitarias; ** % sobre número de variables; *** % sobre las variables de salud desarrolladas.

Tabla 3

Grado de inclusión y desarrollo en los manuales de intervención de las agencias de las variables no directamente relacionadas con el sector salud que definen las áreas prioritarias de intervención en la fase aguda de una emergencia compleja

AGENCIA	Variables no citadas* N(%)	Variables con indicadores** N(%)	Variables muy desarrolladas*** N(%)
ACNUR	5 (14,2)	30(85,7)	11(36,6)
OCHA	12(34,2)	23(65,7)	3(13)
OMS	26(74,2)	9(25,7)	0(0,0)
ESFERA	19(54,2)	16(45,7)	0(0,0)
UNICEF	10(28,5)	25(71,4)	1(4,0)
MSF	9(25,7)	26(71,4)	0(0,0)
USAID	12(34,2)	23(65,7)	3(13)
OXFAM	10(28,5)	25(71,4)	0(0,0)
CICR	12(34,2)	23(65,7)	3(13)

* % sobre 35 variables no sanitarias; ** 35 menos las variables con 0 puntos; *** % sobre 35 variables no sanitarias.

La tabla 2 muestra que el manual con mayor grado de desarrollo de las variables de salud es el manual de MSF (37 variables), seguido de ACNUR (36), USAID Y UNICEF (35), ESFERA (33), CICR (31) OXFAM (30), OMS (19) y OCHA (3). En

cuanto al grado de desarrollo de cada variable de mayor a menor nivel desarrollo se encontraban MSF (29,7% de las variables tenían 10 puntos), seguido por USAID (28,5%), ACNUR (25), UNICEF (20%), OMS (15%), CICR (12,99%), Esfera

(12,1%) y OXFAM (10%). El manual de OCHA era el único que no desarrollaba adecuadamente ninguna de las variables del sector salud.

En lo referente al grupo de las 35 variables correspondientes a sectores no directamente relacionados con la salud, la tabla 3 muestra que los manuales con un mayor nivel de formalización de los sectores no sanitarios eran el de ACNUR (30 variables), seguido de MSF (26), OXFAM (25) y UNICEF (25), USAID, CICR Y OCHA (23), Esfera (16) y OMS (9). El mayor nivel de desarrollo de cada variable se encontraba en el manual de ACNUR (36,6%), seguido de OCHA (13%), USAID y CICR (13%), UNICEF (4%). OMS, Esfera. Los manuales de MSF y OXFAM no presentaban en ninguno de estos aspectos no sanitarios un desarrollo completo (0%) de las variables.

DISCUSIÓN

Desde la perspectiva de la intervención en Salud Pública es muy importante la valoración rápida y adecuada de las situaciones de EC³¹, en base a un conjunto mínimo de datos esenciales estandarizados que favorezcan la coordinación de las agencias. Los manuales utilizados en EC son cada vez más precisos y facilitan reunir la información básica que permite analizar rápidamente las necesidades de los afectados (este es el caso del Proyecto Esfera). En este sentido, el análisis realizado muestra una aceptable uniformidad en cuanto a los aspectos de salud, que incluyen el establecimiento de indicadores y de ciertos programas de asistencia que son necesarios y adecuados a la situación de EC. Los protocolos de evaluación de la OMS, ACNUR y Proyecto Esfera son asequibles a todo el personal sanitario en general, tienen una buena calidad y todos ellos están disponibles a través de Internet favoreciendo así su difusión, uso y mejora. No obstante, la especialización de la evaluación rápida de salud, esencial para responder a las necesi-

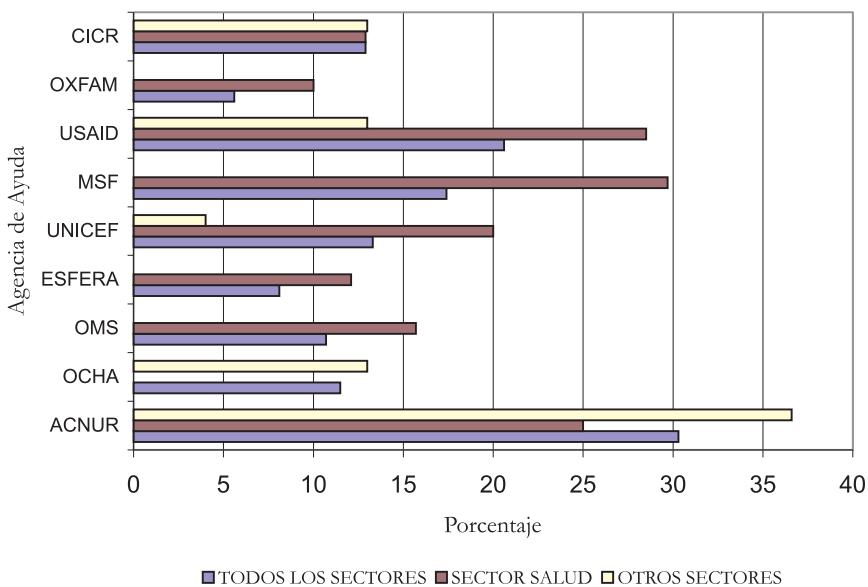
dades iniciales de la población, no va de la mano con la creación de manuales generales que puedan orientar a los profesionales de salud en las normas técnicas, desarrollo de programas y seguimiento de las actividades de manera clara y práctica.

