



# El Proyecto Esfera



Carta  
Humanitaria y  
Normas mínimas  
de respuesta  
humanitaria en  
casos de desastre

## Publicado por:

El Proyecto Esfera

Derechos de autor © Proyecto Esfera 2004

Apdo. Postal 372, 1211 Ginebra 19, Suiza

Tel: +41 22 730 4501 Fax: +41 22 730 4905

Email: [info@sphereproject.org](mailto:info@sphereproject.org) Web: <http://www.sphereproject.org>

## Proyecto Esfera

El Proyecto Esfera es un programa del *Steering Committee for Humanitarian Response* (SCHR, Comité Directivo para la Respuesta Humanitaria) y de InterAction con VOICE (*Voluntary Organisations in Cooperation in Emergencies*, Organizaciones Voluntarias para la Cooperación en Situaciones de Emergencia) y el ICVA (*International Council of Voluntary Agencies*, Consejo Internacional de Organizaciones Voluntarias). El proyecto fue lanzado en 1997 para desarrollar un conjunto de normas mínimas universales en áreas centrales de la asistencia humanitaria. El objetivo del proyecto es mejorar la calidad de la asistencia humanitaria prestada a personas afectadas por los desastres, y aumentar el grado de rendición de cuentas del sistema humanitario en la respuesta en casos de desastre. La Carta Humanitaria y las Normas mínimas de respuesta humanitaria en casos de desastre son producto de la experiencia colectiva de muchas personas y organismos, y por lo tanto no se deben contemplar como representativas de las opiniones de ninguna entidad en particular.

Primera prueba 1998 Primera edición final 2000 Esta edición 2004

Intermon Oxfam ISBN 84 8452 237 7

Oxfam GB ISBN 0 85598 512 7

Se puede obtener un registro de catálogo de esta publicación solicitándola a la British Library o la US Library of Congress.

*Se reservan todos los derechos. La autoría de este material está protegida por copyright, pero puede ser reproducido por cualquier método, sin abonar derechos, si se hace con fines educativos, aunque no si se destina a la venta. Para todos los usos de este tipo se requiere la obtención de un permiso, que normalmente se concederá de inmediato. Para copiarlo en otras circunstancias, o para su re-utilización en otras publicaciones, o para su traducción o adaptación, se debe obtener de antemano el permiso escrito del titular del copyright, y es posible que sea necesario abonar una cantidad por este concepto.*

Distribución mundial: Intermón Oxfam y Oxfam GB en nombre del Proyecto Esfera.

Los pedidos se deben dirigir a: Intermón Oxfam, Roger de Llúria, 15 08010

Barcelona, España. Tel +34 (93) 482 07 00 Fax: +34 (93) 482 07 07

Email: [info@IntermonOxfam.org](mailto:info@IntermonOxfam.org) Web: [www.intermonoxfam.org](http://www.intermonoxfam.org)

Disponible también (para pedidos combinando otros idiomas) desde:

Oxfam Publishing, 274 Banbury Road, Oxford OX2 7DZ, Reino Unido

Tel: +44 1865 311311 Fax: +44 1865 312600

Email: [publish@oxfam.org.uk](mailto:publish@oxfam.org.uk) Web: [www.oxfam.org.uk/publications](http://www.oxfam.org.uk/publications)

Intermón Oxfam y Oxfam GB son miembros de Oxfam Internacional.

Diseñado por: DS Print and Redesign, Londres.

Imprimido por: Musumeci, Aosta, Italia.

Traducción española: Profesor Francisco Ariza (SOL language)

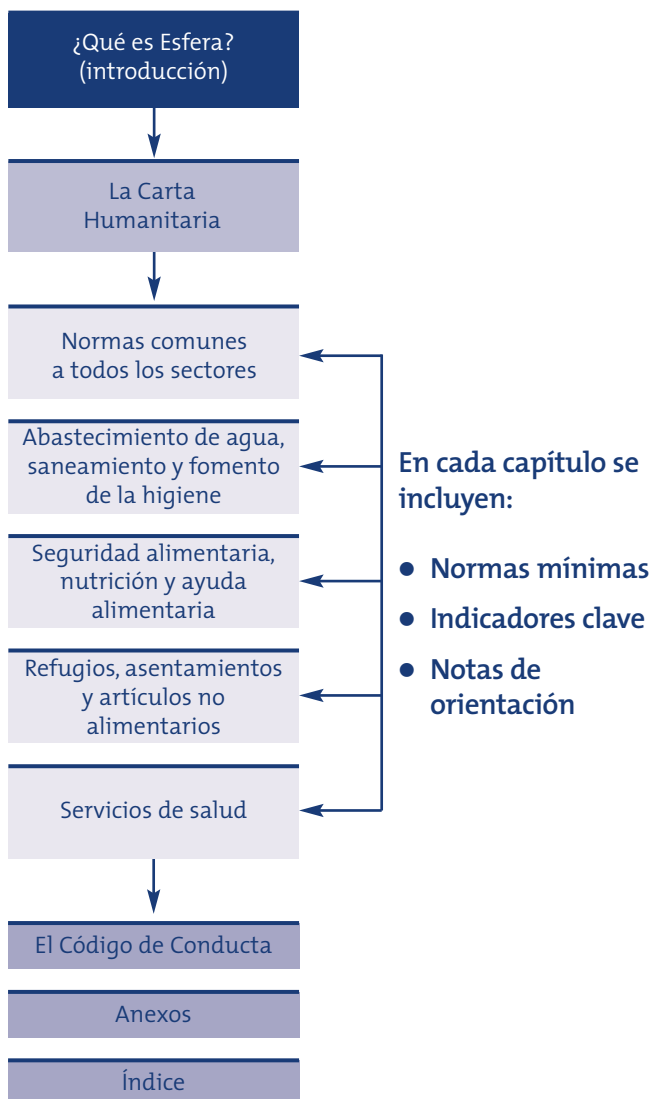
# Índice de materias

¿Qué es Esfera? .....	5
La Carta Humanitaria .....	17
Capítulo 1: Normas mínimas comunes a todos los sectores.....	25
Capítulo 2: Normas mínimas en materia de abastecimiento de agua, saneamiento y fomento de la higiene .....	61
Capítulo 3: Normas mínimas en materia de seguridad alimentaria, nutrición y ayuda alimentaria.....	121
Capítulo 4: Normas mínimas en materia de refugios, asentamientos y artículos no alimentarios .....	241
Capítulo 5: Normas mínimas en materia de servicios de salud .....	296

## Anexos

1. Instrumentos jurídicos que sustentan el Manual de Esfera..	371
2. <i>Código de Conducta Relativo al Socorro en Casos de Desastre para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja y las organizaciones no gubernamentales (ONG)</i> .....	373
3. Agradecimientos .....	386
4. Siglas.....	390
Índice .....	393
Información sobre el Proyecto Esfera .....	404
Formulario para aportar comentarios .....	408

# Estructura general del Manual



# ¿Qué es Esfera?

¿Qué es Esfera?

El Proyecto Esfera se basa en dos convicciones principales: primera, que se deben tomar todas las medidas posibles para aliviar el sufrimiento humano producido por calamidades y conflictos; y segunda, que las personas afectadas en los casos de desastre tienen derecho a vivir con dignidad y por lo tanto tienen derecho a recibir asistencia humanitaria. Esfera es tres cosas: un manual de orientación y guía, un amplio proceso de colaboración y la expresión de un compromiso a favor de la calidad y la rendición de cuentas.

Esta iniciativa fue lanzada en 1997 por un grupo de ONG dedicadas a la asistencia humanitaria y el movimiento de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, que elaboraron una Carta Humanitaria y determinaron una serie de Normas mínimas como meta a alcanzar en la asistencia en casos de desastre, en cada uno de cinco sectores (abastecimiento de agua y saneamiento, nutrición, ayuda alimentaria, refugios y servicios de salud). Este proceso llevó a la publicación del primer manual de Esfera en el año 2000. En conjunto, la Carta Humanitaria y las Normas mínimas en casos de desastre contribuyen a formar un marco de referencia operativo que facilita la rendición de cuentas a la hora de realizar esfuerzos de asistencia en casos de desastre.

La piedra angular del manual es la Carta Humanitaria, que se basa en los principios y disposiciones del derecho internacional humanitario, la legislación internacional sobre derechos humanos, el derecho sobre refugiados y el *Código de Conducta Relativo al Socorro en Casos de Desastre para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja y las organizaciones no gubernamentales (ONG)*. La Carta enuncia los principios centrales por los que se rige la acción humanitaria y reafirma el derecho de las poblaciones afectadas por los desastres, sean naturales o causados por el hombre (incluidos los conflictos armados), a recibir protección y asistencia. También reafirma el derecho de las personas afectadas por los desastres a vivir con dignidad.

En la Carta se señalan las responsabilidades legales de los Estados y de

las partes beligerantes a garantizar el derecho a recibir protección y asistencia. Si las autoridades competentes son incapaces de cumplir con sus responsabilidades (o no están dispuestas a ello), están obligadas a permitir que las organizaciones de ayuda humanitaria proporcionen asistencia y protección.

Las Normas mínimas y los indicadores clave han sido elaborados haciendo uso de amplias redes de practicantes (agentes humanitarios) en cada uno de los sectores. La mayoría de estas normas, y de los indicadores que las acompañan, no son nuevas sino que consolidan y adaptan conocimientos y prácticas ya existentes. Tomadas en conjunto, representan el elevado grado de consenso que existe a lo ancho de un amplio abanico de entidades y responden a una permanente determinación de cerciorarse de que los derechos humanos y los principios humanitarios serán llevados a la práctica.

Hasta la fecha hay más de 400 entidades en 80 países diferentes repartidos por todo el mundo que han realizado aportaciones al desarrollo de las Normas mínimas y los indicadores clave. Esta nueva edición del manual (2004) ha sido revisada a fondo teniendo en cuenta avances técnicos recientes y comentarios y aportaciones recibidos de organismos que utilizan Esfera en el terreno. En particular, se ha añadido un sexto sector, el de seguridad alimentaria, que ha sido integrado con los de nutrición y ayuda alimentaria. Se incluye también un nuevo capítulo en el que se detallan ciertas normas sobre procesos que son comunes a todos los sectores. Entre ellas se encuentran la participación, la valoración, la respuesta, la selección de beneficiarios, el seguimiento, la evaluación y las competencias y gestión del personal. Adicionalmente, se han tenido en cuenta siete temas de relevancia para todos los sectores (infancia, personas de edad, discapacitados, género, protección, VIH/sida y medio ambiente) que son de relevancia para todos los sectores.

## **Cuándo usar este libro**

El manual de Esfera ha sido concebido para su utilización en la respuesta ante situaciones de desastre. También puede resultar de utilidad en la preparación para casos de desastre y en las labores de incidencia política y social de tipo humanitario. El contenido del

manual es aplicable en una amplia gama de situaciones en las que se requieren actuaciones de auxilio humanitario, entre las que se incluyen los desastres naturales al igual que los conflictos armados. Su diseño permite que sea utilizado tanto en situaciones que surgen súbitamente como en otras que se forjan de modo paulatino, en entornos rurales y urbanos, en países desarrollados y en vías de desarrollo, en cualquier parte del mundo. En todo el libro se hace hincapié en atender a las necesidades urgentes de las personas afectadas por los desastres en términos de supervivencia, mientras que a la vez se afirma su derecho humano básico a vivir con dignidad.

A pesar de este tipo de enfoque, la información que contiene este manual no es prescriptiva. Se puede aplicar de forma flexible a otras situaciones, como por ejemplo la preparación para casos de desastre y el periodo de transición tras el auxilio humanitario en situaciones de desastre. La información no ha sido pensada para su uso a la hora de responder ante desastres tecnológicos, como los relativos a calamidades de índole tecnológica, industrial, química, biológica o nuclear. Con todo, aunque no aborda estos tipos de desastres de manera específica, tiene relevancia para situaciones en las que los movimientos de población u otras consecuencias provocadas por acontecimientos de este tipo crean la necesidad de asistencia humanitaria.

## Calendario

El calendario en el que se pueda usar el manual dependerá principalmente del contexto. Es posible que los organismos participantes tarden días, semanas o incluso meses en cumplir con las Normas mínimas y los indicadores especificados en un sector determinado. En algunas situaciones, las Normas mínimas se podrán alcanzar sin la necesidad de intervención externa. En los casos en que ello es pertinente, en las notas de orientación se sugieren calendarios realistas para la implementación de las normas y los indicadores.

Entre los organismos de ayuda humanitaria existen diferentes planteamientos sobre cómo llevar a cabo las actividades de asistencia, basados en diferencias de identidades, mandatos y capacidades. Estas diferencias apuntan hacia el concepto de complementariedad, según el

cual los organismos humanitarios emplean diferentes modos de actuación o técnicas distintas en el desempeño de su responsabilidad de prestar asistencia. En todos los contextos, la respuesta ante el desastre debe servir de apoyo y/o complemento a servicios gubernamentales ya implantados, en términos de estructura, diseño y sostenibilidad a largo plazo.

## **Cómo usar este libro**

Disponemos ya de numerosos manuales de campo que ofrecen orientación de tipo práctico a los trabajadores humanitarios. Este libro no es un “manual de instrucciones”, sino que más bien ofrece un conjunto de normas mínimas e indicadores clave que informan los diversos aspectos de las actuaciones de carácter humanitario, desde la valoración inicial hasta la coordinación y las labores de incidencia. Las normas son formulaciones generales que definen el nivel mínimo que se ha de alcanzar en cada contexto determinado; los indicadores hacen de “señales” que determinan si se ha dado cumplimiento o no a una cierta norma; y las notas de orientación facilitan información complementaria.

Cada uno de los cuatro capítulos de contenido técnico – abastecimiento de agua, saneamiento y fomento de la higiene; seguridad alimentaria, nutrición y ayuda alimentaria; refugios, asentamientos y artículos no alimentarios; y servicios de salud – posee su propio conjunto de normas e indicadores. El capítulo inicial, que trata de normas comunes, establece las directrices para el diseño y la puesta en práctica de programas que son aplicables a todos los sectores. Es éste el capítulo que se debe leer en primer lugar, antes de pasar al correspondiente capítulo técnico.

Las notas orientativas de cada capítulo se relacionan con puntos específicos que han de ser considerados a la hora de aplicar las normas en diferentes situaciones. En dichas notas se ofrecen consejos sobre cuestiones prioritarias y sobre cómo abordar las dificultades prácticas, y además en ellas quedan reseñados ciertos dilemas, puntos polémicos y lagunas en nuestros actuales conocimientos. Las notas de orientación se relacionan siempre con un indicador clave específico, y esta vinculación va indicada en el texto. Los indicadores clave deben leerse siempre conjuntamente con la nota orientativa correspondiente.

Cada capítulo contiene también una breve introducción en la que se explicitan los principales temas que son pertinentes en cuanto a ese sector, así como anexos en los que se incluyen listas de referencias selectas que remiten a fuentes complementarias de información técnica, listas de verificación de la valoración y, cuando hace al caso, fórmulas, tablas y ejemplos de formularios de informes. Es importante tener presente que existe una interconexión entre todos los capítulos, y que con frecuencia las normas descritas en un sector determinado deberán ser abordadas conjuntamente con normas descritas en otros.

## **Diferencia entre normas e indicadores**

Las normas están sustentadas por el principio de que las poblaciones afectadas por casos de desastre tienen derecho a vivir con dignidad. Son, pues, de naturaleza cualitativa, y se estima que tienen carácter universal y aplicable a cualquier género de entorno operativo. Los indicadores clave, que sirven para medir el grado de consecución de las normas, pueden ser de índole cualitativa o cuantitativa, y funcionan como herramientas para calcular el impacto de los procesos empleados y los programas implementados. Sin ellos, las normas serían poco más que expresiones de buenas intenciones, difíciles de llevar a la práctica.

Las normas para los diversos sectores no existen de forma aislada, sino que son interdependientes. No obstante, se produce inevitablemente cierta tensión entre la formulación de normas universales y la capacidad para aplicarlas en la práctica. Cada contexto es diferente de los demás. En ciertos casos, habrá factores locales que harán inalcanzable la realización de todas las normas e indicadores. Cuando así suceda, deberá ser descrito el desfase entre las normas e indicadores que figuran en el libro y lo que se presenta en la realidad, junto con las razones por las que existe tal desequilibrio y la explicación de lo que se hace necesario modificar.

## **Reconocimiento de las vulnerabilidades y capacidades de las poblaciones afectadas por los desastres**

A fin de optimizar las estrategias de afrontamiento de las personas afectadas por los desastres, es importante reconocer las diferentes vulnerabilidades, necesidades y capacidades de los grupos afectados.

Hay factores específicos, como el género, la edad, la discapacidad y el estatus de VIH/sida, que afectan a la vulnerabilidad y condicionan la capacidad de las personas para enfrentarse con los problemas y sobrevivir en el contexto de un desastre. En particular, las mujeres, los niños, las personas de edad y las afectadas por el VIH o sida (personas que viven con el VIH o sida – PVVS) pueden sufrir desventajas específicas a la hora de afrontar los desastres, y es posible que tengan que enfrentarse con barreras físicas, culturales y sociales que les obstaculicen el acceso a los servicios y el apoyo a que tienen derecho. A menudo el origen étnico o la afiliación religiosa o política, o el desplazamiento, pueden causar riesgos para ciertas personas que de ordinario no serían consideradas vulnerables.

Si no se reconocen las diferentes necesidades de los grupos vulnerables y las barreras que afrontan para obtener acceso igual a las correspondientes prestaciones y apoyo, estas personas pueden quedar marginadas, o incluso verse excluidas de asistencia que les es vital. Es esencial proporcionar a las poblaciones afectadas por los desastres información acerca de su derecho a recibir asistencia y los medios para conseguirla. La provisión de dicha información a grupos vulnerables tiene una importancia especial porque, cuando se ven arrostrados por la erosión o pérdida de sus bienes, su capacidad para encarar los problemas y recuperarse puede que sea menor que la de otros y es posible que necesiten más apoyo. Por estas razones, es esencial que se reconozca a grupos vulnerables específicos, que se entienda la forma como se ven afectados en los diversos contextos de desastres, y que se formule una respuesta en base a todo ello. Se deberá dedicar un cuidado especial a proteger y ayudar a todos los grupos afectados de un modo que no sea discriminatorio y que esté de acuerdo con sus necesidades específicas.

Sin embargo, a las poblaciones afectadas por los desastres no se las debe ver como víctimas desvalidas. En esta consideración están incluidos los integrantes de grupos vulnerables. Estas personas poseen, y adquieren, ciertas habilidades y capacidades, y cuentan con estructuras para afrontar la situación del desastre y responder que deben ser reconocidas y apoyadas. Tanto las personas individuales como las familias y las comunidades pueden contar con grandes capacidades de respuesta y adaptación a la hora de enfrentarse con los

desastres. Las valoraciones iniciales deben tener en cuenta estas capacidades y habilidades de la población afectada en la misma medida que sus necesidades y deficiencias. Independientemente de que el desastre surja de repente o se forje de modo gradual, las personas individuales y las comunidades se adaptarán y recuperarán sus efectos de forma activa, de acuerdo con sus propias prioridades.

Los grupos más vulnerables son los compuestos por mujeres, niños, personas de edad, personas que viven con el VIH o sida, y minorías étnicas. No es ésta una lista exhaustiva de grupos vulnerables, pero sí incluye a los que se suelen identificar con mayor frecuencia. En el manual, cuando se emplea el término “grupos vulnerables”, se hace referencia a todos estos grupos. Puede que existan circunstancias en las que un grupo particular de personas vulnerables se encuentre acechado por mayores riesgos que otro, pero en cualquier momento en que un grupo determinado se vea amenazado será probable que otros grupos estén también expuestos a peligros. En general, en el manual se elude especificar entre diferentes grupos vulnerables. A los usuarios del manual se les insta encarecidamente a que, cuando vean que un grupo afronta un riesgo, piensen con claridad en todos los grupos mencionados en esta lista.

## Temas de relevancia para todos los sectores

En la revisión del Manual hemos tratado de abordar ciertas cuestiones importantes que son de relevancia para todos los sectores. Estos temas se relacionan con: 1) la infancia; 2) las personas de edad; 3) los discapacitados; 4) el género; 5) la protección; 6) el VIH/sida; y 7) el medio ambiente. Estos temas han sido integrados en las pertinentes secciones de cada capítulo, en vez de ser tratados en paralelo. Fueron escogidos por su relación con la vulnerabilidad y porque eran los que se mencionaron con más frecuencia en los comentarios aportados por los usuarios de Esfera en el terreno. En el Manual no se ha podido dedicar un tratamiento exhaustivo a todos los temas con referencias cruzadas, pero sí se reconoce su importancia.

**La infancia.** Se deben tomar medidas especiales para garantizar que todos los niños se vean protegidos contra lo que les puede hacer daño y que tengan acceso equitativo a los servicios básicos. Como los niños

suelen constituir la sección más numerosa de las poblaciones afectadas, es de crucial importancia que sus opiniones y sus vivencias no se lleguen a conocer únicamente durante la valoración de la emergencia y la planificación de la respuesta, sino que también influyan en la prestación de servicios humanitarios y en el seguimiento y evaluación de los mismos. Aunque la vulnerabilidad en ciertos casos específicos (por ejemplo, desnutrición, explotación, abducción y alistamiento en las fuerzas armadas, violencia sexual y falta de oportunidad para participar en el proceso de toma de decisiones) puede tener aplicación también para la población en general, el impacto que mayor daño causa es el sentido por los niños y los jóvenes.

Según la Convención sobre los Derechos del Niño, se considera que un niño es una persona de menos de 18 años. Sin embargo, dependiendo del contexto social y cultural, se puede definir al niño de un modo diferente entre diversos grupos de poblaciones. Será esencial que se lleve a cabo un meticuloso análisis de la manera como se define la infancia en la comunidad de que se trate, para asegurarse de que ningún niño ni persona joven quede excluido de las prestaciones humanitarias.

**Las personas de edad.** Son personas de edad las mujeres y los hombres de más de 60 años, según las Naciones Unidas. Pero existen factores culturales y sociales que comportan una variación en el concepto entre un contexto y otro. Los mayores componen un grupo numeroso entre aquellos que son vulnerables dentro de las poblaciones afectadas por los desastres, y sin embargo sus aportaciones en términos de preservar vidas y luchar por la rehabilitación son también de gran importancia. Si queremos saber qué es lo que más vulnerabilidad crea entre las personas de edad en situaciones de desastres, el aislamiento resulta el factor más significativo. Junto con el trastorno causado en las estrategias de subsistencia y las estructuras de apoyo de la familia y de la comunidad, el aislamiento exagera las vulnerabilidades ya existentes derivadas de problemas crónicos de salud y movilidad, así como las deficiencias mentales potenciales. No obstante, la experiencia nos dice que existe una mayor probabilidad de que las personas de edad den ayuda, en vez de recibirla. Si se les presta apoyo, podrán desempeñar papeles importantes como cuidadores, gestores de recursos y generadores de ingresos mientras que a la vez podrán

utilizar sus conocimientos y experiencia relativos a las estrategias de afrontamiento de la comunidad para contribuir a preservar la identidad cultural y social de la comunidad y fomentar la resolución de conflictos.

**Los discapacitados.** En cualquier género de desastre son especialmente vulnerables los discapacitados, que se pueden definir como personas que padecen disminuciones físicas, sensoriales o afectivas, o bien dificultades de aprendizaje, que hacen que les sea más difícil utilizar los servicios normales de apoyo en casos de desastre. Para poder sobrevivir los periodos de desplazamiento y otros trastornos, es necesario que cuenten con un grado de accesibilidad a los servicios normales que se corresponda lo más posible con sus necesidades. Además, es preciso que este proceso sea posibilitado por una red de apoyo social, basada normalmente en la familia.

**El género.** La igualdad de derechos entre mujeres y hombres está recogida explícitamente en los documentos relativos a los derechos humanos que forman la base de la Carta Humanitaria. Las mujeres y los hombres, las niñas y los niños, tienen los mismos derechos a recibir asistencia humanitaria; a ser respetados por su dignidad humana; a que se reconozcan sus iguales capacidades humanas, incluida la capacidad de elegir; a contar con las mismas oportunidades de actuar en base a sus propias elecciones; y a disponer del mismo grado de poder para influir en el resultado de sus acciones.

Las respuestas humanitarias tienen mayor efectividad cuando se basan en un claro entendimiento de las diferentes necesidades, vulnerabilidades, intereses, capacidades y estrategias de afrontamiento de los hombres y las mujeres, así como las distintas repercusiones que tienen en ellos y ellas los desastres. La apreciación de estas diferencias, y de las desigualdades entre mujeres y hombres en sus roles y cargas laborales, en el acceso a los recursos y el control de los mismos, en el poder para tomar decisiones y en las oportunidades para desarrollar sus habilidades, se consigue mediante el análisis de los temas del género. El género intersecciona todos los restantes temas de relevancia para todos los sectores. Los objetivos humanitarios de proporcionalidad e imparcialidad suponen prestar atención a alcanzar igualdad entre mujeres y hombres y garantizar resultados igualitarios.

**La protección.** La asistencia y la protección son los dos pilares indivisibles de la actuación humanitaria. Los organismos humanitarios afrontan a menudo situaciones en las que las acciones o la obstrucción humanas constituyen un riesgo para el bienestar fundamental o la seguridad de comunidades enteras o de sectores de una población, y esta amenaza constituye una violación de los derechos de la población tal como son reconocidos por el derecho internacional. Este tipo de amenaza puede revestir la forma de peligros directos contra el bienestar de las personas, o sus medios de subsistencia, o su seguridad. En el contexto de los conflictos armados, la consideración humanitaria prioritaria es proteger a las personas frente a tales peligros.

La modalidad de auxilio humanitario prestado y la forma como se facilita podrán ejercer un impacto (positivo o negativo) importante en cuanto a la seguridad de la población afectada. En este manual no se incluyen descripciones detalladas de estrategias o mecanismos de protección, ni de los métodos que deben adoptar los organismos para cumplir con su cometido. Sin embargo, siempre que es posible se hace referencia a ciertos aspectos de la protección o a temas relativos a derechos humanos, como por ejemplo la protección contra el abuso y la explotación sexuales o la necesidad de garantizar un registro adecuado de la población, ya que los organismos deben tener en cuenta estos factores cuando intervienen en la prestación de asistencia.