Teniendo en cuenta que la ayuda humanitaria plantea paradojas en la atención de las EC³² lo anterior es especialmente importante. Por un lado, hay una tendencia al aumento en la oferta de las agencias de ayuda humanitaria y una mayor eficacia en las tecnologías utilizadas, lo que facilita teóricamente la ayuda. Por otro lado, factores como la tendencia de las EC a cronificarse, a exterminar a grupos étnicos o culturales, a lesionar y aislar cada vez más a la población civil, a ser conflictos internos (problemas bélicos dentro de un mismo país con desplazamientos que no salen de sus límites territoriales), hacen que en las agencias de ayuda humanitaria se haya evidenciado un déficit en la preparación del personal humanitario para afrontar cuestiones no estrictamente técnicas, como son el riesgo de ser tomados como objetivos militares o el bloqueo a la prestación de la ayuda. Además los países donantes exigen cada vez más una mayor claridad de las acciones efectuadas y la comunidad internacional pide asimismo más información actualizada de la situación.

Por esas razones los manuales generales que se entregan por parte de las agencias a los trabajadores humanitarios deberían cubrir aspectos básicos de protección a la víctimas (variable 71 del Anexo I), administración (variables 68, 69 y 70), logística (variables 64, 65 y 67), comunicaciones (variables 61, 62 y 63) y seguridad (variable 73). Los manuales analizados muestran algunas deficiencias en ese sentido (figura 1), como también en lo referente a la atención a los aspectos de protección medioambiental, ya que durante las EC generalmente el medioambiente sufre graves deterioros que afectan a la salud de las poblaciones a corto y largo plazo³³. En general, este fue un

Figura 1

Porcentaje de variables con alto nivel de desarrollo en los manuales de intervención según la agencia y tipo de variable



aspecto (variable 66) muy poco desarrollado en los manuales analizados.

Los manuales generales de intervención en el terreno son herramientas de extraordinario valor y pertinencia para el personal sanitario que los utiliza gran parte del tiempo y los lleva consigo, hayan recibido o no formación específica previa. Por ello deberían incluir conceptos claros y propuestas de acción sujetas a la evidencia científica y a la posibilidad real de verificación. Esto debería ser especialmente importante en aquellos procedimientos de evaluación rápida del sector salud o del diseño y puesta en marcha de programas de salud, así como en aquellos aspectos que aún sin ser inicialmente sanitarios influirán decisivamente en su trabajo sobre el terreno. Los manuales y protocolos de intervención general en EC tienen aceptablemente desarrollada la evaluación inicial de salud y menos desarrolladas las prioridades de salud. Sin embargo, otros aspectos

importantes como la protección de las víctimas, la seguridad del personal y las comunicaciones no están desarrollados o presentan carencias que deberían ser resueltas.

Los trabajadores humanitarios necesitan cada vez más frecuentemente coordinar en el terreno sus acciones con otras agencias humanitarias. Por ello es especialmente importante que los manuales clarifiquen y evidencien las pautas de coordinación internacionales e internas de la agencia específica. La práctica de dar a conocer las misiones y formas de trabajo de las otras agencias puede resultar muy eficaz en el terreno de cara a conseguir un trabajo más coordinado y favorecer finalmente a las víctimas. La presencia cada vez más frecuente de conflictos internos crea la necesidad de crear pautas preventivas y sistemas de alarma en los estados con conflictos de menor escala que aún no están en situación de EC^{34,35}.

Anexo 1

Áreas de intervención identificadas como prioritarias (16) y variables de desarrollo (73) de cada área utilizadas en la evaluación de las propuestas