**El VIH/sida.** Los mecanismos de afrontamiento y la capacidad de recuperación de las comunidades quedan reducidos en los casos en que el VIH/sida están muy extendidos y en consecuencia descende el umbral tras el cual los factores causantes de estrés producen un desastre mientras que a la vez puede que aumente la cantidad de tiempo que tarda en recuperarse la comunidad. Las personas que viven con el VIH/sida (PVVS) con frecuencia sufren discriminación, y por tanto es necesario mantener una estricta confidencialidad y facilitar protección si les hace falta. Este debilitante mal no afecta solamente a las personas individuales que lo sufren, sino también a sus familias y comunidades porque, en sus años más productivos, los jóvenes (y en especial las jóvenes) son desproporcionadamente más afectados tanto física y psicológica como económicamente. Cuando la pandemia madura y fallecen más enfermos, cambian las características demográficas de la comunidad de modo que el número de niños

(incluyendo huérfanos) y ancianos que quedan entre los supervivientes es totalmente desproporcionado. Estos grupos vulnerables requieren atención especial, y es posible que los programas de auxilio humanitario tengan que ser modificados para poder atenderlos.

**El medio ambiente.** Se entiende por “medio ambiente” el entorno físico, químico y biológico en el que viven y desarrollan sus medios de subsistencia las comunidades locales afectadas por casos de desastre. El medio ambiente proporciona los recursos naturales que sostienen a las personas y determina la calidad del entorno vital. Es preciso protegerlo para que se mantengan estas funciones esenciales. Las Normas mínimas abordan la necesidad de impedir la excesiva explotación, la contaminación y la degradación de las condiciones medioambientales. En estas Normas se propone un mínimo de actuaciones preventivas cuyo objetivo es la implantación de mecanismos que fomenten la adaptabilidad de los sistemas naturales para la autorrecuperación.

## Ámbito y limitaciones del manual de Esfera

La capacidad de los organismos para cumplir con las Normas mínimas dependerá de una serie de factores, de algunos de los cuales tendrán control mientras que otros, como por ejemplo factores políticos y sociales, podrán estar fuera de su alcance. Tendrá especial importancia la medida en que los organismos dispongan de acceso a las poblaciones afectadas, el que cuenten con el consentimiento y cooperación de las autoridades oficiales, y el que puedan operar en condiciones de un razonable grado de seguridad. De igual importancia crítica es tener acceso a suficientes recursos económicos, humanos y materiales.

La Carta Humanitaria es una declaración general de principios humanitarios, pero este manual no podrá por sí solo constituir una completa guía de evaluación o un conjunto exhaustivo de criterios para la acción humanitaria. En primer lugar, las Normas mínimas no cubren todas las formas posibles de asistencia humanitaria apropiada. Segundo, inevitablemente surgirán situaciones en las que será difícil (si no imposible) cumplir con todas las normas. Hay numerosos factores – que incluyen la falta de acceso o la inseguridad, la insuficiencia de recursos, la participación de otros interventores y el incumplimiento de la legislación internacional – que contribuirán a crear condiciones muy

difíciles para la realización de las labores humanitarias.

Por ejemplo, los organismos podrán comprobar en ocasiones que los recursos con los que cuentan resultan insuficientes para atender a las necesidades de las poblaciones afectadas; en tales casos podrá hacerse preciso establecer prioridades entre las necesidades y las respuestas, y entre labores de incidencia política y social de un tipo o de otro, para combatir los obstáculos que entorpecen la adecuada asistencia y protección. En situaciones en que sea elevado el grado de vulnerabilidad de las poblaciones locales ante el desastre, o en que exista pobreza generalizada o se prolongue el conflicto, podrá suceder que las Normas mínimas excedan a las normales condiciones de vida cotidiana en la localidad. Como esta situación podría producir resentimiento, es necesario tener en cuenta las condiciones locales, y los programas se deben concebir siempre pensando en la igualdad entre las poblaciones afectadas y las colindantes.

Se reconoce que en muchos casos no se alcanzará el cumplimiento de todos los indicadores y normas, pero los usuarios de este libro deberán esforzarse por conseguir todos los objetivos en el más alto grado que sea posible. En la fase inicial de una respuesta, por ejemplo, la provisión de instalaciones básicas para toda la población afectada podrá tener más importancia que cumplir con las Normas mínimas y los indicadores únicamente con respecto a una cierta proporción de la población. En este manual no se puede aspirar a lograr una cobertura total de las cuestiones ni a resolver todos los dilemas posibles, pero se puede proponer punto de partida, con la utilización de normas e indicadores basados en el consenso derivado de años de experiencia y de buenas prácticas. Se ofrecen también notas de orientación enfocadas en direcciones prácticas. Y se incluye la Carta Humanitaria, que sugiere un marco legal y una base para las labores de incidencia social y política.

La Carta Humanitaria y las Normas mínimas no resolverán todos los problemas de la respuesta humanitaria, ni podrán precaver todo el sufrimiento humano. Lo que se ofrece es una herramienta para que los organismos humanitarios mejoren la efectividad y la calidad de la asistencia que prestan, y que con ello se pueda marcar una diferencia significativa en la vida de las personas afectadas por los desastres.



# La Carta Humanitaria

# La Carta Humanitaria

Los organismos humanitarios comprometidos a respetar esta Carta Humanitaria y las Normas mínimas se proponen ofrecer niveles de servicio definidos a las personas afectadas por calamidades o conflictos armados, y promover la observancia de los principios humanitarios fundamentales.

La Carta Humanitaria expresa el compromiso asumido por esos organismos de acatar dichos principios y velar por el cumplimiento de las Normas mínimas. Este compromiso se basa en el reconocimiento por los organismos humanitarios de sus propias obligaciones éticas, y refleja los derechos y deberes consagrados en el derecho internacional, respecto del cual los Estados y otras partes han contraído obligaciones.

La Carta centra la atención en las exigencias fundamentales que entraña la acción destinada a sustentar la vida y la dignidad de las personas afectadas por calamidades o conflictos. Por su parte, las Normas mínimas que acompañan la Carta tienen por objeto cuantificar esas exigencias por lo que respecta a las necesidades de las personas en materia de agua, saneamiento, nutrición, alimentos, refugio y servicios sanitarios. En conjunto, ambos instrumentos conforman un marco operativo para la rendición de cuentas respecto a las actividades de asistencia humanitaria.

## 1 Principios

Reafirmamos nuestra creencia en el imperativo humanitario y su primacía. Entendemos por ello la convicción de que se deben adoptar todas las medidas posibles para evitar o aliviar el sufrimiento humano provocado por conflictos o calamidades, y de que la población civil víctima de esas circunstancias tiene derecho a recibir protección y asistencia.

Sobre la base de esta convicción, recogida en el derecho internacional humanitario y fundada en el principio de humanidad, ofrecemos nuestros servicios en calidad de organismos humanitarios. Actuaremos en conformidad con los principios de humanidad e imparcialidad y con los demás principios enunciados en el *Código de Conducta relativo al socorro en casos de desastre para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y las organizaciones no gubernamentales* (1994). El texto completo de este Código de Conducta figura en la página 373.

## **La Carta Humanitaria afirma la importancia fundamental de los principios siguientes:**

### **1.1 El derecho a vivir con dignidad**

Este derecho está inscrito en las disposiciones jurídicas relativas al derecho a la vida, a un nivel de vida decoroso y a la protección contra penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Entendemos que el derecho de una persona a la vida entraña el derecho a que se adopten medidas para preservar la vida toda vez que ésta esté amenazada, así como el correspondiente deber de otras personas de adoptar tales medidas. Queda implícito en ello el deber de no obstaculizar o impedir la prestación de asistencia encaminada a salvar vidas. Además, el derecho internacional humanitario prevé específicamente la prestación de asistencia a las poblaciones civiles durante los conflictos, obligando a los Estados y otras partes a acceder a prestar asistencia humanitaria e imparcial cuando la población civil carece de suministros esenciales.<sup>1</sup>

### **1.2 La distinción entre combatientes y no combatientes**

Esta distinción sirve de base a los Convenios de Ginebra de 1949 y sus Protocolos Adicionales de 1977. Este principio fundamental ha sido vulnerado en forma creciente, como puede comprobarse por el enorme aumento de la proporción de bajas civiles durante la segunda mitad del siglo XX. El hecho de que a menudo se aluda a conflictos internos atribuyéndoles el carácter de “guerra civil” no debe hacernos olvidar la necesidad de distinguir entre quienes participan activamente en las hostilidades, y los elementos civiles y otras personas (incluidos los enfermos, heridos y prisioneros) que no intervienen directamente en

ellas. En virtud del derecho internacional humanitario, los no combatientes tienen derecho a protección y deben gozar de inmunidad contra los ataques.<sup>2</sup>

### **1.3 El principio de no devolución**

En conformidad con este principio, ningún refugiado podrá ser enviado o devuelto a un país en donde su vida o su libertad pueda estar en peligro por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas, o cuando haya razones fundadas para creer que pueda correr peligro de ser sometido a tortura.<sup>3</sup>

## **2 Funciones y responsabilidades**

2.1 Reconocemos que las necesidades básicas de las personas afectadas por calamidades o conflictos armados se satisfacen ante todo por los propios esfuerzos de los interesados, y reconocemos que incumben al Estado la función y la responsabilidad primarias de proporcionar asistencia cuando la población no está en condiciones de hacer frente a la situación.

2.2 El derecho internacional reconoce que las personas afectadas tienen derecho a protección y asistencia. Define las obligaciones jurídicas de los Estados o las partes beligerantes de prestar dicha asistencia o permitir que sea prestada, así como de prevenir los comportamientos violatorios de los derechos humanos fundamentales y abstenerse de ellos. Estos derechos y obligaciones están recogidos en el corpus del derecho internacional relativo a los derechos humanos, el derecho internacional humanitario y el derecho de los refugiados. (Véanse las fuentes mencionadas más abajo.)

2.3 En nuestra calidad de organismos humanitarios, definimos nuestra propia función en relación con esas funciones y responsabilidades primarias. Nuestra acción de asistencia humanitaria refleja el hecho de que aquellos a quienes incumbe la responsabilidad principal no siempre están en condiciones de asumirla por sí mismos o dispuestos a hacerlo. A veces se trata de un problema de capacidad. Otras veces constituye una inobservancia deliberada de obligaciones jurídicas y

éticas fundamentales, que resulta en mucho sufrimiento humano evitable.

2.4 El hecho de que con frecuencia las partes beligerantes no respetan el propósito humanitario de las intervenciones ha puesto de manifiesto que el intento de prestar asistencia en situaciones de conflicto puede contribuir potencialmente a que aumente la vulnerabilidad de las personas civiles a los ataques, o a que de cuando en cuando una o varias partes beligerantes obtengan ventajas imprevistas. Nos comprometemos a reducir al mínimo tales efectos adversos de nuestras intervenciones, en la medida en que ello sea compatible con las obligaciones expuestas anteriormente. Es obligación de las partes beligerantes respetar el carácter humanitario de esas intervenciones.

2.5 En relación con los principios antes enunciados y en términos más generales, reconocemos y apoyamos los mandatos de protección y asistencia que tienen el Comité Internacional de la Cruz Roja y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados conforme al derecho internacional.

### 3 Normas mínimas

Las Normas mínimas presentadas a continuación se basan en la experiencia en materia de asistencia humanitaria de los organismos de ayuda. Aunque el cumplimiento de las normas depende de numerosos factores, muchos de los cuales pueden estar fuera de nuestra esfera de acción, nos comprometemos a velar sistemáticamente por su aplicación y estamos dispuestos a asumir la responsabilidad correspondiente. Invitamos a otros agentes humanitarios, incluidos los propios Estados, a que adopten estas Normas mínimas como normas consensuadas.

Al suscribir las normas expuestas en los capítulos 1 a 5, nos comprometemos a hacer cuanto esté en nuestro poder para lograr que las personas afectadas por casos de desastre tengan acceso, cuando menos, a lo mínimo necesario (agua, saneamiento, alimentos, nutrición, refugio y servicios sanitarios) para disfrutar de su derecho básico a una vida digna. A este fin, continuaremos propugnando que los gobiernos y otras partes cumplan sus obligaciones dimanantes del

derecho internacional relativo a los derechos humanos, el derecho internacional humanitario y el derecho de los refugiados.

Estamos dispuestos a asumir la responsabilidad que implica este compromiso y afirmamos nuestra intención de elaborar sistemas para la rendición de cuentas en nuestros respectivos organismos, consorcios y federaciones. Reconocemos que nuestra responsabilidad principal es ante aquellos a quienes tratamos de prestar asistencia.

---

## Notas

1. Artículos 3 y 5 de la *Declaración Universal de Derechos Humanos*, 1948; artículos 6 y 7 del *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*, 1966; artículo 3, común, de los cuatro *Convenios de Ginebra*, 1949; artículos 23, 55 y 59 del *Cuarto Convenio de Ginebra*; artículos 69 a 71 del *Protocolo Adicional I* de 1977; artículo 18 del *Protocolo Adicional II* de 1977, así como otras normas pertinentes del derecho internacional humanitario; *Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes*, 1984; artículos 10, 11 y 12 del *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, 1966; artículos 6, 24 y 37 de la *Convención sobre los Derechos del Niño*, 1989, y otros instrumentos de derecho internacional.
2. La distinción entre combatientes y no combatientes es el principio básico que sustenta el derecho internacional humanitario. Véanse, en especial, el artículo 3, común, de los cuatro *Convenios de Ginebra de 1949* y el artículo 48 del *Protocolo Adicional I* de 1977. Véase asimismo el artículo 38 de la *Convención sobre los Derechos del Niño*, 1989.
3. Artículo 33 de la *Convención sobre el Estatuto de los Refugiados*, 1951; artículo 3 de la *Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes*, 1984; y artículo 22 de la *Convención sobre los Derechos del Niño*, 1989.

## Fuentes

La presente Carta Humanitaria se inspira en los siguientes instrumentos:

*Declaración Universal de Derechos Humanos*, 1948.

*Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*, 1966.

*Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, 1966.

*Los cuatro Convenios de Ginebra* de 1949 y sus dos *Protocolos Adicionales* de 1977.

*Convención sobre el Estatuto de los Refugiados*, 1951, y *Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados*, 1967.

*Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes*, 1984.

*Convención para la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio*, 1948.

*Convención sobre los Derechos del Niño*, 1989.

*Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*, 1979.

*Principios Rectores de los Desplazamientos Internos*, 1998.





# Capítulo 1: Normas mínimas comunes a todos los sectores

# Cómo hacer uso de este capítulo

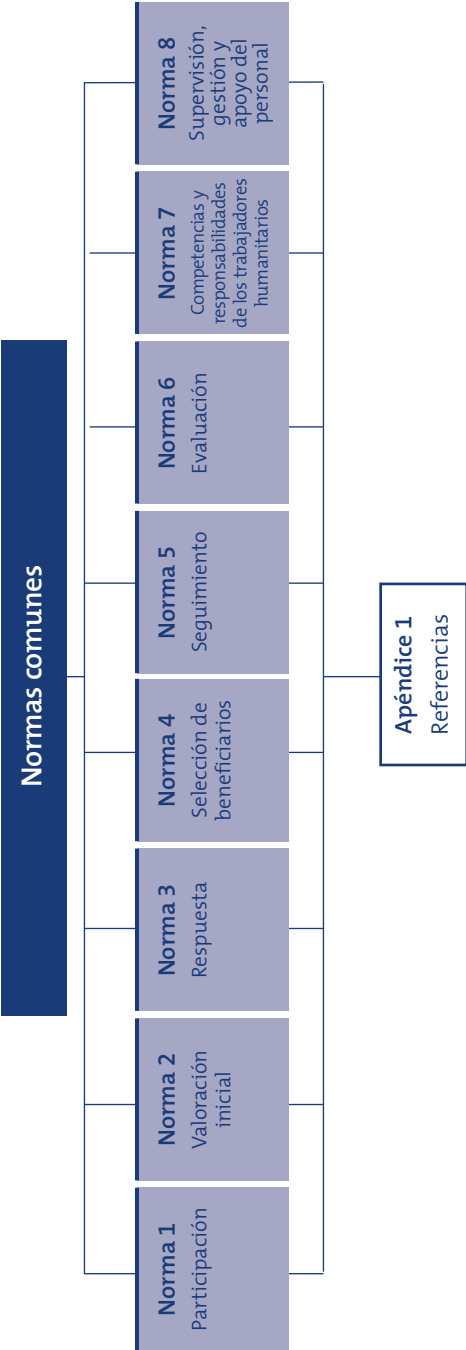
En este capítulo se explicitan ocho normas fundamentales de tipo “procedimientos y personas” que tienen relevancia con respecto a todos los sectores técnicos. Estas normas son: 1) participación, 2) valoración inicial, 3) respuesta, 4) selección de beneficiarios, 5) seguimiento, 6) evaluación, 7) competencias y responsabilidades de los trabajadores humanitarios, y 8) supervisión, gestión y apoyo del personal. Cada una de ellas contiene lo siguiente:

- *las normas mínimas*, que son de índole cualitativa y especifican los niveles mínimos que hay que alcanzar;
- *indicadores clave*, que son las “señales” que permiten comprobar si se ha cumplido con la norma y que constituyen un medio de medir y comunicar el impacto o resultado de los programas, así como de los procedimientos o métodos utilizados. Los indicadores pueden ser de carácter cualitativo o cuantitativo;
- *notas de orientación*, que abarcan: los puntos que hay que considerar a la hora de aplicar la norma y los indicadores a situaciones diferentes, una guía sobre cómo abordar las dificultades prácticas, y consejos sobre temas prioritarios. En estas notas se tratan también cuestiones de importancia crítica relacionadas con la norma o los indicadores, y se describen dilemas, puntos polémicos o lagunas en los actuales conocimientos.

El capítulo va seguido de una lista selecta de referencias que remite a fuentes de información sobre cuestiones generales y específicas de carácter técnico relacionadas con las normas.

# Índice

Introducción .....	29
1. Participación .....	32
2. Valoración inicial .....	34
3. Respuesta.....	38
4. Selección de beneficiarios .....	41
5. Seguimiento .....	43
6. Evaluación .....	45
7. Competencias y responsabilidades de los trabajadores humanitarios .....	46
8. Supervisión, gestión y apoyo del personal .....	48
 Apéndice 1: Referencias .....	 51



# Introducción

Estas normas comunes están relacionadas con cada uno de los capítulos de este manual, y son parte integral de todos ellos. Al implementar las normas enunciadas aquí, los organismos coadyuvarán a la realización de las normas presentadas en los capítulos técnicos.

## Enlaces con instrumentos jurídicos internacionales

Toda persona tiene derecho a vivir con dignidad y con respeto hacia sus derechos humanos. Corresponde a los organismos humanitarios la responsabilidad de facilitar asistencia de un modo que sea compatible con los derechos humanos, incluyendo los derechos de participación, no discriminación e información que se consignan en el corpus de derecho internacional sobre derechos humanos, el derecho internacional humanitario y el derecho de los refugiados. En la Carta Humanitaria y el *Código de Conducta Relativo al Socorro en Casos de Desastre para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja y las organizaciones no gubernamentales (ONG)* los organismos humanitarios afirman su voluntad de rendir cuentas ante aquellos a quienes tratan de asistir. En las normas comunes se esbozan las responsabilidades que incumben a las entidades y a las personas a la hora de facilitar protección y asistencia.

Normas  
Comunes

## Importancia de las normas comunes a todos los sectores

Los programas con los que son atendidas las necesidades de las poblaciones afectadas por un desastre deben estar basados en un claro entendimiento del contexto. En las valoraciones iniciales se analiza la naturaleza del desastre y su efecto en la población. Las capacidades de las personas afectadas y los recursos disponibles deben ser determinados al mismo tiempo que se valoran sus necesidades y vulnerabilidades, así como las lagunas que puedan existir en los servicios esenciales. Ninguno de los sectores debe ser examinado de forma aislada de los restantes, ni tampoco aisladamente de los temas económicos, creencias religiosas y tradicionales, prácticas sociales,

factores políticos y relativos a la seguridad, mecanismos de afrontamiento y acontecimientos que se prevé que surgirán en el futuro. Es de importancia crítica analizar las causas y efectos del desastre. Si el problema no queda definido de manera correcta y no se entiende bien, será muy difícil (si no imposible) formular una respuesta adecuada.

La respuesta dependerá de cierto número de factores, incluidos los de la capacidad con que cuenta el organismo, su competencia técnica, límites presupuestarios, familiaridad con la región o situación, y los riesgos a que estará expuesto el personal. Las normas de respuesta detalladas en este manual han sido concebidas para clarificar “quién hace qué, y cuándo”. Una vez que haya sido determinada una respuesta apropiada, se deberán establecer mecanismos de selección de beneficiarios que permitan a los organismos humanitarios prestar asistencia de forma imparcial y sin discriminación, sobre la base de las necesidades.

Al principio del proceso se deberán implantar mecanismos de seguimiento con los que medir de forma continua el progreso realizado en la consecución de los objetivos y comprobar si el programa sigue siendo pertinente dentro de un contexto en evolución. Mediante la evaluación, que se puede realizar durante la respuesta o al final de la misma, se determina la efectividad global del programa y se entresacan lecciones con las que poder mejorar programas similares en el futuro.

La calidad de la asistencia humanitaria dependerá de las destrezas, habilidades, conocimientos y compromiso del personal y de los cooperantes, cuyas labores se desarrollan en medio de condiciones difíciles y a veces inseguras. La buena gestión y la supervisión son elementos clave del programa de asistencia y, junto con el desarrollo de capacidades, podrán contribuir a garantizar que se respeten las normas mínimas de asistencia humanitaria. Dada la importancia del género y de otros temas interrelacionados, se deberá tener en cuenta la diversidad en los recursos humanos a la hora de formar un equipo.

La participación de las personas afectadas por los desastres – incluidos los grupos vulnerables mencionados más abajo – en la valoración, desarrollo, implementación y seguimiento de las respuestas deberá ser la máxima posible, a fin de lograr que la respuesta ante el desastre sea

apropiada y de calidad. Es de importancia fundamental compartir sistemáticamente los conocimientos y la información de que se disponga entre todos los participantes si se desea alcanzar un entendimiento común de los problemas y una coordinación efectiva entre los organismos.

## **Enlaces con otros capítulos**

Es de suma importancia que se lea este capítulo en primer lugar, antes de pasar al correspondiente sector técnico.

## **Vulnerabilidades y capacidades de las poblaciones afectadas por los desastres**

Los grupos más frecuentemente expuestos a riesgos en las situaciones de emergencia son las mujeres, las personas de edad, los discapacitados y los que padecen de VIH o sida (personas que viven con el VIH/sida, PVVS). En ciertos contextos algunas personas pueden ser vulnerables a causa de su etnia, por su afiliación religiosa o política, o por ser personas desplazadas. No es ésta una lista exhaustiva, pero incluye a todos aquellos que son identificados con mayor frecuencia. Hay vulnerabilidades específicas que influyen en la capacidad de la gente para enfrentarse con el desastre y sobrevivir, y dentro de cada contexto deberá determinarse cuáles son las personas que corren más peligro.

En este manual se utiliza la expresión “grupos vulnerables” para hacer referencia a todos estos grupos. Cuando un grupo particular se encuentra en peligro, es probable que también otros se vean amenazados. Por lo tanto, se recomienda encarecidamente a los usuarios del libro que, siempre que se mencionen grupos vulnerables, piensen en todos los que incluimos aquí. Debe dedicarse un cuidado especial a proteger y socorrer a todos los grupos afectados, y hacerlo de un modo que no sea discriminatorio y esté basado en sus necesidades específicas. Sin embargo, se debe recordar también que las poblaciones afectadas por los desastres poseen, y adquieren, habilidades y capacidades propias para afrontar la situación, las cuales han de ser reconocidas y apoyadas.

## Normas mínimas

### Norma común 1: participación

La población afectada por el desastre participa activamente en la valoración, diseño, implementación, seguimiento y evaluación del programa de asistencia humanitaria.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Las mujeres y los hombres de todas las edades de la población afectada por el desastre y la población local colindante, incluidos los grupos vulnerables, reciben información sobre el programa de asistencia, y durante todas las etapas del proyecto se les facilita la oportunidad de aportar sus comentarios al organismo de asistencia (véase la nota de orientación 1).
- La formulación escrita de los objetivos y planes del programa de asistencia deberá reflejar las necesidades, preocupaciones y valores de las personas afectadas por el desastre, en especial aquellas que forman parte de grupos vulnerables, y contribuir a su protección (véanse las notas de orientación 1-2).
- La elaboración del programa es diseñada de forma que se pueda obtener el máximo rendimiento de las habilidades y capacidades locales (véanse las notas de orientación 3-4).

### Notas de orientación

**1. Representación de todos los grupos:** La participación de las personas afectadas por el desastre en el proceso de toma de decisiones durante todo el ciclo del proyecto (valoración, diseño, implementación, seguimiento y evaluación) contribuye a lograr que los programas sean equitativos y tengan efectividad. Se deberá realizar un esfuerzo especial por obtener la participación de una representación equilibrada de personas dentro del programa de asistencia, entre ellas las vulnerables y marginadas. Con esta participación se podrá conseguir que los programas estén basados en la

cooperación voluntaria de las personas afectadas por el desastre y que se respete la cultura local, siempre que ello no vaya en contra de los derechos de las personas. Los programas de asistencia deberán reflejar la interdependencia de las personas individuales, las familias y las comunidades, y garantizar que no se descuiden los elementos de protección.

**2. Comunicación y transparencia:** Para lograr un buen entendimiento del problema y poder proporcionar asistencia coordinada es de fundamental importancia difundir la información y los conocimientos entre todos los participantes. Los resultados de las valoraciones deben ser comunicados activamente a todos los organismos y personas interesados. Deberán implantarse mecanismos que permitan que las personas aporten sus comentarios sobre el programa, por ejemplo, mediante reuniones públicas o por vía de las organizaciones basadas en la comunidad. En el caso de personas discapacitadas o que no puedan salir de casa, podrá ser necesario hacer uso de programas de extensión para llegar a ellas.

**3. Capacidad local:** La participación en el programa debe reforzar el sentido de la propia dignidad y esperanza de las personas en épocas de crisis, y se debe fomentar su participación de diversos modos en los programas. Éstos deberán ser diseñados de forma que desarrollen la capacidad local y se pueda evitar una influencia negativa en las propias estrategias de afrontamiento de las personas.

**4. Sostenibilidad a largo plazo:** Los beneficios a largo plazo suelen obtenerse cuando se fortalecen las capacidades locales para enfrentarse con los desastres. Los programas de respuesta en casos de desastre deberán servir de apoyo y/o de complemento a los servicios y las instituciones ya existentes en términos de estructura y diseño, y ser sostenibles cuando llega a su fin la asistencia externa. Las responsabilidades fundamentales en cuanto a las poblaciones corresponden a las organizaciones gubernamentales locales y nacionales, y éstas deben ser consultadas acerca del diseño a largo plazo de programas siempre que ello sea factible.

## Norma común 2: valoración inicial

Las valoraciones proporcionan una buena comprensión de la situación de desastre y un análisis claro de los riesgos que existen en cuanto a la preservación de la vida, la dignidad, la salud y los medios de sustento. Gracias a este análisis se podrá determinar, siguiendo un proceso consultivo con las autoridades correspondientes, si se requiere una respuesta externa y, en caso afirmativo, el carácter de esta respuesta.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Se recoge información haciendo uso de procedimientos estandarizados, y esta información se pone a disposición de todos para posibilitar la transparencia en el proceso de toma de decisiones (véanse las notas de orientación 1-6).
- En la valoración se examinan todos los sectores técnicos (agua y saneamiento, nutrición, alimentación, refugios, salud) y el entorno físico, social, económico, político y en cuanto a temas de seguridad (véase la nota de orientación 7).
- Gracias a la realización de consultas, en la valoración se tienen en cuenta las respuestas de las autoridades locales y nacionales, y de otras personas y organismos interventores (véase la nota de orientación 7).
- Son determinadas las capacidades y las estrategias locales para afrontar el desastre, tanto de la población afectada como de la población circundante (véase la nota de orientación 8)
- Siempre que ello es factible, los datos son desglosados por sexo y por edad (véase la nota de orientación 9).
- La valoración se sustenta en los derechos de las personas afectadas por los desastres, tal como estos derechos quedan definidos por el derecho internacional.
- En la valoración se toma en consideración la responsabilidad que corresponde a las autoridades competentes en cuanto a la

protección y asistencia de la población del territorio en el que ejercen sus competencias, teniendo además en cuenta la legislación, las normas y las líneas directrices nacionales que son aplicables en el lugar donde se encuentra la población afectada, en conformidad con el derecho internacional.

- En la valoración se incluye un análisis del entorno operativo, con inclusión de los factores que afectan a la seguridad y protección de la población afectada y del personal humanitario (véase la nota de orientación 10).
- El cálculo estimativo en cuanto a los números de personas es compulsado cotejando otras fuentes y es validado consultando todas las fuentes posibles; se da a conocer la base sobre la que se realizan los cálculos.
- Las conclusiones de la valoración se ponen a disposición de otros sectores, los poderes locales y nacionales, y representantes de la población afectada. Se formulan recomendaciones en cuanto a la necesidad de asistencia externa y acerca de las respuestas apropiadas, las cuales habrán de quedar vinculadas a estrategias de transición o de finalización (véase la nota de orientación 11).

En los apéndices que figuran al final de cada capítulo técnico se pueden encontrar listas de verificación correspondientes a los sectores individuales.

## Notas de orientación

1. **Las valoraciones iniciales** proporcionan la base para la prestación de la asistencia inmediata que pueda ser necesaria, y además sirven para determinar las áreas en que deberá concentrarse una valoración más detallada. La valoración inicial no es un fin en sí misma. Se debe contemplar como el primer paso en un proceso continuo de revisión y actualización que forma parte del seguimiento, en especial en aquellos casos en que la situación evoluciona con rapidez, o cuando se presentan factores de importancia crítica como grandes movimientos de población o el brote de una enfermedad. A menudo no será posible contactar o consultar adecuadamente a todos los sectores o grupos dentro de la población. Si esto sucede, deberá especificarse claramente cuáles son los grupos que han sido omitidos, y realizar esfuerzos para volver a ellos en la primera oportunidad que se presente.

**2. Las listas de comprobación** suponen un método práctico de cerciorarse de que han sido examinadas las áreas de mayor importancia. En los apéndices que figuran al final de cada uno de los capítulos técnicos del manual se pueden ver ejemplos de estas listas. Se encontrará información complementaria en el Apéndice 1: Referencias, página 51.

**3. Puntualidad:** La valoración inicial hay que llevarla a cabo tan pronto como sea posible después de producirse el desastre, mientras que a la vez se abordan las necesidades más inmediatas que conllevan peligro de muerte o que son de importancia crítica. El informe, por lo general, debería estar listo en pocos días, y su formato y contenido deberán permitir a los planificadores y analistas determinar fácilmente las prioridades y facilitar información suficiente para poder diseñar con rapidez un programa adecuado. Más tarde será necesario hacer una valoración más a fondo a fin de averiguar cuáles son las lagunas en la asistencia y suplir información de línea de base.

**4. El equipo de valoración** estará integrado por un conjunto de personas equilibrado entre los sexos y compuesto de generalistas y especialistas en los pertinentes aspectos técnicos. Este equipo contará con claros términos de referencia, y tratará activamente de conseguir que la población local participe de un modo culturalmente aceptable. Todo ello servirá para mejorar la calidad de la valoración. Los conocimientos locales y la experiencia previa de casos de desastre en el país o región serán factores de importancia fundamental.

**5. Obtención de información:** Los miembros del equipo deberán tener muy claros los objetivos y la metodología de la valoración, así como sus propios roles, antes de que comience el trabajo de campo. Se deberá hacer uso de una combinación de métodos cualitativos y cuantitativos apropiados para el contexto. Es posible que algunas personas o grupos no puedan hablar abiertamente, y por tanto habrá que considerar la adopción de disposiciones especiales para obtener información de índole sensitiva. La información obtenida debe ser siempre objeto del mayor cuidado, y es necesario garantizar la confidencialidad. Una vez que se haya obtenido el consentimiento de la parte interesada, se podrá pensar en difundir esta información transmitiéndola a las personas o instituciones interventoras a que corresponda. El personal que realiza su labor en situaciones de conflicto tiene que ser consciente de que la información recogida puede ser sensitiva o susceptible de ser mal utilizada, y que podría comprometer la capacidad del propio organismo para realizar sus operaciones.

**6. Fuentes de información:** La información para el informe de valoración puede ser extraída de fuentes primarias, incluidas la observación directa y conversaciones con personas clave como el personal del organismo, autoridades locales competentes, líderes de la comunidad (de ambos sexos), personas muy respetadas, niños, personal sanitario, maestros, comerciantes y otros participantes competentes, así como también de fuentes secundarias como los escritos e informes con que ya se cuenta (tanto publicados como sin publicar), material histórico relacionado y datos precedentes a la emergencia. Los planes nacionales o regionales sobre el estado de preparación para casos de desastre también constituyen una importante fuente de información. Es de gran importancia comparar la información secundaria con las observaciones y los juicios directos, para reducir al mínimo posible los sesgos potenciales. Los métodos utilizados en la obtención de información y las limitaciones de los datos resultantes deben ser explicados claramente, con el fin de presentar un cuadro realista de la situación. En el informe de valoración se debe indicar con claridad cuáles son las preocupaciones y las recomendaciones específicas expresadas por todos los grupos, notablemente aquellos que son particularmente vulnerables.

**7. Valoraciones sectoriales:** Puede que no sea siempre factible realizar una valoración multisectorial en la fase inicial de un desastre, pues ello podría causar una demora en las actuaciones destinadas a atender a necesidades críticas en sectores específicos. A la hora de realizar valoraciones sectoriales individuales se deberá prestar atención especial a los vínculos con otros sectores y a temas de mayor amplitud relativos al contexto y la protección, consultando con otras personas y organismos interventores.

**8. Relaciones con la población de acogida:** La provisión de instalaciones y servicios de apoyo para las poblaciones desplazadas podría causar resentimiento dentro de la comunidad de acogida, en especial cuando los recursos existentes son limitados y tienen que ser compartidos con los recién llegados. Para reducir al mínimo las tensiones, se debe consultar a la población local y, cuando ello proceda, el desarrollo de la infraestructura y de los servicios para las poblaciones desplazadas deberá conducir a una mejora sostenible en los medios de sustento de la población de acogida.

**9. El desglose de datos** es importante por varias razones. Permite a los usuarios realizar una valoración y comprobar la exactitud de los resultados, con lo que se hace posible efectuar comparaciones con estudios anteriores llevados a cabo en el mismo sector temático. Además de la edad, el género,

la vulnerabilidad, etc., es útil incluir el tamaño promedio de la familia y el número de hogares como información central desglosada, puesto que ello contribuirá a la planificación de una respuesta más apropiada. En las primeras etapas de un desastre puede que sea difícil desglosar los datos por edad y por género. Sin embargo, se deberán documentar desde el principio las tasas de mortalidad y morbilidad relativas a niños de menos de cinco años, porque este sector de la población se suele ver expuesto a especiales riesgos. Cuando lo permitan el tiempo y las condiciones existentes, se podrá tratar de hacer un desglose más detallado con el fin de detectar diferencias más finas relativas a la edad, el sexo y la vulnerabilidad.

**10. Contexto subyacente:** En la valoración y el análisis realizado subsiguientemente se deberán tener en cuenta los temas subyacentes de índole estructural, política, económica, demográfica, medioambiental y de seguridad. De igual modo, habrá que considerar los cambios que surjan en las condiciones de vida y en las estructuras comunitarias de las poblaciones desplazadas y de acogida, en relación con la fase anterior al desastre.

**11. Recuperación:** El análisis y planificación relacionados con el periodo de recuperación tras el desastre deberán ser parte de la valoración inicial, ya que la ayuda externa podrá frenar la recuperación si no es facilitada de un modo que sirva para apoyar los propios mecanismos de supervivencia de la población local.

### **Norma común 3: respuesta**

Una respuesta humanitaria es necesaria en situaciones en las que las autoridades competentes no pueden y/o no quieren responder a las necesidades de protección y asistencia de la población que hay en el territorio que controlan, y cuando la valoración y el análisis indican que estas necesidades no han sido atendidas.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación).

- Si la vida de las personas está en peligro como resultado de un desastre, en los programas se otorga prioridad a las necesidades a las que hay que atender para salvar vidas (véase la nota de orientación 1).

- Los programas y los proyectos son diseñados para apoyar y proteger a la población afectada y fomentar sus medios de sustento a fin de que satisfagan o excedan las Normas mínimas de Esfera, tal como ilustran los indicadores clave (véase la nota de orientación 2).
- Existe una efectiva coordinación e intercambio de información entre las personas que son afectadas por la respuesta en casos de desastre o que participan en ella. Los organismos humanitarios desarrollan sus actividades, sobre la base de las necesidades, allí donde su competencia técnica y su capacidad tienen el mayor impacto, dentro del programa general de asistencia (véase la nota de orientación 3).
- Las organizaciones, programas o proyectos que no pueden atender a necesidades determinadas o son incapaces de alcanzar las Normas mínimas notifican sus lagunas o carencias para que otros puedan aportar asistencia (véanse las notas de orientación 4-5).
- En las situaciones de conflicto el programa de asistencia toma en consideración las posibles repercusiones de la respuesta en la dinámica de la situación (véase la nota de orientación 6).

## Notas de orientación

**1. Respuesta ante necesidades reales:** La respuesta humanitaria se ha de organizar de forma que se atienda a necesidades determinadas durante la valoración inicial. Se deberá tener cuidado de no incluir en las vías de prestación de servicios elementos superfluos que pudieran interferir con la provisión de servicios esenciales.

**2. Cumplimiento de las Normas mínimas:** Los programas y proyectos de respuesta han de ser diseñados para que cubran la brecha entre las condiciones de vida existentes y las Normas mínimas de Esfera. Sin embargo, es importante distinguir entre las necesidades de emergencia y las necesidades crónicas de la población afectada. En muchos casos, las necesidades humanitarias y la cantidad de recursos que serían suficientes para conseguir que una comunidad, zona, o región (o incluso un país) alcancen las Normas mínimas son mucho mayores que los recursos disponibles. No se puede esperar que, por sí solo, un organismo produzca este resultado. Las comunidades, sus vecinos, los gobiernos de acogida,

las entidades donantes y otras organizaciones locales e internacionales tienen importantes roles que desempeñar. La coordinación entre todos los participantes en la respuesta ante una situación de desastre es esencial para poder afrontar lagunas de importancia crítica.

**3. Capacidad y conocimientos técnicos:** En situaciones en que una entidad determinada posee un alto grado de especialización, o es depositaria de un mandato de responder ante necesidades (o grupos) particulares, el objetivo deberá ser producir el máximo impacto humanitario posible haciendo uso de su propia base de recursos y competencias. Incluso dentro de los límites específicos de la competencia técnica o el mandato, sin embargo, es probable que la necesidad humanitaria global exceda los recursos de la organización. En los casos en que el organismo vea que cuenta con exceso de capacidad, deberá dar a conocer esta capacidad a la comunidad más amplia participante en la respuesta humanitaria y realizar aportaciones cuando y donde sea preciso.

**4. Notificación de lagunas:** A pesar de que la preferencia de los organismos humanitarios es poner de manifiesto los éxitos de los programas y las evaluaciones positivas de actividades en desarrollo a fin de fomentar la financiación de programas futuros, deberán mostrarse dispuestos a admitir sin demora las lagunas que existan en su capacidad para atender a necesidades básicas.

**5. Difusión de la información:** Las organizaciones que identifican las necesidades críticas deberán darlas a conocer lo más pronto posible a la comunidad más amplia, con el fin de que los organismos que cuenten con los recursos y capacidades más apropiados puedan responder. Se debe, siempre que sea posible, utilizar terminología, normas y procedimientos ya reconocidos, para contribuir a que otros movilicen sus respuestas con mayor rapidez y de modo más eficaz. En los estudios y las directrices asociadas con ellos, el uso de formatos estandarizados acordados entre el gobierno de acogida y los organismos al nivel del país podrá contribuir en gran medida a este respecto.

**6. Conseguir el máximo impacto y limitar el daño:** El conflicto y la competición por obtener recursos escasos elevan a menudo el grado de inseguridad, o llevan al mal uso o apropiación indebida de ayuda, a una distribución no equitativa o a la desviación de la ayuda. El buen entendimiento de la naturaleza y el origen del conflicto contribuirá a

garantizar que la ayuda sea distribuida de manera imparcial y reducirá o evitará el impacto negativo. En las situaciones afectadas por los conflictos se deberá llevar a cabo, con anterioridad a la planificación del programa, un análisis de los interventores, los mecanismos, los planteamientos y el contexto del conflicto.

## **Norma común 4: selección de beneficiarios**

La asistencia o los servicios humanitarios se prestan de modo equitativo e imparcial, sobre la base de la vulnerabilidad y las necesidades de personas individuales o grupos afectados por el desastre.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Los criterios para la selección de beneficiarios deben estar basados en un análisis a fondo de la vulnerabilidad (véase la nota de orientación 1).
- Los mecanismos para la selección de beneficiarios son consensuados entre la población afectada (que debe incluir a representantes de grupos vulnerables) y otros interventores apropiados. Los criterios para la selección de beneficiarios son definidos con claridad y reciben amplia difusión (véanse las notas de orientación 2-3).
- Los mecanismos y criterios de selección de beneficiarios no deben ir en contra de la dignidad y seguridad de las personas, ni aumentar su vulnerabilidad a la explotación (véanse las notas de orientación 2-3).
- Se efectúa el seguimiento de los sistemas de distribución para garantizar que serán respetados los criterios de selección de beneficiarios y que se tomarán oportunamente medidas correctivas cuando ello se haga necesario (véanse las notas de orientación 4-5).

## **Notas de orientación**

**1. La finalidad de la selección de beneficiarios** es atender a las necesidades de los más vulnerables mientras que se facilita ayuda de un modo eficiente y minimizando la dependencia.

**2. Los mecanismos de selección de beneficiarios** son las vías por las que se presta asistencia de manera imparcial y exenta de discriminación, conforme a las necesidades. Existen varias opciones, como selección de beneficiarios basada en la comunidad, selección administrativa, autoselección, y combinaciones de estos métodos. Los trabajadores de los organismos interventores han de ser conscientes de que con la autoselección a veces quedan excluidos ciertos grupos vulnerables. Para cerciorarse de que se consulta a la población afectada por el desastre y de que ésta se siente de acuerdo con las decisiones tomadas sobre selección de beneficiarios, deberá incluirse en el proceso de consulta a un grupo representativo de mujeres y hombres, jóvenes de ambos sexos y personas pertenecientes a grupos vulnerables. En las situaciones conflictivas es esencial entender bien la naturaleza y origen del conflicto, así como el modo como estos factores podrían influir en las decisiones administrativas y de la comunidad en cuanto a la selección de recipientes de la asistencia.

**3. Los criterios de selección de beneficiarios** suelen estar vinculados con el nivel o grado de vulnerabilidad de la comunidad, la familia o la persona, el cual a su vez queda determinado por los riesgos presentados por el desastre y la capacidad de afrontamiento de los recipientes. Es posible que, sin tener intención de hacerlo así, se vulnere la dignidad individual a causa de criterios y mecanismos de selección erróneos. Se deben tomar medidas apropiadas para evitar que esto suceda. Algunos ejemplos podrán servir de ilustración:

- los mecanismos de selección de tipo administrativo o basados en la comunidad puede que requieran información sobre lo que posee alguna persona determinada, y estas preguntas podrían ser percibidas como una intrusión y, potencialmente, tener un impacto negativo en las estructuras sociales.
- con frecuencia se seleccionan hogares en los que hay niños que sufren desnutrición para facilitarles ayuda alimentaria selectiva. Con ello se podría vulnerar la dignidad de estas personas, puesto que los padres podrían sentirse inclinados a mantener la escualidez de sus hijos para seguir recibiendo las raciones selectivas. Lo mismo podría suceder cuando se facilitan raciones generales.
- cuando la asistencia se encauza hacia beneficiarios haciendo uso de los sistemas de clanes locales, es posible que queden excluidas las personas ajenas a estos sistemas (por ejemplo, las personas desplazadas).

- es posible que las mujeres, niñas y niños desplazados se vean expuestos al peligro de coacción sexual.
- las personas que padecen de VIH/sida pueden correr el riesgo de ser estigmatizadas. Se debe mantener la confidencialidad en todo momento.

**4. Acceso y uso de instalaciones y servicios:** El uso por las personas de las instalaciones y servicios provistos es afectado por muchos factores, entre los que cuentan su acceso, seguridad, conveniencia, calidad y el que sean apropiados para las necesidades y costumbres. El acceso puede verse especialmente limitado en situaciones de conflictos armados, o bien a causa de factores como la corrupción, la intimidación y la explotación (incluida la explotación sexual). Siempre que ello sea posible, los factores que limitan el uso de las instalaciones y servicios deberán ser abordados mediante la movilización de la comunidad o revisiones del programa. Es esencial lograr que en las consultas, tanto las efectuadas con anterioridad como las que se llevan a cabo durante la implementación del programa, se incluyan discusiones adecuadas con las mujeres, los niños y otros grupos vulnerables que podrían enfrentarse con las más considerables restricciones en el uso.

**5. Seguimiento de errores por exclusión e inclusión:** Cuando, tras el desastre, con el sistema de selección de beneficiarios no se consiga llegar a todas las personas vulnerables que necesitan ayuda, las personas o los grupos podrán experimentar muy pronto necesidades críticas. Se deben tomar medidas para actualizar y refinar la selección de beneficiarios y los sistemas de distribución, con el fin de alcanzar una cobertura de la máxima efectividad.

## Norma común 5: seguimiento

La efectividad del programa a la hora de dar respuesta a los problemas es identificada, y se lleva a cabo un seguimiento continuo de los cambios en el contexto más amplio, con vistas a realizar mejoras en el programa o a finalizarlo de forma escalonada, tal como proceda.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- La información obtenida para el seguimiento es oportuna y útil, es registrada y analizada de un modo exacto, lógico, consistente,

regular y transparente, e influye en el programa en desarrollo (véanse las notas de orientación 1-2).

- Son implantados sistemas que permiten obtener información a intervalos regulares en cada uno de los sectores técnicos y comprobar si se está cumpliendo con los indicadores de cada norma.
- Se consulta con regularidad a mujeres, hombres y niños de todos los grupos afectados, y estas personas participan en las actividades de seguimiento (véase la nota de orientación 3).
- Están implantados sistemas que permiten el flujo de información entre el programa, otros sectores, los grupos afectados de la población, las autoridades locales competentes, los donantes y otros interventores, tal como sea procedente (véase la nota de orientación 4).

## Notas de orientación

**1. Uso de la información de seguimiento:** La situación en casos de desastre cambia de un día a otro, y a la vez es dinámica. Por lo tanto es de gran importancia actualizar con regularidad la información para asegurarse de que los programas siguen teniendo pertinencia y eficacia. El seguimiento constante permite a los gestores determinar las prioridades, identificar los problemas que surgen, seguir la pista a las tendencias, determinar el efecto de sus respuestas y orientar las revisiones aportadas a hacia sus correspondientes programas. La información procedente del seguimiento continuo de los programas puede servir para hacer revisiones y evaluaciones, o para otros fines. En determinadas circunstancias podrá ser preciso cambiar de estrategia a fin de responder ante cambios importantes en las necesidades o en el contexto.

**2. Uso y difusión de la información:** La información obtenida debe tener relevancia directa en cuanto al programa. Dicho de otro modo, debe ser información útil, y debe conducir a la acción. Además, deberá estar bien documentada y ser puesta, de manera proactiva, a disposición de otros sectores y organismos que la puedan necesitar, así como de la población afectada. Los medios de comunicación utilizados (métodos de difusión, idioma, etc.) deben ser apropiados y accesibles para el público destinatario.

**3. Personas participantes en el seguimiento:** En el seguimiento deberán participar personas que puedan obtener información de todos los grupos

que componen la población afectada y que al hacerlo actúen de una manera culturalmente aceptable, especialmente en lo que respecta a competencias lingüísticas y en temas de género. Las prácticas culturales de la localidad podrán hacer necesario que se consulte a las mujeres o los grupos minoritarios separadamente, y que las entrevistas las realicen personas culturalmente aceptables.

- 4. Intercambio de información:** Las actividades de seguimiento y evaluación requieren consultas detalladas y una estrecha colaboración entre todos los sectores. Por ejemplo, durante una epidemia de cólera, debe ser compartida constantemente la información entre los organismos encargados del agua y saneamiento y los que velan por los servicios de salud. Este intercambio de información puede ser facilitado por ciertos mecanismos de coordinación, como las reuniones frecuentes y el uso de tableros de anuncios.

## Norma común 6: evaluación

Se realiza un sistemático e imparcial examen de las actuaciones humanitarias cuya finalidad es entresacar lecciones con las que mejorar las prácticas y las políticas generales y fortalecer la rendición de cuentas.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- El programa es evaluado con referencia a objetivos especificados y normas mínimas acordadas, con el fin de cuantificar su adecuación, eficiencia, cobertura, coherencia e impacto globales en la población afectada (véase la nota de orientación 1).
- En las evaluaciones se tienen en cuenta los pareceres y opiniones de la población afectada, así como los de la comunidad de acogida, si ésta es diferente de aquélla.
- La recogida de la información destinada a la evaluación es independiente e imparcial.
- Los resultados de cada ejercicio de evaluación son utilizados para mejorar las prácticas futuras (véase la nota de orientación 2).

## Notas de orientación

- 1. Determinación de criterios:** No es una tarea fácil la de evaluar programas de asistencia humanitaria, porque los desastres están caracterizados por cambios rápidos y un alto grado de incertidumbre. Si bien será más probable que se capte la intrincada índole de las respuestas ante el desastre si se hace uso de métodos cualitativos, las personas que evalúan este tipo de programas habrán de estar dispuestas a utilizar métodos diversos, y compulsar y sopesar los resultados obtenidos para llegar a conclusiones válidas.
- 2. Uso subsiguiente de la información:** Las evaluaciones darán como resultado un informe escrito, que será difundido para contribuir a la transparencia y la rendición de cuentas, y que permitirá extraer conclusiones y aumentar los conocimientos acerca de los programas y los organismos, con vistas a introducir mejoras en las políticas generales y las prácticas humanitarias.

### **Norma común 7: competencias y responsabilidades de los trabajadores humanitarios**

Los trabajadores humanitarios poseen titulaciones, experiencias y actitudes que son apropiadas para la planificación y la implementación efectiva de programas adecuados.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Los trabajadores humanitarios cuentan con apropiadas titulaciones técnicas y conocimientos de las culturas y costumbres locales, y/o experiencia previa de trabajo en situaciones de emergencia. Estos trabajadores están familiarizados con los derechos humanos y los principios humanitarios.
- El personal está bien informado sobre las tensiones potenciales y las posibles fuentes de conflictos dentro de la propia población afectada por el desastre y con respecto a las comunidades de

acogida. Son conscientes de las implicaciones de la prestación de asistencia humanitaria, y dedican especial atención a los grupos vulnerables (véase la nota de orientación 1).

- El personal humanitario sabe reconocer las actividades abusivas, discriminatorias o ilegales, y se mantiene apartado de actividades de este tipo (véase la nota de orientación 2).

## Notas de orientación

**1. Es necesario que el personal sea consciente** de la medida en que pueden aumentar, durante épocas de crisis, los delitos violentos, incluyendo las violaciones y otras formas de malos tratos contra mujeres, niñas y niños. El temor al acoso y la violación obliga a las mujeres a formar alianzas con soldados y con otros hombres que ocupan puestos de autoridad o poder. Los varones jóvenes son vulnerables al alistamiento forzoso en ejércitos beligerantes. El personal y sus contrapartes en el terreno deberían saber adónde recomendar que acudan las mujeres, hombres y niños que busquen remedios legales contra vulneraciones de derechos humanos, y estar familiarizados con los procedimientos para remitir a los sobrevivientes de violaciones y violencia de tipo sexual a instituciones que les puedan facilitar asistencia psicosocial, atención médica o consejos sobre el uso de contraceptivos.