Área de prioridad	Variables de desarrollo de cada área
1. Datos generales de los manuales	1. Especificación sobre el tipo y características del manual; 2. Descripción de la agencia humanitaria; 3. Orientaciones sobre el uso del manual; 4. Metodología de la planificación; 5. Aspectos socioculturales; 6. Preparación y alerta temprana; 7. Ética humanitaria; 8. Índices y nomenclaturas
2. Información inicial	9. Criterios de determinación de la fase aguda; 10. Procedimientos deevaluación inicial; 11. Grupos más vulnerables; 12. Amenazas prioritarias; 13. Información demográfica
3. Agua	14. Búsqueda de fuentes; 15. Mecanismos de almacenamiento; 16. Indicadores cuantitativos en relación al agua; 17.Indicadores cualitativos en relación al agua
4. Saneamiento ambiental	18. Eliminación de excretas; 19. Eliminación de residuos líquidos; 20. Eliminación de residuos sólidos; 21. Tratamiento de cadáveres; 22. Higiene personal; 23. Control de vectores
5. Ayuda alimentaria	24. Ración alimenticia general; 25. Alimentación suplementaria; 26. Distribución de alimentos
6. Nutrición	27. Evaluación del estado nutricional; 28. Programas alimentación terapéutica; 29. Rehabilitación agrícola
7. Salud	30. Perfil epidemiológico y vigilancia de salud pública; 31. Vacunación y manejo de sarampión; 32. Control de enfermedades transmisibles; 33. Control de brotes epidémicos; 34. Selección y gestión de programas de salud especiales; 35. Salud mental; 36. Organización de los servicios de salud; 37. Apoyo a las estructuras de salud; 38. Manejo de protocolos; 39. Medicamentos de uso en emergencias
8. Emplazamiento y refugio	40. Posibilidades de ubicación; 41. Requisitos de ubicación; 42. Requisitos de refugio y vivienda
9. Enseres domésticos	43. Aspectos generales; 44. Protección frente al frío; 45. Enseres e higiene; 46. Enseres de cocina
10. Servicios comunitarios	47. Áreas comunes; 48. Implementación de programas de desarrollo y post-emergencia
11. Educación	49. Educación para la salud; 50. Educación básica; 51. Programas especiales
12. Coordinación y participación	52. Coordinador responsable; 53. Mecanismos de coordinación; 54. Asignación de responsabilidades; 55. Participación en el gobierno; 56. Coordinación con fuerzas militares; 57. Participación comunitaria; 58. Representatividad de sexos y sectores; 59. Reuniones periódicas; 60. Grupos de discusión
13. Información y comunicación	61. Comunicación interna; 62. Manejo de la prensa y medios de comunicación; 63. Realización de informes
14. Logística	64. Transporte; 65. Abastecimiento de energía; 66. Protección medioambiental; 67. Registros
15. Administración	68. Contratación; 69. Perfiles profesionales; 70. Organización financiera y contabilidad
16. Protección y seguridad	71. Seguridad y protección; 72. Repatriación; 73. Apoyo y seguridad del personal humanitario

Anexo 2

Criterios de puntuación según el grado de desarrollo de cada aspecto

Puntuación	Criterio
0	No se incluye como prioridad
1	Mención de la prioridad de análisis
2	Mención con párrafo indicativo (no mayor a 10 líneas con generalidades)
3	Descripción que incluye objetivos claros e indicadores de evaluación básicos (más de diez líneas sin ser capítulo especial)
4	Lo descrito en el número 3, junto con referencias bibliográficas de ampliación de la información o ejemplo de aplicación en alguna situación concreta en el terreno
5	Descripción de criterios técnicos mínimos y de indicadores de evaluación y seguimiento
6	Inclusión de un capítulo especial para la descripción de la prioridad, con lo descrito en el número 5
7	Lo descrito en el número 6, más la implementación de la prioridad como un programa con objetivos, actividades, etc.
8	Lo anterior más fuente de verificación y evaluación del programa implementado para la prioridad
9	Inclusión de al menos un anexo, con datos técnicos y formularios prácticos para la ejecución de ese programa
10	Inclusión de más de un anexo con listas de comprobación, descriptores técnicos, y otros datos

Nuestra recomendación sería formar al personal sanitario local sobre las pautas de acción en salud que ya existen (difusión de los protocolos de evaluación de la OMS y del manual de emergencias del Proyecto Esfera), así como continuar con este tipo de metodología para analizar más a fondo cada uno de los aspectos que intervienen en la fase de post emergencia de las EC de las mismas agencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bok S. The new ethical Boundaries. En: Lennin J. (Ed). Humanitarian crises: The medical and public health response. Cambridge, Mass (USA): Harvard University Press; 1999. p 179-94
2. Helman G.B., Ratner S.R. Saving failed states. Foreign Policy 1989; 92: 3-5
3. Loretti A., Leus X., Van Hoistien. Relevant in times of turmoil: WHO and public health in unstable situations. Prehosp Disast Med 2001; 16 (4): 184-91
4. Van Herp M, Parqué V, Rackley E, Ford N. Mortality, violence and lack of access to healthcare in the Democratic Republic of Congo (citado el 11 de junio de 2003). Disponible en: www.relfeweb.int/w/rwb.nsf/s/5AEFE5133D770CABC1256D480059F748
5. Allard R., Arcos P., Pereira J. Salud Pública y conflictos bélicos: las emergencias humanitarias complejas: Rev Adm Sanit 2003; 1 (1): 29-45
6. Marshall M. Measuring the societal impact of war: En: Hampson F.O., Malone D. (Eds). From reac-