**2. El personal debe entender bien** que el hecho de estar a cargo de la gestión y asignación de los valiosos recursos utilizados en la respuesta frente al desastre los pone a ellos y a otros que participan en la prestación de servicios en una posición de relativo poder con respecto a otras personas. El personal humanitario tiene que ser consciente de que existe el peligro de que este poder sea ejercido de manera corrupta o abusiva, y de que con frecuencia se ejerce coerción en mujeres y niños, quienes se sienten obligados a adoptar conductas humillantes y degradantes o son explotados. No se pueden pedir favores sexuales a cambio de asistencia humanitaria, ni tampoco pueden los trabajadores humanitarios colaborar en ninguna forma de intercambios de este tipo. Está igualmente prohibido cualquier género de actividad como trabajos forzados y uso o comercio ilícito de estupefacientes.

## Normas comunes 8: supervisión, gestión y apoyo del personal

Los trabajadores humanitarios reciben supervisión y apoyo que garantizan la efectividad en la implementación del programa de asistencia humanitaria.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Los gestores son responsables de las decisiones que toman y de asegurarse que se cuenta con niveles adecuados de seguridad y de conformidad con los códigos/reglas de conducta, y también del apoyo que recibe el personal a su cargo (véase la nota de orientación 1).
- El personal técnico y administrativo recibe la formación, recursos y apoyo logístico que son necesarios para cumplir su cometido (véase la nota de orientación 2).
- El personal dedicado a los programas entiende los fines y métodos de las actividades que se les confían, y recibe comentarios *a posteriori* sobre su actuación.
- Todos los miembros del personal cuentan con explicaciones escritas de las funciones que deben desempeñar, en las cuales se indican claramente las vías de rendición de cuentas ante sus superiores, y se someten a evaluaciones periódicas de su actuación profesional.
- Todo el personal recibe orientación y guía acerca de las pertinentes cuestiones de salud y seguridad en el trabajo que corresponden a la región y el entorno en que desarrollan sus labores (véase la nota de orientación 3).
- El personal recibe formación adecuada en materia de seguridad.
- Se implantan sistemas de desarrollo de capacidades para el personal, y estos sistemas son sometidos a un seguimiento rutinario (véanse las notas de orientación 4-5).
- La capacidad de las organizaciones nacionales y locales es fortalecida con el fin de fomentar la sostenibilidad a largo plazo.

## Notas de orientación

- 1. A los gestores a todos los niveles** incumben responsabilidades particulares en lo relativo a establecer y/o mantener sistemas que fomenten la implementación de los programas y de las correspondientes políticas a seguir, y a velar por el cumplimiento de las normativas o códigos de conducta. Algunos organismos humanitarios tienen ya implantados códigos o reglas relacionadas con el personal y la conducta institucional con respecto a temas como el de la protección de la infancia o la explotación y abuso sexual de los niños. La importancia de este tipo de normativa es generalmente reconocida, y muchos organismos humanitarios están actualmente desarrollando códigos de conducta. Un aspecto de importancia crítica para el éxito de estos códigos es la rendición de cuentas por parte de los gestores para garantizar su cumplimiento.
- 2. Los organismos humanitarios** deben asegurarse de que su personal está capacitado y es competente, y de que se encuentra adecuadamente formado y preparado, antes de ser destinado a una situación de emergencia. A la hora de asignar personal a los equipos de emergencia, los organismos deberán tratar de comprobar que existe un equilibrio entre hombres y mujeres en la dotación y entre los cooperantes. Para que el personal pueda realizar sus funciones, es posible que sea preciso facilitar apoyo y formación de modo continuo.
- 3. Todo el personal** debe asistir a sesiones de información sobre cuestiones de seguridad y salud, tanto antes de su despliegue como al llegar a su destino. Todos ellos deberán encontrarse vacunados y recibir medicamentos profilácticos para prevenir el paludismo (cuando ello sea necesario) antes de su incorporación. A su llegada se les debe entregar información destinada a reducir al mínimo posible los riesgos de seguridad, y han de ser informados también acerca de: la seguridad en cuanto al agua y los alimentos; la prevención del VIH/sida y de otras enfermedades infecciosas endémicas; la disponibilidad de atención médica; los criterios y procedimientos a seguir en evacuaciones médicas; y la compensación laboral.
- 4. Se deberán realizar esfuerzos especiales** para fomentar la diversidad dentro de los diversos niveles de la organización.

**5. El desarrollo de capacidades** es un objetivo explícito durante la fase de rehabilitación posterior al desastre y, en la medida en que sea posible, deberá llevarse a cabo durante la fase de desastre/auxilio humanitario misma, especialmente si esta fase dura largo tiempo.

# Apéndice 1

## Referencias

Gracias al programa *Forced Migration Online* (Migración forzada en línea) del Refugee Studies Centre (Centro de Estudios de Refugiados) de la Universidad de Oxford, muchos de estos documentos cuentan ahora con permiso de copyright y han sido incluidos en un enlace especial de Esfera: <http://www.forcedmigration.org>

Nota: En la medida de lo posible, se facilitan los títulos oficiales de los documentos, pero en algunos casos la traducción de títulos de documentos, informes o publicaciones insertada entre paréntesis se proporciona únicamente a fines informativos al no existir o ser desconocida la versión aceptada.

## Participación

ALNAP Global Study: Participation by Affected Populations in Humanitarian Action: Practitioner Handbook (Estudio Global ALNAP: Participación de las poblaciones afectadas en la acción humanitaria: manual para practicantes) (de próxima publicación). <http://www.alnap.org>  
<http://www.hapgeneva.org>

## Valoración y respuesta

Oficina del Alto Comisionado para refugiados de las Naciones Unidas: *Handbook for Emergencies* (Manual para emergencias) (2000). <http://www.unhcr.ch>

*Field Operations Guidelines for Assessment and Response* (Directrices de valoración y respuesta en operaciones de campo) (FOG, 1998). USAID. <http://www.info.usaid.gov/ofda>

*Demographic Assessment Techniques in Complex Humanitarian Emergencies: Summary of a Workshop* (Técnicas de valoración demográfica en emergencias humanitarias complejas: sumario de un taller) (2002). <http://books.nap.edu/books/0309084970/html>

Humanity Development Library (Biblioteca de desarrollo de la humanidad): <http://humaninfo.org>

OCHA Humanitarian Information Centres (Centros de información humanitaria OCHA): <http://www.humanitarianinfo.org>

OCHA (1999), *Orientation Handbook on Complex Emergencies* (Manual de orientación sobre emergencias complejas). Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios, Naciones Unidas. Nueva York.

Relief Web Humanitarian Library (Biblioteca Internet de auxilio humanitario): <http://www.reliefweb.int/library>

Telford, J (1997), *Good Practice Review 5: Counting and Identification of Beneficiary Populations in Emergency Operations: Registration and its Alternatives*. (Revista 5 de buenas prácticas: Recuento e identificación de poblaciones beneficiarias en operaciones de emergencia: el registro y sus alternativas) Relief and Rehabilitation Network (Red de Auxilio y Rehabilitación) / Overseas Development Institute (Instituto de Desarrollo en el Extranjero). Londres.

## Selección de beneficiarios

*Humanitarian Ethics in Disaster and War*. (La ética humanitaria en los casos de desastre y de guerra) FICR, 2003. <http://www.ifrc.org/publicat/wdr2003/capítulo1.asp>

*International Food Policy Research Institute Training Material, Targeting: Principles and Practice*. (Material de formación y selección de beneficiarios del Instituto internacional de investigaciones sobre política alimentaria: principios y práctica)

<http://www.reliefweb.int/training/ti1227.html>

Vincent, M, Refslund Sorensen, B. (eds.) (2001), *Caught Between Borders, Response Strategies of the Internally Displaced*. (Atrapados entre fronteras. Estrategias de respuesta de las personas desplazadas dentro de su propio país) Norwegian Refugee Council (Consejo noruego para los refugiados).

*International Strategy for Disaster Reduction, Countering Disasters, Targeting Vulnerability.* (Estrategia internacional para la reducción de desastres: la lucha contra desastres, poniendo el objetivo en la vulnerabilidad) UN/ISDR, 2001. <http://www.unisdr.org>

## Seguimiento y evaluación

ALNAP Annual Review (Revisión anual) (2001), *Humanitarian Action: Learning from Evaluation.* (Acción humanitaria: aprendiendo de la evaluación) <http://www.alnap.org>

ALNAP Annual Review (Revisión Anual) (2003), *Humanitarian Action: Improving Monitoring to Enhance Accountability and Learning.* (Acción humanitaria: mejorando el seguimiento para fortalecer la rendición de cuentas y el aprendizaje)

<http://www.alnap.org>

*Guidance for Evaluation of Humanitarian Assistance in Complex Emergencies* (Guía de evaluación de la asistencia humanitaria en emergencias complejas) (1999). Overseas Economic Cooperation for Development (OECD – Organización de Cooperación y Desarrollo Económico). París. <http://www.oecd.org/dac>

*Manual for the Evaluation of Humanitarian Aid.* (Manual de evaluación de la ayuda humanitaria) Unidad de Evaluación de la Oficina Humanitaria de la Unión Europea, Bruselas, 2002.

## Personal

*The People in Aid Code of Good Practice in the Management and Support of Aid Personnel 2003.* (Código de Buenas Prácticas de “People in Aid” para la gestión y apoyo de personal de ayuda humanitaria) People in Aid. <http://peopleinaid.org>

## Infancia

*Action for the Rights of the Child* (ARC) (Acción en pro de los derechos del niño). Save the Children Alliance y Oficina del Alto Comisionado para refugiados de las Naciones Unidas, 1998.

*Children Not Soldiers, Guidelines for Working with Child Soldiers and Children Associated with Fighting Forces* (Niños, no soldados. Directrices para trabajar con niños soldados y niños asociados con fuerzas beligerantes), Save the Children.

Gosling, L y Edwards, M, *Toolkits – A Practical Guide to Planning, Monitoring, Evaluation and Impact Assessment* (Equipos de herramientas: Guía práctica de planificación, seguimiento, evaluación y valoración de impactos), Save the Children.

Inter-Agency Working Group on Unaccompanied and Separated Children (Grupo de trabajo inter-agencias sobre niños no acompañados o separados), *Inter-Agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children* (Principios directores inter-agencias sobre niños no acompañados y separados) (de próxima publicación).

## Discapacidad

<http://www.annenberg.nwu.edu/pubs/disada/>

<http://www.fema.gov/rrr/assistf.shtm>

<http://www.redcross.org/services/disaster/beprepared/disability.pdf>

## Medio ambiente

<http://www.benfieldhrc.org/disastersstudies/projects/REA>

Environmental assessment resources for small-scale activities (Recursos de valoración medioambiental para actividades a pequeña escala):  
<http://www.encapfrica.org>

[www.reliefweb.int/ochaunep](http://www.reliefweb.int/ochaunep)

## Género

Beck, T y Stelcner, M (1996), *Guide to Gender-Sensitive Indicators*. (Guía de indicadores con sensibilidad en cuanto al género), Canadian International Development Agency (CIDA, Agencia Internacional para el Desarrollo de Canadá). Quebec.

Dugan, J, *Assessing the Opportunity for Sexual Violence against Women and Children in Refugee Camps*. (Valoración de oportunidades de perpetrar violencia sexual contra mujeres y niños en campamentos de refugiados) Journal of Humanitarian Assistance, agosto de 2000. <http://www.jha.ac/articles>

Enarson, E (2000), *Gender and Natural Disasters* (Género y desastres naturales), Documento de trabajo, In Focus Programme on Crisis Response and Reconstruction (Programa In Focus sobre respuestas a crisis y reconstrucción). OIT.

FAO, *Gender in Emergencies Annex: manuals, guidelines, major documents* (Anexo sobre el género en casos de emergencia: manuales, directrices, documentos importantes) <http://www.fao.org>

FAO/PAM (2003), *Passport to Mainstreaming a Gender Perspective in Emergency Programmes*. (Pasaporte sobre el “mainstreaming” de la perspectiva en cuanto al género en programas de emergencia)

Gender and Disaster Network (Red sobre el género y los desastres): <http://www.anglia.ac.uk>

Gender and Humanitarian Assistance Resource Kit (Kit de recursos sobre el género y la asistencia humanitaria): <http://www.reliefweb.int/library/GHARKIT>

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados (OACNUR), *Guidelines on the Protection of Refugee Women*. (Directrices sobre la protección de mujeres refugiadas)

UNICEF (1999), *Mainstreaming Gender in Unstable Environments*. (El “mainstreaming” del género en entornos inestables) <http://www.reliefweb.int/library>

## VIH/Sida

Holmes W (2003), *Protecting the Future: HIV Prevention, Care, and Support Among Displaced and War-Affected Populations*. (Protegiendo el futuro: prevención del VIH, prestación de atención y apoyo entre las poblaciones desplazadas y afectadas por la guerra) *International Rescue Committee*, (Comité Internacional de Rescate). Kumarian Press, Nueva York.

*Inter-Agency Field Manual. Reproductive Health in Refugee Situations.* (Manual de campo inter-agencias. La salud genésica en situaciones de refugiados) OACNUR /OMS/FNUAP. Ginebra, 1999.

Inter-Agency Standing Committee (IASC) on HIV/AIDS in Emergency Settings. (Comité permanente inter-agencias sobre VIH/sida en contextos de emergencia) *Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings* (Directrices para intervenciones sobre VIH/sida en contextos de emergencia) (borrador). IASC, 2003: 85. Ginebra.

Family Health International (FHI) (2001), *HIV/AIDS Prevention and Care in Resource-Constrained Settings: A Handbook for the Design and Management of Programs* (Prevención de VIH/sida y prestación de cuidados en contextos de recursos limitados: manual para el diseño y gestión de programas). Virginia.

## Personas de edad

HelpAge International, *Older People in Disaster and Humanitarian Crises: Guidelines for Best Practice* (Las personas de edad en los casos de desastres y crisis humanitarias: líneas directrices para la mejor práctica). Publicado en inglés, francés, español y portugués. <http://www.helpage.org>

Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, 8 al 12 de abril de 2002, A/CONF.197/9 Párrafos 54-56. <http://www.un.org>

OACNUR, *Policy on Older Refugees* (Política relativa a los refugiados de edad avanzada) (aprobada por la 17ª Reunión del Comité Permanente, febrero/marzo de 2000). EC/50/SC/CRP.13

*United Nations Principles for Older Persons* (Principios de las Naciones Unidas para personas de edad) <http://www.un.org>

## Protección

*Agenda for Protection.* (Agenda para la protección) Oficina del Alto Comisionado para Refugiados de las Naciones Unidas. Ginebra, 2002.

Frohardt, M, Paul, D and Minear, L (1999), *Protecting Human Rights: The Challenge to Humanitarian Organisations*. (Protección de los derechos humanos: el reto que confrontan las organizaciones humanitarias) Documentos ocasionales, Paper 35, Thomas J. Watson Jr. Institute for International Studies (Instituto de Estudios Internacionales), Brown University.

*Growing the Sheltering Tree: Protecting Rights Through Humanitarian Action, Programmes and Practice Gathered from the Field*. (Crecimiento del árbol de refugio: la protección de los derechos mediante la acción, los programas y las prácticas humanitarias recopiladas del terreno) Inter-Agency Standing Committee (Comité Permanente Inter-Agencias), Ginebra.

*Protecting Refugees: A Field Guide for NGOs*. (La protección de los refugiados: guía de campo para ONG) Oficina del Alto Comisionado para Refugiados de las Naciones Unidas. Ginebra, 1999.

*Strengthening Protection in War: A Search for Professional Standards*. (Fortalecimiento de la protección en casos de guerra: Búsqueda de normas profesionales) CICR. Ginebra, 2001.

OCHA, *Protection of Civilians in Armed Conflict*. (Protección de las personas civiles en casos de conflicto armado) [http://www.reliefweb.int/ocha\\_ol/civilians/](http://www.reliefweb.int/ocha_ol/civilians/)

## *Notas*

## *Notas*

## *Notas*



## Capítulo 2: Normas mínimas en abastecimiento de agua, saneamiento y fomento de la higiene

# Cómo hacer uso de este capítulo

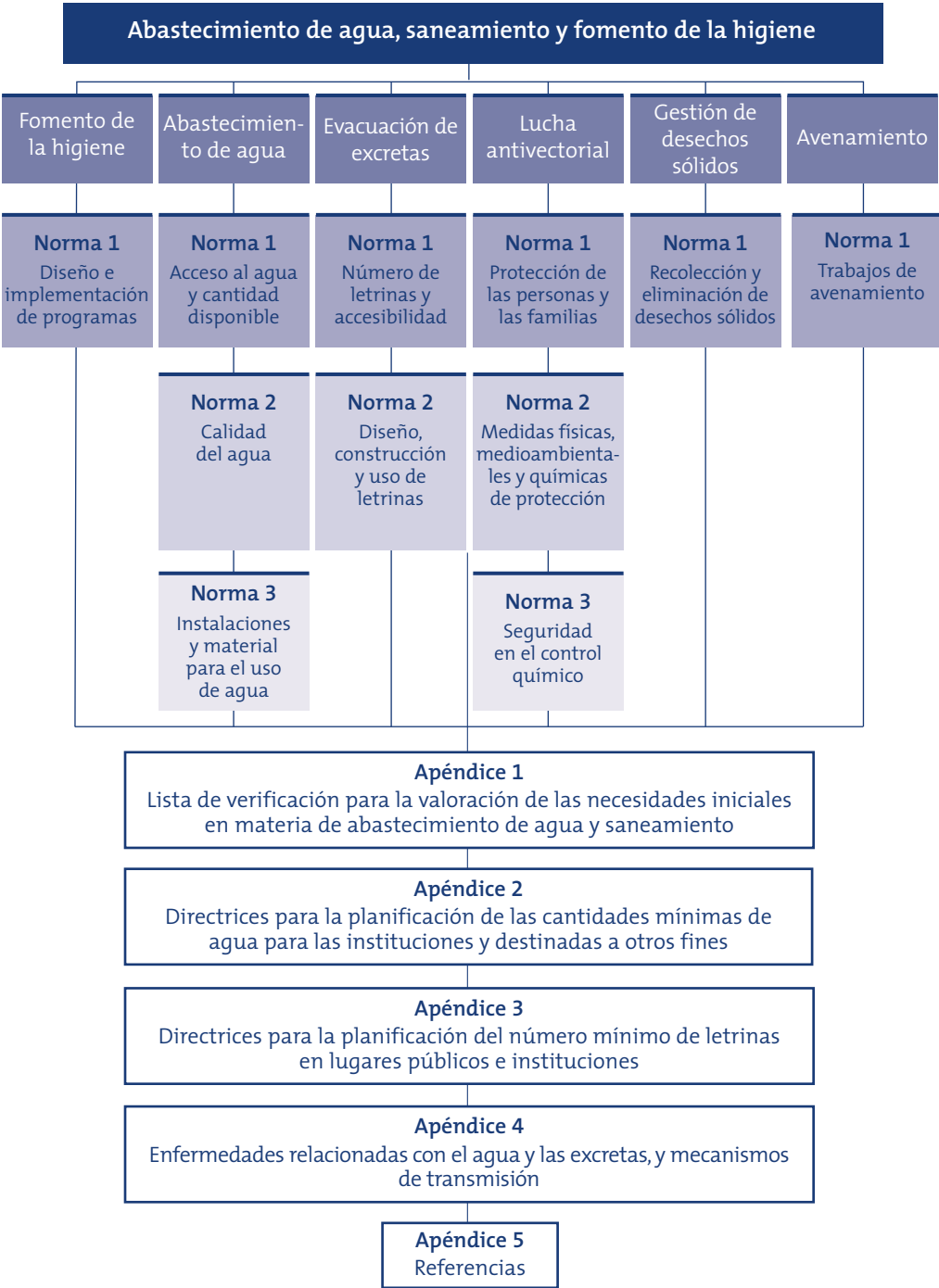
Este capítulo está dividido en seis secciones principales: fomento de la higiene, abastecimiento de agua, evacuación de excretas, lucha antivectorial, gestión de desechos sólidos y avenamiento. Cada capítulo contiene lo siguiente:

- *las normas mínimas*, que son de índole cualitativa y especifican los niveles mínimos que hay que alcanzar en las respuestas sobre abastecimiento de agua y saneamiento;
- *indicadores clave*, que son las “señales” que permiten comprobar si se ha cumplido con la norma y que constituyen un medio de medir y comunicar el impacto o resultado de los programas, así como la eficacia de los procedimientos o métodos utilizados. Los indicadores pueden ser de carácter cualitativo o cuantitativo;
- *notas de orientación*, que abarcan: los puntos que hay que considerar a la hora de aplicar la norma y los indicadores a situaciones diferentes, una guía sobre cómo abordar las dificultades prácticas, y consejos sobre temas prioritarios. En estas notas se tratan también cuestiones de importancia crítica relacionadas con la norma o los indicadores, y se describen dilemas, puntos polémicos o lagunas en los actuales conocimientos.

En los apéndices figura una lista de referencias selectas que remiten a fuentes de información sobre temas generales y cuestiones técnicas específicas relacionadas con este capítulo.

# Índice

Introducción .....	65
1. Fomento de la higiene .....	69
2. Abastecimiento de agua .....	73
3. Evacuación de excretas.....	83
4. Lucha antivectorial .....	89
5. Gestión de desechos sólidos .....	97
6. Avenamiento .....	101
 Apéndice 1: Lista de verificación para la valoración inicial de las necesidades en materia de abastecimiento de agua y saneamiento .....	 104
Apéndice 2: Directrices de planificación de las cantidades mínimas de agua para las instituciones y destinadas a otros fines .....	 109
Apéndice 3: Directrices de planificación del número mínimo de letrinas en lugares públicos e instituciones, en situaciones de desastre .....	 110
Apéndice 4: Enfermedades relacionadas con el agua y las excretas, y mecanismos de transmisión.....	111
Apéndice 5: Referencias .....	112



# Introducción

## Enlaces con instrumentos jurídicos internacionales

Las normas mínimas en materia de abastecimiento de agua, saneamiento y fomento de la higiene son una expresión práctica de los principios y derechos enunciados en la Carta Humanitaria. La Carta Humanitaria centra la atención en las exigencias fundamentales a la hora de sustentar la vida y la dignidad de las personas afectadas por calamidades o conflictos, según se consigna en el corpus del derecho internacional relativo a los derechos humanos, el derecho internacional humanitario y el derecho de los refugiados.

Todos tienen derecho al agua. Este derecho está reconocido en los instrumentos jurídicos internacionales, y con arreglo al mismo se debe contar con agua suficiente, agua que sea salubre, aceptable, físicamente accesible y barata, para uso personal y uso doméstico. Es necesario disponer de una cantidad adecuada de agua salubre para prevenir la muerte por deshidratación, para reducir el riesgo de contraer enfermedades relacionadas con las malas aguas, y para satisfacer las necesidades relativas al consumo normal, la cocina y la higiene personal y doméstica.

El derecho al agua está inseparablemente relacionado con otros derechos humanos, incluidos el derecho a la salud, el derecho a la vivienda y el derecho a alimentos adecuados. Como tal, es parte de las garantías esenciales para la supervivencia de los seres humanos. Incumbe a los Estados y los organismos no estatales la responsabilidad de dar efectividad al derecho al agua. En tiempos de conflicto armado, por ejemplo, está prohibido atacar, destruir, trasladar o inutilizar instalaciones de agua de consumo o de riego.

Las Normas mínimas mencionadas en este capítulo no constituyen la expresión completa del derecho al agua. Sin embargo, las normas de Esfera reflejan el contenido central del derecho al agua y contribuyen a la progresiva realización de este derecho a nivel global.

## **Importancia del abastecimiento de agua, el saneamiento y el fomento de la higiene en situaciones de emergencia**

El agua y el saneamiento son determinantes de importancia crítica para la supervivencia en las etapas iniciales de un desastre. Las personas afectadas por los desastres suelen ser mucho más susceptibles a contraer enfermedades, y a morir a causa de una afección, y hay muchas enfermedades relacionadas en gran medida con saneamiento o suministro de agua inadecuados, y con la falta de higiene. Las enfermedades más importantes de este tipo son las diarreicas y las infecciosas transmitidas por vía fecal-oral (véase el Apéndice 4). Entre otras enfermedades vinculadas con el agua y el saneamiento están incluidas las transmitidas por vectores relacionados con los desechos sólidos y el agua.

El principal objetivo de los programas de abastecimiento de agua y saneamiento en situaciones de emergencia es reducir la transmisión de enfermedades propagadas por vía fecal-oral y la exposición a vectores que transmiten enfermedades, mediante el fomento de buenas prácticas de higiene, la provisión de agua potable salubre y la reducción de riesgos medioambientales contra la salud, así como la implantación de condiciones que permitan a las personas vivir con buena salud, dignidad, comodidad y seguridad. En el proyecto Esfera el término “saneamiento” se refiere a la eliminación de excretas, la lucha antivectorial, el desecho de sólidos y el avenamiento de aguas.

Simplemente con suministrar agua suficiente e instalaciones de saneamiento no se conseguirá una utilización óptima ni un impacto positivo en la salud pública. Para alcanzar el máximo beneficio de la respuesta humanitaria es imperativo asegurarse de que los afectados por el desastre poseen la información, los conocimientos y el claro entendimiento que son precisos para impedir que broten enfermedades relacionadas con el agua y el saneamiento, y movilizar su participación en el diseño y mantenimiento de estas instalaciones.

En la mayoría de las situaciones de desastre las personas que se encargan de recolectar el agua son las mujeres y los niños. Si utilizan las instalaciones colectivas de abastecimiento de agua y saneamiento, por ejemplo en los contextos de refugiados o personas desplazadas, las

mujeres y las adolescentes pueden ser vulnerables a la violencia o la explotación sexual. Para reducir estos riesgos al mínimo posible, y para posibilitar una respuesta de mejor calidad, es importante fomentar la participación de las mujeres en los programas de abastecimiento de agua y saneamiento siempre que sea posible. La participación equitativa de las mujeres y los hombres en la planificación, el proceso de toma de decisiones y la gestión local contribuirá a que sea posible conseguir que toda la población afectada goce de acceso fácil y seguro a los servicios de abastecimiento de agua y de saneamiento, y que estos servicios sean equitativos y apropiados.

## **Enlaces con otros capítulos**

Muchas de las normas que son tratadas en los capítulos relativos a otros sectores son pertinentes para este capítulo. El progreso en alcanzar ciertos niveles de calidad en un sector suele influir, e incluso determinar, el progreso en otros ámbitos. Para que la respuesta sea efectiva hace falta que exista una estrecha coordinación y colaboración con otros sectores. También es necesario coordinar con la autoridad local competente y con otros organismos participantes en la respuesta para lograr que las necesidades sean atendidas, que no se dupliquen los esfuerzos y que la calidad del agua y el saneamiento sea la más alta posible.

Por ejemplo, cuando no se ha cumplido con las normas en materia de nutrición aumenta la necesidad urgente de mejorar el suministro de agua y los servicios de saneamiento, porque habrá aumentado significativamente la vulnerabilidad de las personas a contraer enfermedades. Lo mismo tiene aplicación en el caso de poblaciones en las que hay gran incidencia de VIH o sida, o en las que abundan las personas de edad o las discapacitadas. Las prioridades se deben decidir sobre la base de información fiable difundida entre los sectores al mismo tiempo que la situación evoluciona. Hacemos referencia a normas específicas o notas de orientación de otros capítulos técnicos cuando ello hace al caso.

## **Enlaces con normas comunes a todos los sectores**

El proceso mediante el cual se desarrolla e implementa la intervención es de importancia crítica para que ésta resulte efectiva. Este capítulo debe ser utilizado conjuntamente con las normas que son comunes a todos los sectores, las cuales cubren la participación, la valoración inicial, la respuesta, la selección de beneficiarios, el seguimiento, la evaluación, y las competencias y responsabilidades de los trabajadores, así como la supervisión, la gestión y el apoyo del personal (véase el capítulo 1, página 25). En particular, en toda respuesta se deberá maximizar la participación de personas afectadas por el desastre – incluidos los grupos vulnerables mencionados más abajo – para conseguir que dicha respuesta sea apropiada y de calidad.

## **Vulnerabilidades y capacidades de las poblaciones afectadas por los desastres**

Los grupos más frecuentemente expuestos a riesgos en las situaciones de emergencia son las mujeres, las personas de edad, los discapacitados y los que padecen de VIH o sida (personas que viven con el VIH/sida, PVVS). En ciertos contextos algunas personas pueden ser vulnerables a causa de su etnia, por su afiliación religiosa o política, o por ser personas desplazadas. No es ésta una lista exhaustiva, pero incluye a todos aquellos que son identificados con mayor frecuencia. Hay vulnerabilidades específicas que influyen en la capacidad de la gente para enfrentarse con el desastre y sobrevivir, y dentro de cada contexto deberá determinarse cuáles son las personas que corren más peligro.

En este manual se utiliza la expresión “grupos vulnerables” para hacer referencia a todos estos grupos. Cuando un grupo particular se encuentra en peligro, es probable que también otros se vean amenazados. Por lo tanto, se recomienda encarecidamente a los usuarios del libro que, siempre que se mencionen grupos vulnerables, piensen en todos los que incluimos aquí. Debe dedicarse un cuidado especial a proteger y socorrer a todos los grupos afectados, y hacerlo de un modo que no sea discriminatorio y esté basado en sus necesidades específicas. Sin embargo, se debe recordar también que las poblaciones afectadas por los casos de desastre poseen, y adquieren, habilidades y capacidades propias para afrontar la situación, las cuales han de ser reconocidas y apoyadas.

## Normas mínimas

# *1 Fomento de la higiene*

El objetivo de los programas de abastecimiento de agua y saneamiento es promover buenos hábitos de higiene personal y medioambiental con el fin de proteger la salud. El fomento de la higiene se define aquí como la combinación de los conocimientos, prácticas y recursos de la población con los conocimientos y recursos de los organismos humanitarios, que en su conjunto permiten eludir comportamientos en materia de higiene que causan riesgos. Los tres factores que entran en juego son: 1) el intercambio de información y conocimientos, 2) la movilización de las comunidades, y 3) la provisión de materiales e instalaciones esenciales. El fomento eficaz de la higiene se basa en el intercambio de información entre el organismo y la comunidad afectada con el fin de determinar cuáles son los problemas principales en relación con la higiene, y diseñar, implementar y efectuar el seguimiento de un programa encaminado a optimizar el uso de las instalaciones y alcanzar el máximo impacto en la salud pública. La movilización de los miembros de la comunidad tiene una relevancia especial durante los casos de desastre, porque el énfasis se debe poner en fomentar el que las propias personas actúen para proteger su salud y utilicen bien las instalaciones y servicios puestos a su alcance, más bien que en la difusión de mensajes. Se debe enfatizar que la promoción de la higiene no puede ser nunca el sustituto de un buen suministro de agua y saneamiento, que son de importancia fundamental para la buena higiene.

El fomento de la higiene es parte integral de todas las normas incluidas en este capítulo. Se presenta aquí como una norma que abarca a todas las demás, con indicadores relacionados. Otros indicadores específicos son mencionados en las secciones sobre normas relativas al abastecimiento de agua, evacuación de excretas, lucha antivectorial, gestión de desechos sólidos y avenamiento.

## **Norma 1 relativa al fomento de la higiene: diseño e implementación del programa**

Todas las instalaciones y recursos facilitados responden a las vulnerabilidades, necesidades y preferencias de la población afectada. Los usuarios participan en la gestión y mantenimiento de las instalaciones de higiene, cuando ello es apropiado.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Se determinan cuáles son los principales riesgos relativos a la higiene que tienen importancia en cuanto a la salud pública (véase la nota de orientación 1).
- Los programas incluyen un mecanismo eficaz para que todos los usuarios puedan realizar aportaciones de carácter representativo y participativo, incluso en el diseño inicial de las instalaciones (véanse las notas de orientación 2, 3 y 5).
- Todos los grupos de que se compone la población tienen igual acceso a los recursos o instalaciones necesarios para continuar o alcanzar las prácticas de higiene que se fomentan (véase la nota de orientación 3).
- Los mensajes y actividades de fomento de la higiene afrontan comportamientos y malentendidos clave en cuanto a la higiene, y van dirigidos a todos los grupos de usuarios. Los representantes de estos grupos participan en la planificación, capacitación, puesta en práctica, seguimiento y evaluación (véanse las notas de orientación 1, 3 y 4, y la norma relativa a la participación, página 32).
- Los usuarios se encargan de la gestión y mantenimiento de las instalaciones, tal como es apropiado, y los diversos grupos realizan sus aportaciones de manera equitativa (véanse las notas de orientación 5-6).

## Notas de orientación

**1. Valoración de necesidades:** Será necesario llevar a cabo una valoración para determinar los principales comportamientos en cuanto a la higiene que habrá que afrontar y la probabilidad de alcanzar el éxito en las actividades de fomento. Lo más probable es que los riesgos principales se centren en la evacuación de excretas, el uso y mantenimiento de las letrinas, la falta de utilización de jabón (o un medio alternativo) para lavarse las manos, la recolección y almacenamiento no higiénicos de agua, y el almacenamiento y preparación de alimentos de forma no higiénica. En esta valoración se deberán considerar los recursos de que dispone la población, y también los comportamientos, conocimientos y prácticas de la población local, para que los mensajes sean relevantes y prácticos. Habrá de prestarse atención especial a las necesidades de los grupos vulnerables. Si no es posible consultar con algún grupo, esto debería constar con claridad en el informe de valoración, y se deberá atender a ello lo más pronto que sea posible (véase la norma relativa a la participación, página 32, y la lista de verificación de la valoración en el Apéndice 1).

**2. Responsabilidad compartida:** La responsabilidad última en relación con las prácticas de higiene recae en todos los miembros de la población afectada. Todos los interventores que responden ante el desastre deberán esforzarse por hacer que sean posibles las prácticas higiénicas asegurándose de la accesibilidad de los conocimientos y las instalaciones, y deberán poder demostrar que se ha alcanzado este objetivo. Como parte de este proceso, los grupos vulnerables de la población afectada habrán de participar en la determinación de las prácticas y condiciones que conllevan riesgos, y encargarse de reducir de forma cuantificable estos riesgos, lo que se puede conseguir mediante actividades promocionales, capacitación y facilitación de cambios en los comportamientos, todo ello basado en actividades culturalmente aceptables que no supongan una carga demasiado grande para los beneficiarios.

**3. Llegar a todas las secciones de la población:** Es necesario que los programas de fomento de la higiene sean llevados a la práctica con todos los grupos de la población por facilitadores que puedan tener acceso a diferentes grupos y que posean las habilidades precisas para trabajar con ellos (por ejemplo, en algunas culturas no es aceptable que las mujeres hablen con hombres desconocidos). Se deberán diseñar materiales con los

que hacer llegar los mensajes a miembros de la población que sean analfabetos. Los materiales y métodos participativos que son culturalmente apropiados ofrecen útiles oportunidades para que los grupos planifiquen y vigilen sus propias mejoras en materia de higiene. Como guía aproximada, podemos decir que en el contexto de un campamento debería haber dos promotores o reclutadores de la comunidad por cada mil miembros de la población beneficiaria. Se puede ver información sobre temas de higiene en la norma 2 relativa a cuestiones no alimentarias, página 274.

**4. Selección de los riesgos y comportamientos prioritarios en materia**

**de higiene:** Los objetivos del fomento de la higiene y de las estrategias de comunicación sobre este tema deben quedar definidos, y las prioridades establecidas, con toda claridad. El conocimiento adquirido mediante la valoración de los riesgos en materia de higiene y de las tareas y responsabilidades de los diversos grupos se ha de usar para planificar la asistencia humanitaria y determinar las prioridades, para poder abordar las ideas falsas (por ejemplo, sobre la transmisión del VIH/sida) y para que el intercambio de información entre los interventores humanitarios y la población afectada sea apropiado y dicha información llegue a los beneficiarios previstos.

**5. Gestión de instalaciones:**

Siempre que sea posible, constituye una buena práctica formar comités para asuntos relativos al agua o el saneamiento compuestos de representantes de los distintos grupos de usuarios, siendo mujeres el cincuenta por ciento de sus integrantes. El cometido de estos comités será administrar las instalaciones colectivas, como puntos de agua, letrinas públicas y áreas destinadas a lavarse y lavar la ropa, participar en las actividades de fomento de la higiene, y además actuar como un mecanismo para mantener la representatividad y promover la sostenibilidad.

**6. Cargas excesivas:**

Es importante asegurarse de que a ningún grupo le son impuestas cargas excesivas en cuanto a responsabilidades de fomento de la higiene o gestión de instalaciones, y de que todos los grupos tienen una influencia y reciben unos beneficios equitativos (por ejemplo, en términos de capacitación). No todos los grupos, mujeres y hombres tienen las mismas necesidades e intereses, y se debe reconocer que la participación de las mujeres no ha de llevar a que no se encomienden responsabilidades a los hombres, o bien a otros grupos de la población.

## 2 Abastecimiento de agua

El agua es esencial para la vida, la salud y la dignidad humana. En situaciones extremas, es posible que no se disponga de agua suficiente para atender a las necesidades básicas, y en estos casos es de importancia clave suministrar una cantidad de agua potable que sea suficiente para asegurar la supervivencia. En la mayoría de los casos los principales problemas de salud son causados por la falta de higiene, lo cual a su vez se debe a la insuficiencia de agua, y al consumo de agua contaminada.

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

Todas las personas deben tener acceso seguro y equitativo a suficiente cantidad de agua para beber y cocinar, y para su higiene personal y doméstica. Los lugares públicos de suministro de agua han de estar lo suficientemente cercanos a los hogares para que sea posible obtener lo que se considera como el mínimo indispensable de agua.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- El promedio del consumo de agua para beber, cocinar y la higiene personal en todos los hogares es por lo menos 15 litros por persona por día (véanse las notas de orientación 1-8).
- La máxima distancia entre cualquier hogar y el lugar más cercano de suministro de agua no excede los 500 metros (véanse las notas de orientación 1, 2, 5 y 8).

- El tiempo que hay que hacer cola en los puntos de suministro de agua no excede los 15 minutos (véase la nota de orientación 7).
- No se tarda más de tres minutos en llenar un recipiente de 20 litros (véanse las notas de orientación 7 y 8).
- Los puntos (y los sistemas) de abastecimiento de agua son mantenidos de tal forma que se dispone consistentemente y con regularidad de cantidades apropiadas de agua (véanse las notas de orientación 2 y 8).

## Notas de orientación

**1. Necesidades:** Las cantidades de agua necesarias para el consumo doméstico podrán variar de acuerdo con el clima, las instalaciones de saneamiento de que se disponga, las costumbres normales de la gente, sus prácticas religiosas y culturales, los alimentos que cocinan, la ropa que se lleva puesta, etc. El consumo de agua por lo general aumenta en la medida en que el lugar de suministro de agua se encuentra más cerca de la vivienda.

Tabla simplificada de necesidades básicas en cuanto a cantidad de agua para asegurar la supervivencia		
Necesidades para asegurar la supervivencia: consumo de agua (para beber y utilizar con los alimentos)	2.5-3 litros al día	Depende de: clima y fisiología individual
Prácticas básicas de higiene	2-6 litros al día	Depende de: normas sociales y culturales
Necesidades básicas para cocinar	3-6 litros al día	Depende de: tipo de alimentos, normas sociales y culturales
Necesidades básicas: cantidad total de agua	7.5-15 litros al día	

Véase el Apéndice 2 donde se encontrará orientación sobre las cantidades mínimas de agua que son necesarias para las instituciones y otros usos.

**2. Selección de fuentes de suministro de agua:** Los factores que será preciso tener en cuenta son: la disponibilidad y la sostenibilidad de una cantidad suficiente de agua; saber si hará falta someter el agua a algún tratamiento y, en caso afirmativo, si ello es factible; disponibilidad del tiempo, la tecnología o la financiación que hacen falta para establecer un lugar de suministro del agua; proximidad de este punto de suministro con respecto a la población afectada; y existencia de factores sociales, políticos o legales en lo relativo a dicha provisión de agua. En general, las fuentes subterráneas de agua son preferibles porque requieren menos tratamiento, especialmente si se trata de agua procedente de manantiales cuyo flujo es movido por la gravedad, es decir, sin que haya necesidad de utilizar bombas de extracción. En los casos de desastre suele ser preciso hacer uso de una combinación de métodos de suministro y fuentes de agua en la fase inicial. Es necesario mantener la vigilancia de todas las fuentes de agua para evitar la explotación excesiva.

**3. Mediciones:** Simplemente con medir el volumen de agua que se ha hecho pasar al sistema de distribución o el tiempo que está operando la bomba manual no se conseguirá una indicación exacta del consumo individual. Hay formas más eficaces de obtener datos sobre el uso y consumo de agua, como son el uso de la observación y las encuestas entre las familias y los grupos de discusión de la comunidad.

**4. Calidad y cantidad:** En muchas situaciones de emergencia, la transmisión de enfermedades relacionadas con el agua se debe tanto a la insuficiencia de agua para la higiene personal y doméstica como a que los suministros de agua están contaminados. Hasta que se cumplan las normas mínimas en cuanto a cantidad y calidad, lo prioritario será facilitar un acceso equitativo a una cantidad adecuada de agua, incluso si es de calidad intermedia, en vez de proveer una cantidad inadecuada de agua que cumpla con la norma mínima de calidad. Habrá de tenerse en cuenta que las personas que viven con el VIH/sida (PVVS) necesitan más agua de lo normal para beber y su higiene personal. Se deberá prestar especial atención a velar por el cumplimiento de las necesidades de agua para el ganado y las cosechas, en particular durante situaciones de sequías en las que las vidas y los medios de subsistencia dependen de su mantenimiento (véase el Apéndice 2).

**5. Cobertura:** En la fase inicial de la respuesta humanitaria la prioridad absoluta es atender a las necesidades más urgentes de toda la población afectada para que pueda sobrevivir. Las personas afectadas por una situación de emergencia son mucho más vulnerables a las enfermedades, y por lo tanto se debe cumplir con los indicadores incluso si son más exigentes que las normas habituales de la población afectada o la población de acogida. En este tipo de situaciones se recomienda que las agencias planifiquen programas para mejorar también las instalaciones de suministro de agua y de saneamiento de la población de acogida, con el fin de evitar cualquier tipo de animosidad.

**6. Números máximos de personas por fuente de agua:** El número de personas por cada lugar de abastecimiento de agua dependerá del rendimiento y de la disponibilidad del agua en cada lugar. Por ejemplo, los grifos a menudo funcionan solamente a ciertas horas del día, y es posible que las bombas manuales y los pozos no puedan producir un flujo constante si el agua se repone lentamente. Se puede ofrecer una guía aproximada (para aquellos casos en que se dispone de agua constantemente):

250 personas por cada grifo	sobre la base de una corriente de agua de 7.5 litros por minuto
500 personas por cada bomba manual	sobre la base de una corriente de agua de 16.6 l/m
400 personas por cada pozo abierto de un solo usuario	sobre la base de una corriente de agua de 12.5 l/m.

En estas líneas directrices se supone que cada lugar de suministro de agua es accesible únicamente durante unas ocho horas al día; si el acceso es mayor, las personas podrán recoger una cantidad mayor que el requisito mínimo de 15 litros al día. Estos objetivos se deben usar con precaución, puesto que alcanzarlos no constituye necesariamente una garantía de obtener la cantidad mínima de agua ni un acceso equitativo.

**7. Tiempo que se pasa haciendo cola:** Si hay que pasar un tiempo excesivo haciendo cola, ello es una indicación de insuficiente disponibilidad de agua (sea porque el número de lugares de suministro es inadecuado, o porque el rendimiento de los mismos no es suficiente). Los potenciales resultados negativos de tener que hacer cola demasiado tiempo son:

1) que se reduce el consumo de agua *per cápita*; 2) que aumenta el consumo de agua procedente de fuentes de superficie sin protección; y 3) que disminuye el tiempo que las personas que van por agua tienen disponible para atender a otras tareas esenciales de supervivencia.

**8. Acceso y equidad:** Incluso si se dispone de una cantidad suficiente de agua para atender a las necesidades mínimas, podría ser necesario tomar medidas adicionales para garantizar que el acceso será equitativo para todos los grupos. Los lugares de suministro de agua deberían estar situados en zonas accesibles para todos, sin diferencias (por ejemplo) de sexo o etnia. Tal vez será preciso diseñar o adaptar algunas bombas manuales y recipientes para su uso por parte de las personas que viven con el VIH/sida (PVVS), las personas de edad o las discapacitadas, y los niños. En las situaciones urbanas, es posible que se haga necesario suministrar agua a edificios individuales para que puedan seguir funcionando los inodoros. En los casos en que el agua se raciona o se bombea a horas determinadas, estos horarios deberán ser planificados consultando con los usuarios y estableciendo momentos convenientes y seguros para mujeres y otras personas encargadas de acarrear el agua, y se habrá de dar información completa a todos los usuarios sobre cuándo y dónde podrán proveerse de agua.

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

El agua deberá tener buen sabor, y ser de calidad suficientemente alta como agua potable y para su utilización en la higiene personal y doméstica sin causar riesgos significativos para la salud.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Los controles sanitarios indican un bajo riesgo de contaminación fecal (véase la nota de orientación 1).
- No hay coliformes fecales por 100 ml en el punto donde está la salida del agua (véase la nota de orientación 2).
- Las personas beben agua procedente de una fuente de suministro protegida o tratada, con preferencia a otras aguas que pueden obtener fácilmente (véase la nota de orientación 3).
- Se han tomado medidas para reducir al mínimo posible la contaminación posterior a la salida del agua (véase la nota de orientación 4).
- En el caso de abastecimiento por tuberías, o de todos los suministros de agua en momentos de riesgo o cuando hay una epidemia de diarrea, el agua es tratada con un desinfectante de forma que haya un residuo de cloro libre en el grifo de 0.5 mg por litro y que la turbiedad quede por debajo de 5 NTU (Nephelometric Turbidity Unit) (véanse las notas de orientación 5, 7 y 8).
- No se detectan efectos significativamente adversos para la salud que sean debidos al consumo a corto plazo de agua contaminada por productos químicos (incluyendo los arrastres de impurezas químicas del tratamiento) o de procedencia radiológica, y la valoración muestra que no existe probabilidad significativa de este tipo de efectos (véase la nota de orientación 6).

## Notas de orientación

- 1. Control sanitario:** El control sanitario es una valoración de las condiciones y prácticas que pueden constituir un riesgo para la salud pública. En la valoración se deberán tener en cuenta las posibles fuentes de contaminación del agua en su origen, en su transporte y en el hogar, y también las prácticas en cuanto a defecación, avenamiento y gestión de desechos sólidos. Realizar un mapeo de la comunidad es un método especialmente eficaz de determinar dónde se encuentran los peligros para la salud pública, porque en esta labor participa la población en la búsqueda de formas de reducir los riesgos. Se debe observar que aunque las excretas de animales no son tan perjudiciales como las humanas, pueden contener criptosporidio, giardia, salmonela, campilobacter, calicivirus y otros causantes comunes de diarrea humana, y por lo tanto presentan un peligro significativo contra la salud.
- 2. Calidad microbiológica del agua:** Las bacterias coliformes fecales (>99% de las cuales son *E. coli*) son indicadoras del nivel de contaminación de desechos humanos o animales en el agua, y de la posibilidad de que se encuentren presentes patógenos dañinos. Si hay coliformes fecales presentes, el agua deberá ser sometida a tratamiento. Sin embargo, en la fase inicial de un desastre la cantidad es más importante que la calidad (véase la norma 1 relativa al abastecimiento de agua, nota de orientación 4).
- 3. Fomento de fuentes protegidas:** Con la mera provisión de fuentes protegidas o de aguas tratadas se conseguirá escaso impacto a menos que las personas entiendan los beneficios para la salud del empleo de este tipo de agua, y por lo tanto la utilicen. Es posible que la gente prefiera usar fuentes no protegidas, como ríos, lagos o pozos sin protección, por razones de buen sabor, proximidad y conveniencia social. En estos casos, es necesario que los técnicos, los promotores de la higiene o los reclutadores de ayuda de la comunidad entiendan las razones de estas preferencias, para que puedan ser mencionadas en los mensajes y discusiones de fomento de la higiene.
- 4. Contaminación posterior al punto de salida del agua:** El agua que es salubre en el lugar donde sale puede, a pesar de ello, presentar un riesgo significativo para la salud porque se vuelve a contaminar durante su recogida, almacenamiento y extracción. Entre las medidas que se pueden

tomar para reducir este peligro están: mejores prácticas en la recogida y almacenamiento de agua; distribución de recipientes limpios y adecuados para acarrear y almacenar el agua (véase la norma 3 relativa al abastecimiento de agua); tratamiento con un desinfectante residual; y tratamiento en el lugar donde se consume. Se deben tomar muestras del agua en el lugar donde se utiliza como procedimiento rutinario para vigilar si se ha contaminado en algún grado después de su salida.

**5. Desinfección del agua:** El agua debe ser tratada con un desinfectante residual como el cloro si es que existe un peligro real de contaminación de la fuente, o bien posteriormente a ser suministrada. Este riesgo estará determinado por las condiciones existentes en la comunidad, tales como la densidad de población, los sistemas de evacuación de excretas, las prácticas de higiene y la incidencia de enfermedades diarreicas. En la valoración de riesgos se deberán tener en cuenta también los datos cualitativos de la comunidad relativos a factores como los planteamientos de la comunidad en cuanto a sabor o palatabilidad (véase la nota de orientación 6). El agua suministrada por tuberías para una población extensa o concentrada habrá de ser tratada con un desinfectante residual y, si existe el peligro o la presencia de una epidemia de diarrea, toda el agua abastecida habrá de ser sometida a tratamiento, bien antes de la distribución o en el hogar mismo. Para desinfectar el agua de la forma debida, la turbiedad deberá ser inferior a 5 NTU.

**6. Contaminación química y radiológica:** Si los registros hidrogeológicos o la presencia de una actividad industrial o militar sugieren que las fuentes de agua pueden presentar riesgos químicos o radiológicos para la salud, estos riesgos deben ser valorados de inmediato llevando a cabo un análisis químico. En las decisiones que se tomen se deberán sopesar los riesgos a corto plazo para la salud pública y los beneficios obtenibles. La decisión de suministrar a un plazo medio agua que tal vez esté contaminada se deberá basar en una valoración profesional más a fondo y un análisis de las implicaciones en cuanto a la salud.

**7. Palatabilidad del agua:** Aunque el sabor no es en sí mismo un problema que repercuta directamente en la salud (por ejemplo, si el agua es ligeramente salina), si el suministro de agua salubre no tiene buen sabor, los usuarios podrán recurrir a fuentes insalubres y de este modo quedar expuestos a riesgos de salud. Ello podría constituir también un riesgo si se trata de abastecimiento de agua clorada, y en este caso será necesario

hacer uso de actividades de promoción para intentar lograr que se utilicen únicamente fuentes de agua que no presenten peligros.

**8. Calidad del agua para los centros de salud:** Toda el agua destinada a hospitales, centros de salud y centros de alimentación deberá ser tratada con cloro u otro desinfectante residual. En las situaciones en las que probablemente se va a racionar el agua mediante la interrupción del suministro, se deberá disponer en el centro de suficiente agua almacenada para asegurar el abastecimiento ininterrumpido en niveles normales de utilización (véase el Apéndice 2).

### **Norma 3 relativa al abastecimiento de agua: instalaciones y material para el uso del agua**

Las personas cuentan con instalaciones y con material adecuado para recoger, almacenar y utilizar cantidades suficientes de agua para beber y cocinar y para su higiene personal, y para que el agua potable mantenga su salubridad hasta el momento de ser consumida.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Cada hogar cuenta por lo menos con dos recipientes limpios de 10-20 litros para acarrear agua, y con un número suficiente de recipientes limpios para el agua, con lo que se asegura que siempre puede haber agua en la vivienda (véase la nota de orientación 1).
- Los recipientes para recoger y almacenar el agua son de cuello estrecho y/o tienen tapaderas, o bien hay otros medios seguros de conservar, extraer y trasladar el agua, y se puede demostrar que son utilizados (véase la nota de orientación 1).
- Se dispone por lo menos de 250 gramos de jabón al mes por persona para la higiene personal.
- Si es necesario que las instalaciones de baño sean colectivas, se cuenta con suficientes cubículos, hay cubículos independientes para hombres y mujeres, y son usados de forma apropiada y equitativa (véase la nota de orientación 2).