- tion to conflict prevention: opportunities for the UN system. Boulder C.O. Lynne Rienner: International Peace Academy; 2001. p. 63-104
7. Leaning J. War and he enviromoment: Human health consequences on the environmental damage of war. En: Chivian E., Mc Cally M., Hu H., Aines A. (Eds). Critical condition: Human health and the environment. Cambridge, Mass. (USA): MIT Press; 1993. p. 123-37
 8. Banatvala N., Zwi A. Public health and humanitarian interventions: developing the evidence base. *BMJ* 2000; 321: 101-05
 9. Tailhades M., Toole M.J. Disasters: What are the needs? How can they be assessed?. *Tropical doctor* 1991; 21 (suppl 1): 18-23
 10. Actualizaciones del proyecto Esfera. Disponible en: <http://www.proyectoessfera.com>.
 11. Bradt D., Drummond C. Rapid Epidemiological Assessment of health status in displaced populations. An evolution toward standardised minimum, essential data sets. *Prehosp Disast Med* 2003, 18 (1): 181-85. Erratum en 17 (4) 2002.
 12. Hewison C., Working in a war zone. The impact on humanitarian health workers. *Aust Fam Physician* 2003; 32 (9): 679-81
 13. Simonnot C. Questions concerning humanitarian action. *Med Trop* 2002; 62(4): 422-24
 14. Moresky R.T. et al. Preparing international relief workers for health care in the field: an evaluation of organizational practices. *Prehos Disast Med* 2001; 16 (4): 257-62
 15. Burkle F. Lesson learnt and the future expectations of complex emergencies. *BMJ* 1999; 319: 422-6
 16. Zerrouki A., Gagnayre R., Biberson P. Education of health personnel in the design of humanitarian actions; the experiences for a non-governmental organization. *Santé Publique* 2000; 12(3): 355-62
 17. Bommiza O., Sondorf E. Health policy formulation in complex political emergencies and post conflict countries. A literature review. Disponible en: www.who.int/disasters/tgcfm?doctypeID=41 y www.who.int/disasters/repo/8678.pdf
 18. Rodríguez S., Terry Berro B. Guía práctica para la fase de emergencia en caso de desastres y poblacio-
 - nes desplazadas; *Rev Cubana Hig Epidemiol* 2002; 40 (2): 112-20
 19. Murray C.J.L. et al. Armed Conflict as a public health problem. *BJM* 2002; 324: 346-49
 20. Goodhand J., Hulme D. From wars to complex political emergencies: understanding conflict and peace-building in the new world disorder. *Third World Quarterly* 1999; 20(1): 13-26
 21. Halland A. Evaluating humanitarian assistance programmes in complex emergencies: good practice review. London: ODI Relief and Rehabilitation Network; 1998.
 22. The Sphere Project: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. Geneva: Oxfam Publishing; 1998.
 23. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR): Handbook for emergencies. Geneva: UNHCR; 2000.
 24. Médecins sans frontières: Refugee health. An approach to emergency situations. Hong Kong: MacMillan Education; 1997.
 25. World Health Organization (WHO): Rapid health assessment protocols for emergencies. Geneva: WHO; 1999.
 26. International Committee of the Red Cross (ICRC): War and Public Health. Geneva: ICRC; 1996.
 27. U.S. Agency for International Development (USAID) Office of Foreign Disaster Assistance: Field operations Guide for Disaster Assessment and response. Washington: USAID/OFDA; 1998.
 28. OXFAM: The field directors' handbook, an Oxfam manual for development workers. Oxford (UK): Oxfam; 1985.
 29. United Nations Children's Foundation (UNICEF): Assisting in emergencies. A resource handbook for UNICEF field staff. Geneva: UNICEF; 1986.
 30. Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA): Orientation handbook on complex emergencies. Geneva: OCHA; 1999.
 31. Waldman J. «Prioritising health care in complex emergencies». *Lancet* 2001; 357: 1427-9.
 32. The Strategy of the ECHO Humanitarian activities: Annual report on humanitarian aid 2003 (COM,

2004. 583). Disponible en: www.europa.eu.int/comm/echo/information/strategy/index_en.htm
33. United Nations Development Program (UNDP). Human Development Report. Oxford and New York: Oxford University Press; 1994.
34. Zwi A., Uglade A. Political violence in the third world: a public health issue. *Health Policy and Planning* 1991; 6: 203-7.
35. Sheik M., Gutierrez M.I., Bolton P., Spiegel P., Thierin M., Burham G. Deaths among humanitarian workers. *BMJ* 2000; 321:166-8.