- Si es preciso que los lavaderos de ropa sean colectivos, se dispone de una piletta de lavar por lo menos para cada 100 personas, y las mujeres cuentan con zonas privadas para lavar y secar su ropa interior y toallas higiénicas.
- Se fomenta activamente la participación de todos los grupos vulnerables en el emplazamiento y construcción de las instalaciones de baño y/o la producción y distribución de jabón y/o el uso y fomento de alternativas adecuadas (véase la nota de orientación 2).

## Notas de orientación

**1. Recogida y almacenamiento de agua:** Las personas necesitan recipientes para recoger agua, almacenarla y usarla para lavar, cocinar y bañarse. Deberán ser recipientes limpios, higiénicos y adecuados para las necesidades y costumbres locales en términos de tamaño, forma y diseño. Es posible que los niños, los discapacitados, las personas de edad y las personas que viven con el VIH/sida (PVVS) necesiten recipientes más pequeños o diseñados especialmente para acarrear agua. La capacidad de almacenamiento que hará falta dependerá del número de personas que haya en la familia y del grado de disponibilidad del agua: por ejemplo, una cantidad de 4 litros aproximadamente será apropiada para las situaciones en que el suministro es diario y constante. Si se fomenta y se comprueba que se puede coleccionar, almacenar y extraer el agua en condiciones de seguridad, este proceso proporcionará la oportunidad de hablar de temas relativos a la contaminación del agua con los grupos vulnerables, especialmente las mujeres y los niños.

**2. Lavaderos y baños colectivos:** Es posible que las personas necesiten un espacio en el que bañarse en privado y con dignidad. Si esto no es factible al nivel de la vivienda, se tendrá que hacer uso de instalaciones centrales. Si no se dispone de jabón, o si por lo general el jabón no es usado, se podrán facilitar alternativas como ceniza, arena limpia, soda o ciertas plantas que son adecuadas para lavar y/o frotar. El lavado de la ropa es una actividad esencial para la higiene, en especial la higiene infantil, y también es necesario lavar los utensilios de cocinar y comer. El número, ubicación, diseño, seguridad, adecuación y conveniencia de las instalaciones deberán decidirse consultando a los usuarios, especialmente a las mujeres, las jóvenes adolescentes y los discapacitados. La ubicación de instalaciones en zonas centrales, accesibles y bien iluminadas podrá contribuir a velar por la seguridad de los usuarios.

### 3. Evacuación de excretas

La evacuación higiénica de excretas humanas establece la primera barrera contra las enfermedades relacionadas con las excretas, lo que contribuye a reducir su transmisión por rutas directas e indirectas. La evacuación higiénica de excretas es por tanto una prioridad absoluta, y en la mayoría de los casos de desastre se debe afrontar con la misma urgencia y el mismo esfuerzo que el suministro de agua salubre. La provisión de instalaciones apropiadas para la defecación constituye una de las intervenciones de emergencia que son esenciales para la dignidad, la seguridad, la salud y el bienestar de las personas.

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

Las personas cuentan con un número adecuado de letrinas que se encuentran suficientemente cercanas a sus viviendas para que su accesibilidad sea rápida, segura y aceptable en cualquier momento del día y de la noche.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Un máximo de 20 personas usan cada letrina/inodoro (véanse las notas de orientación 1-4).
- El uso de letrinas/inodoros se dispone por familias y/o es separado para cada sexo (véanse las notas de orientación 3-5).
- Existen letrinas/inodoros separados para hombres y mujeres en los sitios públicos (mercados, centros de distribución, centros de salud, etc.) (véase la nota de orientación 3).

- Las letrinas públicas o colectivas son limpiadas y mantenidas de forma que pueden hacer uso de ellas todos los usuarios a los que se destinan (véanse las notas de orientación 3-5).
- Las letrinas no se encuentran a más de 50 metros de las viviendas (véase la nota de orientación 5).
- Las letrinas son utilizadas de la forma más higiénica, y las heces infantiles son evacuadas en seguida y de modo higiénico (véase la nota de orientación 6).

## Notas de orientación

**1. Evacuación higiénica de excretas:** El objetivo de un programa de evacuación higiénica de excretas es asegurarse de que no se contamina el medio ambiente con las heces humanas. Será tanto más probable que el programa tenga éxito cuantos más grupos de la población afectada por el desastre participen. En situaciones en que tradicionalmente la población no haya usado letrinas, podrá ser preciso llevar a cabo una campaña concertada de educación y promoción para fomentar su uso y crear la demanda de construcción de más letrinas o inodoros. En el caso de desastres que tengan lugar en zonas urbanas y en los que el sistema de alcantarillado sufra daños, tal vez sea necesario encontrar soluciones como el aislamiento de las partes del sistema que siguen funcionando (y desviar los conductos), la instalación de inodoros portátiles y el uso de pozos sépticos y tanques de confinamiento que puedan ser desenlodados con regularidad.

**2. Zonas de defecación:** En la fase inicial de un desastre, antes de que se puedan construir letrinas, es posible que resulte necesario asignar una zona aparte como campo de defecación, o bien para ubicar allí letrinas de zanja. Esta solución dará el resultado deseado solamente si el lugar es administrado y mantenido de la forma correcta.

**3. Letrinas públicas:** En la fase inicial de algunas situaciones de emergencia, así como en los lugares públicos donde se hace necesario construir letrinas para uso general, es muy importante establecer sistemas para efectuar la limpieza a fondo y el mantenimiento de estas instalaciones a intervalos adecuados. Se deberá hacer uso de datos desglosados sobre la población

para planificar la proporción de cubículos destinados a mujeres y a hombres (aproximadamente en proporción de 3:1). Siempre que sea posible, se deberán instalar urinarios para los hombres (véase el Apéndice 3).

**4. Letrinas colectivas:** Cuando se trata de una población que se encuentra desplazada en un lugar en el que no hay letrinas, no siempre será posible proveer en seguida un inodoro para cada 20 personas. En estos casos se podrá emplear la proporción de 50 personas por letrina, pero reduciéndola a 20 lo más pronto que sea posible y modificando las disposiciones para su uso colectivo de acuerdo con ello. Las letrinas colectivas deberán poder utilizar el sistema desarrollado por la comunidad que ya esté implantado, para garantizar su limpieza y mantenimiento. Habrá circunstancias en las que las limitaciones de espacio harán imposible alcanzar esta proporción. Si así sucede, y sin dejar de realizar el máximo esfuerzo para que se habilite un espacio mayor, se deberá recordar que el primer objetivo es conseguir y mantener un entorno ambiental exento de heces humanas.

**5. Instalaciones compartidas:** Si una misma letrina es compartida por cuatro o cinco familias, por lo general está mejor cuidada y más limpia, y en consecuencia es más usada con regularidad, cuando las familias han sido consultadas sobre su emplazamiento y diseño, se han encargado ellas mismas de mantenerla y limpiarla, y cuentan con los medios para ello. Es importante organizar el acceso a las instalaciones compartidas mediante la cooperación con las personas a cuyo uso se destina, decidiendo de este modo quién tendrá acceso a la letrina y cómo será limpiada y mantenida. Se deberán realizar esfuerzos para conseguir que las personas que viven con el VIH/sida (PVVS) tengan acceso fácil a un inodoro o letrina, pues con frecuencia padecen diarrea crónica y su movilidad es reducida.

**6. Heces infantiles:** Se debe prestar especial atención a la evacuación de las heces de niños, que suelen ser más peligrosas que las de adultos porque el nivel de infecciones infantiles relacionadas con las excretas suele ser más alto y los niños carecen de anticuerpos. Es necesario contar con la participación de los padres o cuidadores, y se deberán diseñar instalaciones adecuadas pensando en los niños. Podrá ser preciso impartir a los padres o cuidadores información acerca de la evacuación higiénica de las heces infantiles y sobre cómo efectuar el lavado de los pañales.

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

Los inodoros son ubicados, diseñados, construidos y mantenidos de tal manera que son cómodos, higiénicos y de uso seguro.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Los usuarios, y especialmente las mujeres, han sido consultados y han expresado su aprobación del emplazamiento y diseño de las letrinas (véanse las notas de orientación 1-3).
- Las letrinas son diseñadas, construidas y ubicadas de tal manera que poseen las siguientes características:
  - han sido diseñadas de forma que las pueden usar todos los sectores de la población, incluyendo los niños, los mayores, las mujeres embarazadas y las personas física y mentalmente discapacitadas (véase la nota de orientación 1);
  - su emplazamiento ha sido escogido de manera que se reducen al mínimo los peligros que pueden acechar a las mujeres y las niñas, durante todo el día y por la noche (véase la nota de orientación 1);
  - son suficientemente fáciles de mantener limpias para que su uso resulte atractivo y que no representen un peligro para la salud;
  - permiten un grado de intimidad compatible con las costumbres de los usuarios;
  - hacen posible el desecho de los medios higiénicos de protección que usan las mujeres, o les ofrecen la intimidad necesaria para lavar y secar sus paños higiénicos (véase la nota de orientación 4);
  - posibilitan la reducción al mínimo de la reproducción de moscas y mosquitos (véase la nota de orientación 7).
- Todas las letrinas ya construidas en las que se utiliza descarga de agua y/o un sifón hidráulico cuentan con un suministro constante de agua (véanse las notas de orientación 1 y 3).

- Las letrinas de zanjas y los pozos de absorción (en la mayoría de los tipos de terreno) están por lo menos a 30 metros de fuentes de agua de superficie, y el fondo de la letrina se encuentra por lo menos 1.5 metros por encima del nivel de la capa freática. Los desagües o derrames de los sistemas de defecación no deben poder pasar a ninguna fuente de agua de superficie ni de agua subterránea de poca profundidad (véase la nota de orientación 5).
- Las personas se lavan las manos tras la defecación y antes de comer y de preparar alimentos (véase la nota de orientación 6).
- Se proporciona a las personas herramientas y materiales para construir, mantener y limpiar sus propias letrinas, si ello hace al caso (véase la nota de orientación 7).

## Notas de orientación

**1. Instalaciones aceptables:** Los programas de evacuación de excretas que dan buen resultado se basan en una clara comprensión de las diversas necesidades de las personas, y cuentan con la participación de los interesados. Tal vez no será posible hacer que todas las letrinas sean aceptables para todos los grupos, y por tanto se tendrán que construir letrinas especiales para niños, personas de edad y discapacitados, por ejemplo orinales, o inodoros con asientos más bajos o apoyamanos. El tipo de inodoros/letrinas que se construya dependerá de las preferencias y hábitos culturales de las personas a las que van destinados, la infraestructura existente, la disponibilidad fácil de agua (para la descarga de agua y el sellado higiénico), las características del terreno y los materiales de construcción de que se disponga.

**2. Instalaciones sin peligros:** El emplazamiento inapropiado de las letrinas puede hacer a mujeres y niñas más vulnerables a los ataques, especialmente por la noche, y se deben encontrar modos de asegurarse de que las mujeres se sientan (y estén) fuera de peligro cuando usan las letrinas facilitadas. Siempre que sea posible deberán habilitarse letrinas colectivas con luz, o bien proveer de linternas a las familias. Se deberá tratar de lograr que la comunidad realice aportaciones en lo relativo a cómo mejorar la seguridad de los usuarios.

- 3. Higiene anal:** Se debe facilitar agua a las personas que acostumbran usar esta modalidad de cuidados higiénicos. Para otras personas, será quizás necesario facilitar papel higiénico u otro tipo de material para la higiene anal. Se debe consultar a los usuarios sobre cuáles son los materiales de higiene más apropiados culturalmente y cómo desecharlos.
- 4. Menstruación:** Las mujeres y las adolescentes que menstrúan deberán tener acceso a materiales adecuados para la absorción y desecho de la sangre menstrual. Se habrá de consultar a las mujeres sobre lo que es culturalmente apropiado (véase la norma 2 relativa a artículos no alimentarios, página 274)
- 5. Distancia entre los sistemas de defecación y las fuentes de agua:** Tal vez sea necesario aumentar las distancias mencionadas más arriba si hay rocas con fisuras y tierra caliza, o reducirla si el terreno es fácilmente transitable. En los casos de desastre la contaminación del agua subterránea puede no ser una preocupación inmediata si no se consume agua de esta procedencia. En los entornos de crecidas o de brotes de aguas del subsuelo podrá ser preciso construir letrinas elevadas o tanques sépticos para almacenar las excretas e impedir que contaminen el medio ambiente.
- 6. Lavado de manos:** No se puede exagerar la importancia de lavarse las manos tras la defecación y antes de comer o de preparar alimentos para prevenir la propagación de enfermedades. Los usuarios deberán contar con los medios para lavarse las manos después de defecar, es decir, jabón o un producto alternativo (como por ejemplo la ceniza). Se debe fomentar este hábito. Deberá haber una fuente de agua constante cerca de las letrinas para este propósito.
- 7. Letrinas higiénicas:** Si las letrinas no se mantienen limpias se convertirán en un foco para la transmisión de enfermedades, y la gente preferirá no usarlas. Será más probable que se conserven limpias si las personas las consideran suyas propias, lo cual se puede alentar mediante actividades de promoción, el emplazamiento de las letrinas cerca de donde la gente duerme, su participación en decisiones sobre su diseño y construcción, y la aplicación de reglas sobre su funcionamiento, mantenimiento, vigilancia y uso apropiados. Se logrará ahuyentar las moscas y los mosquitos conservando limpias las letrinas, haciendo uso de sellados higiénicos, utilizando el diseño de letrinas de pozo de ventilación mejorada (LVM), o simplemente por medio del uso correcto de una tapadera por encima del agujero de defecación.

## 4. *Lucha antivectorial*

Un vector es un agente transmisor de enfermedades. Las enfermedades transmitidas por vectores son una de las causas principales de padecimientos y muertes en muchas situaciones de desastre. El mosquito es el vector que transmite el paludismo (malaria), que es una de las causas principales de la morbilidad y la mortalidad. Los mosquitos transmiten también otras enfermedades, como la fiebre amarilla y la fiebre hemorrágica dengue. Hay moscas que no pican (moscas sinantrópicas), como la mosca doméstica o común, las moscardas y moscardones, y la mosca de la carne, que desempeñan un papel importante en la propagación de las enfermedades diarreicas. Las moscas que pican, las chinches y las pulgas son causas de molestias y dolor, y en algunos casos transmiten enfermedades de considerable importancia como el tifus murino y la peste. Los ácaros propagan la fiebre recurrente, y los piojos del cuerpo humano esparcen el tifus y la fiebre recurrente. Las ratas y ratones pueden extender enfermedades como la leptospirosis y la salmonelosis, y pueden ser hospedadores de otros vectores, como por ejemplo las pulgas, que pueden transmitir la fiebre de Lassa, la peste y otras infecciones.

Las enfermedades de transmisión por vectores pueden ser controladas por diversos medios, incluyendo la selección del emplazamiento de los asentamientos y refugios, el abastecimiento de agua apropiado, la evacuación de excretas, la gestión de desechos sólidos y el avenamiento de aguas residuales, la provisión de servicios de salud (en los que se incluye la movilización de la comunidad local y el fomento de la salud), el uso de productos químicos, la protección personal y familiar y la protección eficaz de los almacenes de alimentos. Aunque la naturaleza de la enfermedad transmitida por vectores suele ser compleja, y es posible que abordar los problemas relacionados con la lucha antivectorial constituya una tarea para especialistas, es mucho lo que se puede hacer para prevenir la propagación de estas enfermedades con medidas sencillas y eficaces una vez que se haya determinado la enfermedad, el vector y su interacción con la población.

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

Todas las personas afectadas por el desastre poseen los conocimientos y los medios para protegerse contra los vectores transmisores de enfermedades y los animales molestos que se considera que pueden representar un peligro importante para su salud o bienestar.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Toda la población expuesta al riesgo de contraer una enfermedad transmitida por vectores entiende las modalidades de transmisión y los posibles métodos de prevención (véanse las notas de orientación 1-5).
- Toda la población tiene acceso a refugios que no contienen transmisores vectoriales ni propician su crecimiento, y están protegidos por medidas adecuadas de lucha antivectorial.
- Las personas evitan quedar expuestas a las picaduras de mosquitos durante los momentos en que más pican, usando los medios no dañinos de que disponen. Se presta especial atención a la protección de los grupos más expuestos a riesgos, como son las mujeres embarazadas y las madres y los bebés, los niños pequeños, las personas de edad y los enfermos (véase la nota de orientación 3).
- Las personas que tienen redes de mosquitos que han sido tratadas las utilizan con efectividad (véase la nota de orientación 3).
- La lucha contra el piojo del cuerpo humano se lleva a cabo si existe el peligro de contraer tifus transmitido por piojos o fiebre recurrente (véase la nota de orientación 4).
- Las ropas de vestir y las ropas de cama son aireadas y lavadas con regularidad (véase la nota de orientación 4).
- Los alimentos están en todo momento protegidos contra la contaminación por vectores como moscas, insectos y roedores.

## Notas de orientación

### 1. Definición del riesgo de contraer enfermedades transmitidas por vectores:

Las decisiones sobre las intervenciones en la lucha antivectorial deberán basarse en una valoración del riesgo potencial de que surja una enfermedad, y también en indicaciones clínicas de que existe un problema de enfermedad propagada por vectores. Entre los factores que influyen en este riesgo están los siguientes:

- estado de inmunidad de la población, en que se incluye la exposición previa, el estrés nutricional y otros tipos de estrés. El movimiento de personas (por ejemplo, refugiados, personas desplazadas internamente) desde una zona no endémica a una endémica es una causa frecuente de epidemias;
- tipo de patógeno y su incidencia, tanto en los vectores como en los seres humanos;
- especies de vectores, su comportamiento y ecología;
- número de vectores (estación, criaderos, etc.)
- aumento en el contacto con vectores o en la exposición a ellos: proximidad, modelo de asentamiento, tipo de refugios, protección personal ya existente y medidas preventivas.

**2. Indicadores para programas de lucha antivectorial:** Los indicadores de uso más frecuente para medir el efecto de las actividades de lucha antivectorial son las tasas de incidencia de las enfermedades propagadas por vectores (datos epidemiológicos, datos basados en la comunidad e indicadores sustitutivos de la situación, dependiendo de la respuesta), y recuentos de parásitos (usando “kits” o botiquines de diagnóstico rápido, o bien métodos de microscopia).

**3. Medidas de protección individual contra el paludismo:** Si existe un riesgo considerable de contraer el paludismo, se recomienda la adopción sistemática y a tiempo de medidas de protección, como el uso de materiales con tratamiento insecticida, por ejemplo en tiendas de campaña, cortinas y redes de cama. Las redes de cama impregnadas tienen la ventaja adicional de que proporcionan un grado de protección contra piojos, pulgas, ácaros, cucarachas y chinches. Otros métodos de protección contra los mosquitos que se pueden adoptar son el empleo de

ropa de mangas largas, fumigantes de viviendas, inductores de incienso, aerosoles y otros productos repelentes. Para que las medidas sean eficaces es imprescindible asegurarse de que los usuarios entienden la importancia de la protección y saben usar correctamente estos medios de protegerse. Si los recursos son escasos, deberán encauzarse hacia las personas y los grupos más expuestos a peligros, como los niños de menos de cinco años, las personas sin inmunidad y las mujeres embarazadas.

**4. Medidas de protección individual contra otros vectores:** La adecuada higiene personal y el lavado con regularidad de la ropa de personas y de cama son las mejores medidas de protección contra los piojos del cuerpo. Las infestaciones pueden ser controladas mediante el tratamiento de las personas (por pulverización), campañas de lavandería a gran escala o despioje, y con protocolos de tratamiento cuando llegan a un asentamiento nuevas personas desplazadas. Los entornos de viviendas limpias, junto con las buenas prácticas en la evacuación de desechos y en el almacenamiento de alimentos, sirven para que los roedores no se sientan atraídos hacia las casas o refugios.

**5. Enfermedades hídricas:** Se deberá informar a las personas de los peligros contra la salud y recomendar que no se sumerjan en aguas en las que haya un riesgo conocido de contraer enfermedades como la esquistomiasis, el gusano de Guinea o la leptospirosis (transmitida por exposición a la orina de mamíferos, especialmente de las ratas: véase el Apéndice 4). Tal vez sea necesario que los organismos de asistencia colaboren con la comunidad para encontrar fuentes alternativas de agua, para poder garantizar que esté adecuadamente tratada el agua que usa todo el mundo.

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

Se mantiene en un nivel aceptable el número de vectores transmisores de enfermedades que representan un peligro para la salud de las personas y de vectores causantes de molestias que suponen un riesgo para el bienestar de la gente.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Las poblaciones desplazadas son asentadas en lugares donde se reduce al mínimo su exposición a los mosquitos (véase la nota de orientación 1).
- Las zonas donde se posan y se reproducen los vectores son modificadas siempre que ello es factible (véanse las notas de orientación 2-4).
- Si existe el riesgo o la presencia de una epidemia diarreica en los asentamientos de gran densidad, se lleva a cabo una lucha intensa contra las moscas.
- Se mantiene en un nivel bajo la densidad de población de los mosquitos para evitar el riesgo de niveles excesivamente altos de transmisión e infección (véase la nota de orientación 4).
- Son diagnosticadas con prontitud las personas infectadas de paludismo, y reciben tratamiento (véase la nota de orientación 5).

## Notas de orientación

**1. Selección de emplazamientos:** Es importante reducir al mínimo la exposición de la población al riesgo de contraer enfermedades propagadas por vectores, y este tema debe ser uno de los principales factores al considerar las posibles ubicaciones de los asentamientos. En lo que se refiere a la lucha contra el paludismo, por ejemplo, los campamentos deberán estar emplazados a 1 o 2 kilómetros en dirección viento arriba con respecto a las zonas extensas de reproducción de vectores, como terrenos pantanosos o lagos, siempre que se pueda suministrar suficiente agua limpia adicional (véanse las normas 1 y 2 relativas a refugios y asentamientos, páginas 250-259).

**2. Lucha antivectorial medioambiental y química:** Hay ciertas medidas de ingeniería ambiental que pueden servir para reducir las oportunidades de reproducción de los vectores, entre las que figuran las siguientes: evacuación apropiada de excretas humanas y de animales (véase la sección sobre evacuación de excretas); evacuación adecuada de basuras con el fin de controlar las moscas y los roedores (véase la sección sobre

gestión de desechos sólidos); y drenaje de aguas estancadas para controlar los mosquitos (véase la sección sobre avenamiento). Estas medidas prioritarias de salud medioambiental tendrán cierto efecto en la densidad de población de algunos vectores. Tal vez no sea posible conseguir suficiente impacto en todas las zonas donde los vectores se posan, se alimentan y se reproducen dentro del asentamiento o en sus cercanías, ni siquiera a plazo largo, por lo que puede que sea necesario hacer uso de medidas localizadas de control químico o medidas de protección personal. Por ejemplo, con el rociamiento de espacios se podrá reducir el número de moscas adultas y prevenir las epidemias diarreicas, y con este método se podrá contribuir también a reducir la incidencia de estas enfermedades si se emplea durante una epidemia.

**3. Concepción de la respuesta:** Los programas de lucha antivectorial podrán no surtir efecto en las enfermedades si se enfocan hacia el vector incorrecto, se emplean métodos ineficaces o se ataca el vector correcto pero en un lugar equivocado o cuando no conviene. Inicialmente los programas de lucha antivectorial deben tratar de abordar los tres objetivos siguientes: 1) reducir la densidad de población del vector; 2) reducir el contacto entre el vector y las personas; y 3) reducir las zonas de reproducción de los vectores. Los programas mal diseñados podrían ser contraproducentes. Hará falta contar con estudios pormenorizados, y muchas veces también con asesoramiento de expertos, cuestiones de las que se deben encargar los organismos de salud nacionales e internacionales, aunque también se debe buscar asesoramiento local acerca de los paradigmas de enfermedades locales, las zonas de reproducción, las variaciones en el número de vectores según la estación del año, la incidencia de las enfermedades, etc.

**4. Lucha medioambiental contra los mosquitos:** El objetivo primario de la lucha medioambiental es eliminar las zonas de reproducción de mosquitos. Las tres especies principales de mosquitos que propagan enfermedades son *Culex* (filariosis), *Anopheles* (paludismo y filariosis) y *Aedes* (fiebre amarilla y dengue). Los mosquitos de la especie *Culex* se reproducen en aguas estancadas cargadas de materia orgánica, como por ejemplo las letrinas, el *Anopheles* se gesta en aguas de superficie relativamente no contaminadas (charcos, arroyos de corriente lenta y pozos), y el *Aedes* vive en recipientes de agua como botes, cubos, neumáticos, etc. Como ejemplos de lucha medioambiental contra mosquitos se puede mencionar el drenaje correcto del agua, el buen

funcionamiento de las letrinas de ventilación mejorada, el uso de tapaderas en los agujeros de defecación de las letrinas de pozo negro y el empleo de tapones en los recipientes de agua, así como mantener tapados los pozos de agua para el consumo y/o tratarlos con productos larvicidas (por ejemplo, en las zonas en que la fiebre dengue es endémica).

**5. Tratamiento del paludismo:** Las estrategias de lucha contra el paludismo, cuyo objetivo es reducir la densidad de la población de mosquitos eliminando las zonas de reproducción, reduciendo las tasas de supervivencia diaria del mosquito y limitando la incidencia de picaduras de los seres humanos, se deberán llevar a cabo simultáneamente mediante la pronta realización de diagnósticos y el tratamiento con medicamentos eficaces contra el paludismo. Además, se deberá, lo más pronto posible, emprender y continuar campañas de diagnóstico y tratamiento. En el contexto de un enfoque integrado, con la determinación activa de la incidencia de brotes por parte de trabajadores bien preparados de extensión del programa y el tratamiento eficaz con sustancias para combatir el paludismo se conseguirá una mayor efectividad en esta lucha que con la determinación pasiva de los brotes en personas que acuden a los servicios centralizados de salud (véase la norma 5 relativa a la lucha contra las enfermedades transmisibles, página 334)

### **Norma 3 relativa a la lucha antivectorial: seguridad en la lucha con productos químicos**

Las medidas para combatir los vectores con productos químicos se llevan a la práctica con métodos que garantizan que el personal humanitario, las personas afectadas por el desastre y el entorno local quedan adecuadamente protegidos, métodos que impiden el desarrollo de resistencia a las sustancias empleadas.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Se protege al personal facilitándole formación, ropajes protectivos, uso de instalaciones de baño, supervisión y restricción en el número de horas que manejan productos químicos.

- La elección, calidad, transporte y almacenamiento de sustancias químicas empleadas en la lucha antivectorial, el equipo de aplicación y el desecho de las sustancias son cuestiones en que existe adherencia a las normas internacionales, y es posible rendir cuentas de todo ello en cualquier momento (véase la nota de orientación 1).
- Se informa a las comunidades sobre los riesgos potenciales que conllevan las sustancias utilizadas en la lucha antivectorial y sobre los programas de aplicación de las mismas. Se protege a las personas durante la aplicación de venenos o pesticidas y posteriormente, en conformidad con procedimientos acordados a nivel internacional (véase la nota de orientación 1).

## Nota de orientación

**1. *Protocolos nacionales e internacionales:*** Hay claros protocolos y normas internacionales, publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), para la selección y aplicación de sustancias químicas en la lucha antivectorial, a los cuales debe existir adherencia en todo momento. Las medidas de control antivectorial deben abordar dos cuestiones principales: eficacia y seguridad. Si las normas nacionales con respecto a la selección de productos químicos tienen un alcance inferior a las internacionales, de forma que surten poco o ningún efecto, o incluso ponen en peligro la salud y la seguridad, el organismo humanitario deberá consultar a la autoridad nacional competente y tratar de influir en ella para que permita la adherencia a las normas internacionales.

## 5. Gestión de desechos sólidos

Si no son eliminados los desechos sólidos de tipo orgánico, se incurre en el riesgo significativo de que se reproduzcan moscas y ratas (véase la sección sobre lucha antivectorial) y de que se contaminen las aguas de superficie. La falta de recolección y la consiguiente acumulación de desechos sólidos y de los escombros que quedan después de un desastre natural o un conflicto pueden, además, crear un entorno deprimente y desagradable, lo que tendrá un efecto negativo en los esfuerzos por mejorar otros aspectos de la salud medioambiental. Los desechos sólidos a menudo obstruyen los canales de avenamiento y causan problemas de salud medioambiental relacionados con el estancamiento y la contaminación de las aguas de superficie.

### **Norma 1 relativa a la gestión de desechos sólidos: recolección y eliminación**

La población vive en un entorno que está aceptablemente exento de contaminación causada por desechos sólidos, incluidos los desechos médicos, y cuenta con los medios para eliminar sus desechos domésticos de modo conveniente y efectivo.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Hay personas de la población afectada que participan en el diseño e implementación del programa de eliminación de desechos sólidos.
- La basura doméstica se coloca a diario en recipientes apropiados para su recolección periódica, o es quemada o enterrada en un pozo especialmente dedicado a desperdicios.

- Todas las viviendas tienen acceso a un contenedor de basuras y/o se encuentran a una distancia de no más de 100 metros del pozo colectivo de basuras.
- Cuando la basura no es enterrada in situ, se dispone por lo menos de un contenedor de basuras con 100 litros de capacidad por cada 10 familias.
- La basura es transportada fuera del asentamiento antes de que se convierta en una molestia y un riesgo para la salud (véanse las notas de orientación 1, 2 y 6).
- Los desechos médicos son separados y eliminados independientemente de los demás, y hay un pozo correctamente diseñado, construido y mantenido, o un incinerador con un pozo profundo de ceniza, dentro de los límites del recinto de cada una de las instalaciones de salud (véanse las notas de orientación 3 y 6).
- No hay en ningún momento desechos médicos contaminados o peligrosos (agujas, vidrio, vendajes, fármacos, etc.) en las zonas residenciales ni los espacios públicos (véase la nota de orientación 3).
- En los lugares públicos como mercados y mataderos de animales hay pozos de basuras que están claramente indicados y adecuadamente cercados, cubos de basuras o zonas destinadas a desperdicios, y hay implantado un sistema de recolección (véase la nota de orientación 4).
- La eliminación definitiva de los desechos sólidos se lleva a cabo en un sitio y de un modo que permiten evitar que surjan problemas de medio ambiente y de salud para la población local y la población afectada (véanse las notas de orientación 5-6).

## Notas de orientación

**1. Enterramiento de desechos:** Si los desechos se tienen que enterrar in situ, sea en pozos situados en la vivienda misma o en pozos colectivos, estos pozos deberán ser cubiertos al menos una vez por semana con una capa fina de tierra para impedir que acudan vectores como moscas y roedores y se conviertan en zonas de reproducción de los mismos. Si se arrojan allí las heces o los pañales de niños, deberán ser cubiertos de tierra

inmediatamente. Los lugares destinados a la eliminación de desechos habrán de estar bien cercados para evitar accidentes e impedir el acceso de niños y animales; se deberá tener cuidado de impedir que las materias de rezumos contaminen el agua subterránea.

**2. Tipo y cantidad de desechos:** La basura que hay en los asentamientos es muy variada en composición y cuantía, factores que dependen de la cantidad y tipo de actividad comercial existente, los alimentos básicos que se consumen y las prácticas locales en cuanto a reciclamiento y/o eliminación de desechos. Deberá ser valorado el grado en que los desechos sólidos pueden tener repercusiones para la salud de las personas, procediendo a tomar las medidas necesarias. Se deberá fomentar el reciclamiento de desechos sólidos dentro de la comunidad, siempre que no suponga un riesgo significativo para la salud. Se debe evitar la distribución de artículos de consumo que producen una gran cantidad de desechos sólidos, por sus envases o por ser procesados in situ.

**3. Desechos médicos:** Si la gestión de desechos procedentes de los servicios de salud es inadecuada, podrán surgir riesgos para la comunidad, el personal sanitario y los encargados de eliminar los desechos, quienes quedarían expuestos a infecciones, efectos tóxicos y lesiones. En una situación de desastre es probable que los tipos más peligrosos de desechos sean tanto los objetos puntiagudos como los no puntiagudos (vendajes de heridas, paños llenos de sangre y materia orgánica como placentas, etc.). Los diferentes tipos de desechos deben ser separados en el lugar donde se originan. Los desechos no infecciosos (papel, envases de plástico, sobras de comidas, etc.) pueden ser eliminados como desechos sólidos. Los objetos puntiagudos contaminados, especialmente las agujas y las jeringas usadas, deberán ser depositados en una caja de seguridad inmediatamente después de ser empleados. Estas cajas de seguridad y otros desechos infecciosos podrán ser eliminados in situ enterrándolos, incinerándolos o mediante otros métodos seguros.

**4. Desechos de los mercados:** La mayoría de los desechos de los mercados pueden ser tratados del mismo modo que la basura doméstica. Es posible que los desechos de los mataderos necesiten un tratamiento especial en instalaciones para el caso, con el fin de eliminar los residuos líquidos producidos y para que el sacrificio de animales se realice en condiciones higiénicas y ateniéndose a las normativas locales. Los desechos procedentes de matanzas de animales pueden ser eliminados en

un pozo grande con un agujero que se pueda cubrir, situado al lado del matadero. La sangre, etc. puede ser trasvasada desde el matadero al pozo por un canal cubierto con losas (para reducir el acceso de moscas al pozo). Se deberá disponer de agua suficiente para la limpieza.

**5. Control de vertederos y basureros sanitarios:** La eliminación de desechos a gran escala se deberá efectuar lejos del lugar, mediante vertederos bien controlados o basureros sanitarios. La utilización de este método dependerá de que se disponga de espacio suficiente y de acceso a equipo mecánico. Si los desechos son vertidos, lo ideal es que queden cubiertos de tierra al final de cada jornada, para impedir que acudan animales en busca de carroña y que se gesten vectores.

**6. Bienestar del personal:** Todo el personal dedicado a la recolección, transporte o eliminación de desechos deberá ser provisto de ropajes protectivos: como mínimo, de guantes, pero idealmente de guardapolvos, botas y máscaras. Se pondrá a su disposición agua y jabón para que pueda lavarse las manos y la cara. El personal que entra en contacto con desechos médicos habrá de ser informado de los métodos correctos de almacenamiento, transporte y eliminación, y de los riesgos relacionados con la gestión inadecuada de los desechos.

## 6. Avenamiento

Las aguas de superficie que se encuentran en los asentamientos y sus cercanías se pueden originar en aguas residuales de viviendas y de lugares de suministro de agua, infiltraciones de letrinas y alcantarillas, lluvias o crecidas. Los principales riesgos relacionados con el agua de superficie son la contaminación del abastecimiento de agua y del entorno en que viven las personas, los daños causados a las letrinas y las viviendas, la reproducción de vectores, y que las personas se ahoguen. Las aguas de lluvia y procedentes de crecidas pueden hacer que empeore la situación en cuanto al avenamiento de aguas del asentamiento y que aumente aun más el peligro de contaminación. Se deberá implantar un plan adecuado de avenamiento, afrontando el drenaje de aguas de tormentas mediante la planificación del asentamiento y la evacuación de agua residuales haciendo uso del sistema existente in situ a pequeña escala, con el fin de reducir los riesgos potenciales para la salud de la población. Esta sección trata de los problemas y actividades relacionados con el drenaje a pequeña escala. El avenamiento a gran escala por lo general es determinado por la selección y desarrollo del asentamiento (véase la sección sobre refugios, asentamientos y artículos no alimentarios, capítulo 4, página 241).

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

La población vive en un entorno en el que han sido reducidos al mínimo posible los peligros para la salud y los riesgos de otros tipos procedentes de la erosión hídrica y las aguas estancadas, incluidas las aguas de lluvias y de crecidas, y las aguas residuales del consumo doméstico y de instalaciones sanitarias.

## Indicadores clave (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Las zonas alrededor de las viviendas y los puntos de suministro de agua están exentas de aguas estancadas, y los desagüaderos de precipitaciones tormentosas de se mantienen expeditos (véanse las notas de orientación 1, 2, 4 y 5).
- Los refugios, los senderos y las instalaciones de saneamiento y de suministro de agua no se inundan ni sufren de erosión hídrica (véanse las notas de orientación 2-4).
- El avenamiento de los lugares de suministro de agua está bien planificado, construido y mantenido. En ello se incluye el avenamiento de las zonas de lavado y de baño, así como también los puntos de recolección del agua (véanse las notas de orientación 2 y 4).
- Las aguas residuales no contaminan las fuentes existentes de aguas de superficie o del subsuelo, ni causan erosión de las mismas (véase la nota de orientación 5).
- Si ello es necesario, se facilita a la población un número suficiente de herramientas adecuadas para obras pequeñas de drenaje y mantenimiento (véase la nota de orientación 4).

## Notas de orientación

- 1. Selección y planificación de emplazamientos:** La manera más eficaz de evitar los problemas de avenamiento es escoger bien la ubicación del asentamiento y disponer correctamente su trazado (véanse las normas 1-4 relativas a refugios y asentamientos, páginas 250-266).
- 2. Aguas residuales:** Las aguas sucias o residuales de procedencia doméstica son clasificadas como aguas cloacales cuando se mezclan con excretas humanas. A menos que el asentamiento esté ubicado en un sitio en el que ya hay alcantarillado, no se deberá permitir que el agua residual doméstica se mezcle con las excretas humanas. Las aguas cloacales son más difíciles y más caras de tratar que las aguas residuales domésticas. Se deberá fomentar la creación de pequeños jardines cerca de los puntos de suministro de agua y zonas de lavado y baño, para utilizar allí las aguas residuales, teniendo especial cuidado en impedir que las aguas residuales

de lavados y baños contaminen las fuentes de agua.

**3. Avenamiento y evacuación de excretas:** Se habrá de prestar especial atención a que no se inunden las letrinas y alcantarillas, para evitar daños estructurales e infiltraciones.

**4. Labores de fomento:** Es esencial fomentar la participación de la población afectada en los trabajos de drenaje a pequeña escala, porque estas personas suelen conocer bien el flujo natural de las aguas residuales y por tanto saben dónde deben estar situados los canales. Además, si entienden los riesgos para la salud y los peligros físicos implícitos y han cooperado antes en la construcción del sistema de avenamiento, será más probable que cooperen en su mantenimiento (véase la sección sobre lucha antivectorial). Es posible que haga falta facilitar apoyo técnico y herramientas.

**5. Eliminación in situ:** Siempre que sea posible, y si existen condiciones favorables en cuanto al terreno, la evacuación de aguas desde los puntos donde se suministra y las zonas de lavado deberá hacerse in situ y no por medio de canalizaciones al descubierto, que son difíciles de mantener y muchas veces se obstruyen. Hay técnicas sencillas, como por ejemplo los pozos de absorción, que se pueden usar para la eliminación in situ de aguas residuales. Si la eliminación in situ es la única posibilidad, las canalizaciones son preferibles a las tuberías, y deben ser diseñadas para que la corriente fluya con rapidez (pensando en las aguas sucias durante el tiempo seco) y para que puedan conducir el agua de tormentas. Si la inclinación del terreno es mayor que un 5% será necesario aplicar técnicas de ingeniería para impedir la excesiva erosión. El avenamiento de residuos de los procesos de tratamiento de aguas deberá ser controlado cuidadosamente para que las personas no puedan hacer uso de estas aguas y que no contaminen las fuentes de aguas de superficie o del subsuelo.

# Apéndice 1

## **Lista de verificación para la valoración inicial de necesidades en materia de abastecimiento de agua y saneamiento**

Esta lista de preguntas se destina principalmente a la valoración de necesidades, la determinación de recursos autóctonos disponibles y la descripción de condiciones locales. No hace referencia a cuestiones relativas a la determinación de recursos externos necesarios aparte de aquellos de los que se dispone de inmediato y en la localidad.

### **1 Generalidades**

- ¿Cuántas son las personas afectadas, y dónde se encuentran? Desglosar los datos, en lo posible, por sexo, edad, discapacidad, etc.
- ¿Cuáles son los probables movimientos de personas? ¿Cuáles son los factores relacionados con la seguridad en cuanto a las personas afectadas y las posibles respuestas de auxilio humanitario?
- ¿Cuáles son las enfermedades relacionadas con el agua y el saneamiento contraídas actualmente o que hay peligro de contraer? ¿Son importantes los problemas? ¿Qué evolución se prevé?
- ¿Cuáles son las principales personas a quienes se puede consultar o contactar?
- ¿Cuáles son las personas vulnerables de la población, y por qué?
- ¿Tienen todas las personas igual acceso a las instalaciones existentes?
- ¿A qué riesgos especiales están expuestas las mujeres y las adolescentes?
- ¿A qué prácticas, en relación con el agua y el saneamiento, estaba acostumbrada la población anteriormente a la situación de emergencia?

## 2 Abastecimiento de agua

- ¿Cuál es la actual fuente de aguas, y quiénes son sus usuarios?
- ¿De qué cantidad de agua se dispone por persona y por día?
- ¿Con qué frecuencia (por día o por semana) se dispone de suministro de agua?
- El agua de que se dispone en la fuente ¿es suficiente para las necesidades a corto y largo plazo de todos los grupos de la población?
- Los lugares de recolección de agua ¿están suficientemente cerca de las viviendas de las personas? ¿Son seguros?
- ¿Es fiable el actual abastecimiento de agua? ¿Qué duración tiene prevista?
- ¿Cuentan las personas con suficientes recipientes del tamaño y tipo apropiados para acarrear agua?
- ¿Está contaminada la fuente del agua, o hay peligro de contaminación (microbiológica o química/radiológica)?
- ¿Es necesario someter el agua a tratamiento? ¿Es posible este tratamiento? ¿Qué tipo de tratamiento es preciso?
- ¿Es necesaria la desinfección, incluso si el suministro no está contaminado?
- ¿Hay fuentes alternativas de agua en las cercanías?
- ¿Cuáles son las creencias y prácticas tradicionales en relación con la recolección, el almacenamiento y el consumo del agua?
- ¿Hay algún tipo de obstáculo para la utilización del suministro de que se dispone?
- ¿Es posible trasladar a la población si las fuentes de agua resultan inadecuadas?
- ¿Es posible trasladar agua en cisternas si las fuentes de agua resultan inadecuadas?
- ¿Cuáles son los principales problemas de higiene relacionados con el abastecimiento de agua?

- ¿Cuentan las personas con medios adecuados para utilizar el agua de modo higiénico?

### **3 Evacuación de excretas**

- ¿Cuál es la práctica vigente en cuanto al tema de la defecación? Si se hace al aire libre, ¿existe una zona designada? ¿Es segura esa zona?
- ¿Cuáles son las actuales creencias y prácticas, incluidas las prácticas relacionadas específicamente con el género, en lo relativo a la evacuación de excretas?
- ¿Existe algún tipo de instalaciones? Si es así, ¿son utilizadas, son suficientes, funcionan bien? ¿Podrían ser ampliadas o adaptadas?
- Las prácticas corrientes en cuanto a la defecación ¿constituyen un peligro contra el abastecimiento de aguas (de superficie o del subsuelo) o las zonas donde vive la gente?
- ¿Se lavan las manos las personas después de defecar y antes de preparar los alimentos o comer? ¿Disponen de jabón o de otros materiales de limpieza?
- ¿Está familiarizada la población con la construcción y la utilización de letrinas?
- ¿De qué materiales locales se dispone para construir letrinas?
- ¿Están dispuestas las personas a usar letrinas de pozos negros, campos de defecación, zanjas, etc.?
- ¿Cuál es la inclinación del terreno?
- ¿Cuál es el nivel de la capa freática?
- ¿Es el terreno de un tipo adecuado para la eliminación de excretas in situ?
- Con las prácticas vigentes en cuanto a la eliminación de excretas ¿se atrae a los vectores?
- ¿Se cuenta con materiales o con agua para la higiene anal? ¿Cómo eliminan las personas por lo general estos materiales?

- ¿Cómo se enfrentan las mujeres con sus necesidades relacionadas con la menstruación? ¿Disponen de materiales o instalaciones adecuados a este respecto?

## **4 Enfermedades transmitidas por vectores**

- ¿Qué peligros existen en cuanto a enfermedades transmitidas por vectores, y cuál es la gravedad de dichos peligros?
- ¿Cuáles son las creencias y prácticas tradicionales en lo relacionado con los vectores y las enfermedades transmitidas por vectores? ¿Puede alguna de ellas ser de utilidad o entrañar peligros?
- Si es alto el riesgo de que broten enfermedades propagadas por vectores, ¿cuentan las personas expuestas a peligros con acceso a protección individual?
- ¿Es posible realizar cambios en el entorno local (mediante obras de avenamiento, desbroces, eliminación de excretas, evacuación de basuras, etc.) con los cuales se evitaría la reproducción de vectores?
- ¿Es necesario luchar contra los vectores por medios químicos? ¿Qué programas, normativas y recursos existen en cuanto a la lucha antivectorial y el uso de sustancias químicas?
- ¿Qué información y qué precauciones en materia de seguridad es necesario facilitar a las familias?

## **5 Eliminación de desechos sólidos**

- La cuestión de los desechos sólidos ¿constituye un problema?
- ¿Cómo elimina la gente sus desechos? ¿Qué tipo y qué cantidad de desechos sólidos se produce?
- ¿Pueden ser eliminados los desechos sólidos in situ, o es necesario proceder a su recolección y eliminación fuera del asentamiento?
- ¿Cuál es la práctica normal de la población afectada en cuanto a la eliminación de desechos sólidos? (¿abono vegetal/pozos de basura? ¿sistema de recolección de basuras? ¿cubos de basura?)

- ¿Hay centros médicos y actividades sanitarias que producen desechos? ¿Cómo son eliminados estos desechos? ¿Quién se encarga de ello?

## **6 Avenamiento**

- ¿Hay algún problema de avenamiento (por ejemplo, inundaciones de viviendas o letrinas, lugares de reproducción de vectores, aguas contaminadas que contagian las zonas donde vive la gente o el abastecimiento de agua)?
- ¿Es fácil que se acumule agua en este tipo de terreno?
- ¿Cuentan las personas con los medios para proteger sus viviendas y las letrinas contra inundaciones locales?

# Apéndice 2

## Directrices de planificación de las cantidades mínimas de agua para las instituciones y destinadas a otros fines

Centros de salud y hospitales	5 litros/por paciente externo 40-60 litros/por paciente interno/por día Podrán hacer falta cantidades adicionales de agua para lavanderías, inodoros de descarga, etc.
Centros de tratamiento del cólera	60 litros/por paciente/por día 15 litros/por encargado/por día
Centro de alimentación terapéutica	30 litros/por paciente interno/por día 15 litros/por encargado de asistencia/por día
Centros escolares	3 litros/por alumno/por día para beber y lavarse las manos (no se incluye el uso en los aseos: véase más abajo)
Mezquitas	2-5 litros/por persona/por día para beber y lavarse
Inodoros públicos	1-2 litros/por usuario/por día para lavarse las manos 2-8 litros/por cubículo/por día para la limpieza del inodoro
Todos los inodoros de descarga de agua	20-40 litros/por usuario/por día para los inodoros de tipo convencional conectados con alcantarillas 3-5 litros/por usuario/por día para inodoros de sifón
Higiene anal	1-2 litros/por persona/por día
Ganado	20-30 litros/por animal grande o mediano/por día 5 litros/por animal pequeño/por día
Riegos a pequeña escala	3-6 mm/m <sup>2</sup> /por día, pero podrá variar considerablemente

# Apéndice 3

## Directrices de planificación del número mínimo de letrinas/inodoros en lugares públicos e instituciones, en situaciones de desastre

Institución	A corto plazo	A largo plazo
Zonas de mercados	1 inodoro por cada 50 puestos de venta	1 inodoro por cada 20 puestos de venta
Hospitales/centros médicos	1 inodoro por cada 20 camas o 50 pacientes no ingresados	1 inodoro por cada 10 camas o 20 pacientes no ingresados
Centros de alimentación	1 inodoro por cada 50 adultos 1 inodoro por cada 20 niños	1 inodoro por cada 20 adultos 1 inodoro por cada 10 niños
Centros de acogida/de tránsito	1 inodoro por cada 50 personas En proporción 3:1 de mujeres a varones	
Centros escolares	1 inodoro por cada 30 chicas 1 inodoro por cada 60 chicos	1 inodoro por cada 30 chicas 1 inodoro por cada 60 chicos
Oficinas		1 inodoro por cada 20 empleados

Fuente: adaptado de Harvey, Baghri y Reed (2002)

# Apéndice 4

## Enfermedades relacionadas con el agua y las excretas, y mecanismos de transmisión

Enfermedades hídricas o debidas a falta de higiene	Cólera, shigellosis, diarrea, salmonelosis, etc.	Enfermedades fecal-orales bacteriales	Contaminación del agua
	Fiebre tifoidea o paratifoidea, etc.	Enfermedades fecal-orales no bacteriales	Falta de sanidad
	Disentería amibiana, giardiasis		Falta de higiene personal
	Hepatitis A, poliomiелitis, diarrea rota virus		Contaminación de cosechas
Propagadas por el agua o debidas a la escasez de agua	Infecciones dérmicas y oculares		Agua inadecuada
	Tifus transmitido por piojos y fiebre recurrente transmitida por piojos		Falta de higiene personal
Helminthos relacionados con excretas	Áscaris, uncionaria, gusano lático, etc.	Helminthos transmitidos en el terreno	Defecación al aire libre
			Contaminación del terreno
Tenias de vacuno y porcino	Teniasis	Del animal al hombre	Carnes medio crudas
			Contaminación del terreno
Basadas en el agua	Esquistosomiasis, gusano de Guinea, clonorchiasis, etc.	Permanencia a largo plazo en aguas infectadas	Contaminación del agua
Insectos vectores relacionados con el agua	Malaria, dengue, enfermedad del sueño, filariosis, etc.	Picaduras de mosquitos y moscas	Picaduras cerca del agua
Insectos vectores relacionados con excretas	Diarrhea y disentería	Transmitidas por moscas y cucarachas	Reproducción en el agua
			Entorno sucio

# Apéndice 5

## Referencias

Gracias al programa *Forced Migration Online* (Migración forzada en línea) del Refugee Studies Centre (Centro de Estudios de Refugiados) de la Universidad de Oxford, muchos de estos documentos cuentan ahora con permiso de copyright y han sido incluidos en un enlace especial de Esfera: <http://www.forcedmigration.org>

Nota: En la medida de lo posible, se facilitan los títulos oficiales de los documentos, pero en algunos casos la traducción de títulos de documentos, informes o publicaciones insertada entre paréntesis se proporciona únicamente a fines informativos al no existir o ser desconocida la versión aceptada.

## Instrumentos jurídicos internacionales

*The Right to Water* (El derecho al agua) (artículos 11 y 12 del Convenio Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), CESCR Comentario General 15, 26 de noviembre de 2002, U.N. Doc. E/C.12/2002/11, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Colección de Tratados de las Naciones Unidas: <http://untreaty.un.org>

Biblioteca de Derechos Humanos de la Universidad de Minnesota: <http://www1.umn.edu/humanrts>

[http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/Documents/righttowater/righttowater.htm](http://www.who.int/water_sanitation_health/Documents/righttowater/righttowater.htm)

## General

Adams, J (1999), *Managing Water Supply and Sanitation in Emergencies* (Gestión del abastecimiento de agua y el saneamiento en casos de emergencia) Oxfam GB.

Cairncross, S y Feachem, R (1993), *Environmental Health Engineering in the Tropics: An Introductory Text* (Ingeniería de la salud medioambiental en los trópicos: texto introductorio) (Segunda edición). John Wiley & Sons Ltd, Chichester, Reino Unido.

Davis, J y Lambert, R (2002), *Engineering in Emergencies: A Practical Guide for Relief Workers*. (Ingeniería en casos de emergencia: guía práctica para trabajadores humanitarios) Segunda edición. RedR/IT Publications, Londres.

Drouarty, E y Vouillamoz, JM (1999), *Alimentation en eau des populations menacées*. (Abastecimiento de agua para poblaciones en peligro) Hermann, París.

Sitio web del Centro de Investigaciones Internacionales (Países Bajos): <http://www.irc.nl/publications>

MSF (1994), *Public Health Engineering in Emergency Situations. First Edition*. (Ingeniería de la salud pública en situaciones de emergencia) Médicos sin Fronteras, París.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados (1999), *Manual para emergencias*. Segunda edición. ACNUR. Ginebra. <http://www.unhcr.ch/>

Water, Engineering and Development Centre (WEDEC, Centro de Estudios de Estudios Hídricos y de Ingeniería y Desarrollo), Universidad de Loughborough, Reino Unido. <http://www.lboro.ac.uk>

Biblioteca virtual de salud para desastres de la Organización Mundial de la Salud: <http://www.helid.desastres.net>

Programa de Agua y Saneamiento de la Organización Mundial de la Salud: [http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health](http://www.who.int/water_sanitation_health)

## Estudios de temas relativos a la sanidad

Manual ARGOSS: <http://www.bgs.ac.uk>

### Género

Gender and Water Alliance (Alianza de Género y Agua): <http://www.genderandwateralliance.org>

Islamic Global Health Network (Red Islámica Global de Salud), Conferencias de supercurso islámico. *On Health Promotion, Child Health and Islam*. (Sobre el fomento de la salud, la salud infantil y el Islam) <http://www.pitt.edu>

WCRWC/UNICEF (1998), *The Gender Dimensions of Internal Displacement*. (La dimensión de género de los desplazamientos dentro de un mismo país) Comisión de Mujeres para las Mujeres y los Niños Refugiados). Nueva York.

### Fomento de la higiene

Almedom, A, Blumenthal, U y Manderson, L (1997), *Hygiene Evaluation Procedures: Approaches and Methods for Assessing Water- and Sanitation-Related Hygiene Practices* (Procedimientos de evaluación de la higiene: enfoques y métodos para la valoración de las prácticas de higiene relacionadas con el agua y el saneamiento) International Nutrition Foundation for Developing Countries (Fundación Internacional de Nutrición para Países en Desarrollo). Se puede pedir a Technology Publications, Southampton Row, Londres WC1, UK.

Benenson, AS, ed. (1995), *Control of Communicable Diseases Manual* (Manual de lucha contra enfermedades transmisibles) 16ª Edición. American Public Health Association.

Ferron, S, Morgan, J y O'Reilly, M (2000), *Hygiene Promotion: A Practical Manual for Relief and Development* (Fomento de la higiene: manual práctico para la ayuda humanitaria y el desarrollo) Oxfam GB.

## Abastecimiento de agua

FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación): <http://www.fao.org>

House, S y Reed, R (1997), *Emergency Water Sources: Guidelines for Selection and Treatment*. (Fuentes de agua en casos de emergencia: directrices para su selección y tratamiento) WEDEC, Universidad de Loughborough, Reino Unido.

## Calidad del agua

OMS (2003), *Guidelines for Drinking Water Quality* (Directrices sobre la calidad del agua potable) Tercera Edición. Ginebra.

## Eliminación de excretas

Harvey, PA, Baghri, S y Reed, RA (2002), *Emergency Sanitation, Assessment and Programme Design* (Saneamiento de emergencia, valoración y diseño de programas) WEDEC, Universidad de Loughborough, Reino Unido.

Pickford, J (1995), *Low Cost Sanitation: A Survey of Practical Experience* (Saneamiento a bajo coste: examen de experiencias prácticas) IT Publications, Londres.

## Lucha antivectorial

Hunter, P (1997), *Waterborne Disease: Epidemiology and Ecology*. (Enfermedades hídricas: epidemiología y ecología) John Wiley & Sons Ltd, Chichester, Reino Unido.

Lacarin, CJ y Reed, RA (1999), *Emergency Vector Control Using Chemicals* (Lucha antivectorial de emergencia utilizando productos químicos) WEDEC, Loughborough, Reino Unido.

Thomson, M (1995), *Disease Prevention Through Vector Control: Guidelines for Relief Organisations* (Prevención de enfermedades por medio de la lucha antivectorial: directrices para organizaciones de ayuda humanitaria) Oxfam GB.

ACNUR (1997), *Vector and Pest Control in Refugee Situations*. (Lucha antivectorial y controles antiplagas en contextos de refugiados) Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, Ginebra.

Warrell, D y Gilles, H, eds. (2002), *Essential Malariology*. (Malariología esencial) Cuarta edición. Arnold, Londres.

OMS, *Chemical methods for the control of vectors and pests of public health importance* (Métodos químicos para el control de vectores y plagas de importancia para la salud pública). <http://www.who.int>

OMS Pesticide Evaluation Scheme (Plan OMS de Evaluación de Plaguicidas- WHOPEs), *Guidelines for the purchase of pesticides for use in public health* (Directrices para la compra de plaguicidas de uso en la salud pública). <http://www.who.int>.

## Desechos sólidos

Diseño de asentamientos de vertederos <http://www.lifewater.org>

The International Solid Waste Association (ISWA, Asociación Internacional de Desechos Sólidos): <http://www.iswa.org>

## Desechos médicos

Prüss, A, Giroult, E, Rushbrook, P, eds. (1999), *Safe Management of Health-Care Wastes*. (Gestión sin riesgos de los desechos sanitarios) Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

OMS (2000), *Aide-Memoire: Safe Health-Care Waste Management*. (Memorándum: Gestión sin riesgos de los desechos sanitarios) Ginebra.

OMS: <http://www.healthcarewaste.org>

OMS: <http://www.injectionsafety.org>

## Avenamiento

Environmental Protection Agency (EPA, Agencia de Protección Medioambiental) (1980), *Design Manual: On-Site Wastewater Treatment and Disposal Systems*, (Manual de diseño: Tratamiento in situ de aguas residuales y sistemas de eliminación) Informe EPA-600/2-78-173. Cincinnati.

## *Notas*

## *Notas*

## *Notas*



# Capítulo 3: Normas mínimas en materia de seguridad alimentaria, nutrición y ayuda alimentaria

# Cómo hacer uso de este capítulo

Este capítulo está dividido en cuatro secciones: 1) normas relativas a valoración y análisis en materia de seguridad alimentaria y nutrición; 2) normas sobre seguridad alimentaria; 3) normas relacionadas con la nutrición; y 4) normas tocantes a ayuda alimentaria. Las normas relativas a seguridad alimentaria y nutrición son una expresión práctica del derecho a contar con alimentos, mientras que las normas acerca de ayuda alimentaria centran la atención más bien en los aspectos operativos. Las normas sobre ayuda alimentaria pueden coadyuvar a que se cumplan tanto las normas de seguridad alimentaria como las de nutrición.

Cada sección contiene lo siguiente:

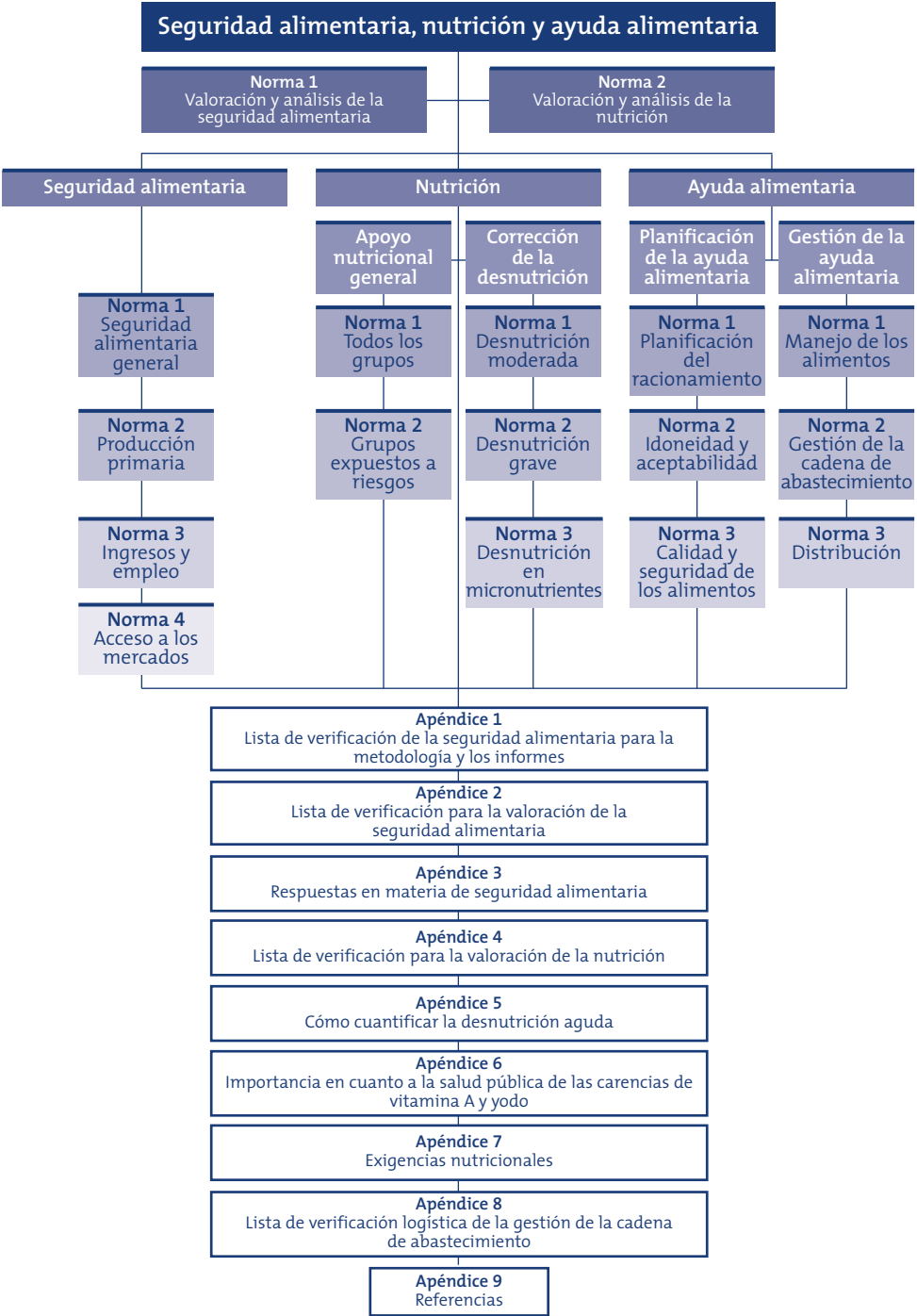
- *las normas mínimas*, que son de índole cualitativa y especifican los niveles mínimos que hay que alcanzar en la provisión de seguridad alimentaria, nutrición y ayuda alimentaria;
- *indicadores clave*, que son las “señales” que permiten comprobar si se ha cumplido con la norma y que constituyen un medio de medir y comunicar el impacto o resultado de los programas, así como de los procedimientos o métodos utilizados. Los indicadores pueden ser de carácter cualitativo o cuantitativo;
- *notas de orientación*, que abarcan: los puntos que hay que considerar a la hora de aplicar la norma y los indicadores a situaciones diferentes, una guía sobre cómo abordar las dificultades prácticas, y consejos sobre temas prioritarios. En estas notas se tratan también cuestiones de importancia crítica relacionadas con la norma o los indicadores, y se describen dilemas, puntos polémicos o lagunas en los actuales conocimientos.

En los apéndices que figuran al final del capítulo se incluyen: listas de verificación relativas a las valoraciones; ejemplos de respuestas en materia de seguridad alimentaria; notas que servirán de guía sobre cómo cuantificar la desnutrición (o malnutrición) aguda y cómo determinar el significado en términos de salud pública de la deficiencia en micronutrientes; información sobre exigencias nutricionales; y una lista de referencias selectas en la que se indican fuentes de información sobre temas generales y sobre cuestiones técnicas específicas relacionadas con el contenido de este capítulo.



# Índice

Introducción .....	127
1. Valoración y análisis en materia de seguridad alimentaria y nutrición .....	132
2. Seguridad alimentaria .....	140
3. Nutrición .....	160
i) Apoyo nutricional general .....	163
ii) Corrección de la desnutrición .....	173
4. Ayuda alimentaria.....	185
i) Planificación de la ayuda alimentaria .....	187
ii) Gestión de la ayuda alimentaria.....	193
Apéndice 1: Lista de verificación de la seguridad alimentaria para la metodología y los informes.....	206
Apéndice 2: Lista de verificación para la valoración de la seguridad alimentaria .....	208
Apéndice 3: Respuestas en materia de seguridad alimentaria .....	211
Apéndice 4: Lista de verificación para la valoración de la nutrición .....	214
Apéndice 5: Cómo cuantificar la desnutrición aguda .....	218
Apéndice 6: Importancia en cuanto a la salud pública de las carencias de vitamina A y yodo .....	223
Apéndice 7: Exigencias nutricionales.....	225
Apéndice 8: Lista de verificación logística de la gestión de la cadena de abastecimiento .....	228
Apéndice 9: Referencias .....	230



# Introducción

## Enlaces con instrumentos jurídicos internacionales

Las Normas mínimas en materia de seguridad alimentaria, nutrición y ayuda alimentaria son una expresión práctica de los principios y derechos enunciados en la Carta Humanitaria. La Carta Humanitaria centra la atención en las exigencias fundamentales a la hora de sustentar la vida y la dignidad de las personas afectadas por calamidades o conflictos, según se consigna en el corpus del derecho internacional relativo a los derechos humanos, el derecho internacional humanitario y el derecho de los refugiados.

Todos tenemos derecho a contar con alimentos adecuados. Este derecho está reconocido en los instrumentos jurídicos internacionales, y abarca el derecho a no padecer hambre. Otros aspectos de gran importancia del derecho a tener alimentos adecuados son los siguientes:

- la disponibilidad de alimentos en cantidad y de calidad suficientes para satisfacer las necesidades dietéticas de las personas, y el que estos alimentos estén exentos de sustancias nocivas y sean aceptables dentro de cada cultura determinada;
- la accesibilidad de los alimentos de formas sostenibles sin menoscabo de otros derechos humanos.

En los Estados y los agentes no estatales recaen ciertas responsabilidades en cuanto al cumplimiento del derecho a contar con alimentos. Hay numerosas situaciones en las que el incumplimiento de estas obligaciones y las violaciones del derecho internacional – incluyendo, por ejemplo, la deliberada condena de poblaciones enteras a morir de hambre o la destrucción de los medios de subsistencia como estrategia bélica – tienen devastadores efectos en la seguridad alimentaria y la nutrición. En tiempos de conflictos armados está prohibido que los combatientes ataquen o destruyan productos alimenticios y las zonas agrícolas en que se cultivan, así como las cosechas y ganados. En estas situaciones los agentes o interventores humanitarios pueden ayudar a la realización de los derechos

de las poblaciones afectadas: por ejemplo, pueden facilitar asistencia alimentaria por medios que respeten las obligaciones que entrañan las leyes nacionales y los derechos humanos reconocidos a escala internacional.

Las normas mínimas reseñadas en este capítulo no constituyen la expresión completa del derecho a contar con alimentos adecuados. No obstante, las normas de Esfera responden al contenido central del derecho a los alimentos y contribuyen a la progresiva realización de este derecho a nivel global.

## **Importancia de la seguridad alimentaria, la nutrición y la ayuda alimentaria en los casos de desastre**

El acceso a los alimentos y el mantenimiento de un estado nutricional adecuado son determinantes de importancia crítica para la supervivencia de las personas durante los casos de desastre. La desnutrición puede ser el problema de salud pública más grave de todos, y puede llegar a ser la causa más importante de muertes directas o indirectas. La capacidad de recuperación de los medios de subsistencia, con la consiguiente seguridad alimentaria de las personas, serán determinantes de su salud y estado nutricional a corto plazo, así como su supervivencia y bienestar futuros. La ayuda alimentaria puede ser importante para proteger y facilitar seguridad alimentaria y nutrición, como parte de una serie de medidas combinadas.

Las normas en materia de seguridad alimentaria son menos detalladas que las de nutrición o de ayuda alimentaria, principalmente porque la seguridad alimentaria es un campo lleno de diversidad, con un conjunto limitado de mejores prácticas establecidas para las situaciones de desastre.

A efectos del presente capítulo, tendrán aplicación las siguientes definiciones:

- **la seguridad alimentaria** existe cuando todas las personas, en todo momento, tienen acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para llevar una vida sana y activa (Plan de Acción de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación, párrafo 1, 1996);
- **los medios de subsistencia** comprenden las capacidades, los bienes (que incluyen recursos tanto materiales como sociales) y las

actividades que se requieren para gozar de un medio de ganarse la vida que permita la supervivencia y el bienestar en el futuro. Las *estrategias de medios de subsistencia* son los medios prácticos o las actividades a través de los cuales las personas tienen acceso a los alimentos o cuentan con ingresos con los que adquirir alimentos, mientras que las *estrategias de afrontamiento* son las respuestas temporales a la inseguridad alimentaria;

- **la desnutrición** (o malnutrición) abarca una gama de coyunturas entre las que se incluyen la desnutrición aguda, la desnutrición crónica y las carencias en micronutrientes. La desnutrición aguda hace referencia a la consunción grave o marasmo (escualidez) y/o el edema nutricional, mientras que la desnutrición crónica se refiere al retraso en el crecimiento (baja estatura). El retraso del crecimiento y el marasmo son dos modalidades de fallo de crecimiento. En este capítulo nos referimos únicamente a la desnutrición aguda y las carencias en micronutrientes.

Como son las mujeres quienes suelen asumir la responsabilidad general de los alimentos en el hogar, y como son ellas las principales recipientes de ayuda alimentaria, es importante fomentar su participación en el diseño e implementación de los programas siempre que ello sea posible.

## Enlaces con otros capítulos

Muchas de las normas que son tratadas en los capítulos relativos a otros sectores son pertinentes para este capítulo. El progreso en alcanzar ciertos niveles de calidad en un sector suele influir, e incluso determinar, el progreso en otros ámbitos. Para que la respuesta sea efectiva hace falta que exista una estrecha coordinación y colaboración con otros sectores. También es necesario coordinar con la autoridad local competente y con otros organismos participantes en la respuesta para lograr que las necesidades sean atendidas, que no se dupliquen los esfuerzos y que la calidad de la seguridad alimentaria, la nutrición y las respuestas de ayuda alimentaria alcancen el más alto grado posible.

Por ejemplo, las necesidades en cuanto a utensilios de cocina, combustible y agua para su uso en relación con los alimentos, así como para el mantenimiento de la salud pública, son abordadas en las

normas para agua, saneamiento y fomento de la higiene, servicios de salud y refugios, asentamientos y artículos no alimentarios. Estas exigencias producen un efecto directo en la capacidad de las familias para obtener acceso a los alimentos y en el mantenimiento de un adecuado estado nutricional. Cuando ello es pertinente, se hace referencia a normas específicas o notas de orientación incluidas en otros capítulos técnicos.

## **Enlaces con normas comunes a todos los sectores**

El proceso mediante el cual se desarrolla e implementa la intervención es de importancia crítica para que ésta resulte efectiva. Este capítulo debe ser utilizado conjuntamente con las normas que son comunes a todos los sectores, las cuales cubren la participación, la valoración inicial, la respuesta, la selección de beneficiarios, el seguimiento, la evaluación, y las competencias y responsabilidades de los trabajadores, así como la supervisión, la gestión y el apoyo del personal (véase el capítulo 1, página 25). En particular, en toda respuesta se deberá maximizar la participación de personas afectadas por el desastre – incluidos los grupos vulnerables mencionados más abajo – para conseguir que dicha respuesta sea apropiada y de calidad.

## **Vulnerabilidades y capacidades de las poblaciones afectadas por los desastres**

Los grupos más frecuentemente expuestos a riesgos en las situaciones de emergencia son las mujeres, las personas de edad, los discapacitados y los que padecen de VIH o sida (personas que viven con el VIH/sida, PVVS). En ciertos contextos algunas personas pueden ser vulnerables a causa de su etnia, por su afiliación religiosa o política, o por ser personas desplazadas. No es ésta una lista exhaustiva, pero incluye a todos aquellos que son identificados con mayor frecuencia. Hay vulnerabilidades específicas que influyen en la capacidad de la gente para enfrentarse con el desastre y sobrevivir, y dentro de cada contexto deberá determinarse cuáles son las personas que corren más peligro.

En este manual se utiliza la expresión “grupos vulnerables” para hacer referencia a todos estos grupos. Cuando un grupo particular se

encuentra en peligro, es probable que también otros se vean amenazados. Por lo tanto, se recomienda encarecidamente a los usuarios del libro que, siempre que se mencionen grupos vulnerables, piensen en todos los que incluimos aquí. Debe dedicarse un cuidado especial a proteger y socorrer a todos los grupos afectados, y hacerlo de un modo que no sea discriminatorio y esté basado en sus necesidades específicas. Sin embargo, se debe recordar también que las poblaciones afectadas por los casos de desastre poseen, y adquieren, habilidades y capacidades propias para afrontar la situación, las cuales han de ser reconocidas y apoyadas.

## **Normas mínimas**

# *1 Valoración y análisis en materia de seguridad alimentaria y nutrición*

Estas dos normas son la continuación lógica de la valoración inicial común (véase la página 34) y la participación (véase la página 32). Ambas tienen aplicación siempre que se planifican o se propugnan intervenciones en materia de nutrición y de seguridad alimentaria. Estas valoraciones se hacen en profundidad, y requieren tiempo y recursos considerables para ser llevadas a cabo satisfactoriamente. En una crisis aguda, y para una respuesta inmediata, bastará con realizar una valoración rápida para decidir si se requiere o no asistencia inmediata, y en caso afirmativo qué intervenciones deben disponerse. En los apéndices 1-2, páginas 206-210, figuran listas de verificación.

### **Norma 1 relativa a valoración y análisis: seguridad alimentaria**

Cuando hay personas que están expuestas al riesgo que conlleva la inseguridad alimentaria, las decisiones programáticas se basan en un entendimiento consistente de cómo obtienen estas personas, por lo general, el acceso a los alimentos, y del efecto del desastre en el grado de seguridad alimentaria actualmente y en el futuro, y por lo tanto en la respuesta que será más apropiada para las circunstancias.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- En las valoraciones y los análisis se examina la seguridad alimentaria en pertinentes lugares geográficos y entre grupos dedicados a las mismas actividades de subsistencia, distinguiendo entre estaciones del año y unos tiempos y otros, para determinar y priorizar las necesidades (véase la nota de orientación 1)
- La valoración demuestra que existe un buen entendimiento de las políticas, instituciones y procesos sociales, económicos y políticos que inciden en la seguridad alimentaria (véase la nota de orientación 2).
- En la valoración se incluye la investigación y el análisis de las estrategias de afrontamiento (véase la nota de orientación 3).
- Siempre que es posible, la valoración se desarrolla sobre la base de las capacidades locales, incluidas las instituciones formales e informales (véase la nota de orientación 4).
- La metodología empleada es descrita con detalle en el informe de valoración, y se puede comprobar que se adhiere a principios que cuentan con aprobación general (véase la nota de orientación 5).
- Se utilizan datos secundarios ya existentes, y la recogida de nuevos datos primarios sobre el terreno se concentra en obtener información esencial para el proceso de toma de decisiones (véase la nota de orientación 6).
- Se formulan recomendaciones sobre respuestas en materia de seguridad alimentaria que sirven para apoyar, proteger y fomentar las estrategias de medios de subsistencia, mientras que a la vez se atiende a las necesidades inmediatas (véase la nota de orientación 7).
- Se considera el efecto que tendrá la inseguridad alimentaria en el estado nutricional de la población (véase la nota de orientación 8).

## Notas de orientación

- 1. Ámbito del análisis:** La seguridad alimentaria variará según cuáles sean los medios de subsistencia de la gente, su ubicación, su situación social, la época del año, la naturaleza del desastre y las respuestas que

produce. La valoración tomará en cuenta la manera como la población afectada obtenía, antes del desastre, los alimentos y los ingresos con que adquirirlos, y del modo como el desastre ha afectado a estos factores. Por ejemplo, en las áreas urbanas y periurbanas el énfasis se pondrá en comprobar el suministro de alimentos obtenibles en el mercado, mientras que en las zonas rurales lo más importante será la producción de alimentos. Si hay personas desplazadas, habrá de tenerse en cuenta también la seguridad alimentaria de la población de acogida. Se deben llevar a cabo valoraciones de la seguridad alimentaria cuando se planifica la retirada progresiva de un programa, así como anteriormente a la puesta en marcha de una nueva iniciativa. En ambos casos, los programas deberán ser coordinados entre todas las partes que intervienen, para eliminar la duplicación de esfuerzos. Las valoraciones en que se recogen nuevos datos deben servir para complementar los datos secundarios procedentes de fuentes de información actuales.

**2. Contexto:** La inseguridad alimentaria podría ser consecuencia de factores sociopolíticos macroeconómicos y estructurales de carácter más general, como por ejemplo políticas, procesos o instituciones nacionales o internacionales que tienen efecto en el acceso de las personas a alimentos nutricionalmente adecuados. Este tipo de situación se suele denominar inseguridad alimentaria crónica, porque es un estado que perdura a largo plazo y que es resultado de vulnerabilidades estructurales, aunque puede ser agravado por el impacto del desastre.

**3. Estrategias de afrontamiento:** En la valoración y análisis se deben examinar: los diferentes tipos de estrategias de afrontamiento, cuáles son los organismos que las aplican y hasta qué punto su funcionamiento es satisfactorio. Las estrategias varían, pero siempre hay diferentes etapas en el afrontamiento. Las primeras estrategias de afrontamiento no son necesariamente anormales; son reversibles, y no causan daños permanentes: por ejemplo, la recolección de alimentos silvestres, la venta de posesiones no esenciales o el traslado de algún miembro de la familia para trabajar en otro lugar. Las estrategias posteriores, a veces llamadas estrategias de crisis, pueden perjudicar de modo permanente la seguridad alimentaria del futuro: ejemplos son la venta de tierras, la emigración a que se pueden ver forzadas familias enteras, o la despoblación forestal. Algunas estrategias de afrontamiento empleadas

por las mujeres y las adolescentes tienden a exponerlas a importantes peligros, como son la infección de VIH, tal como sucede en el caso de la prostitución y las relaciones ilícitas, o a la violencia sexual si se trasladan a zonas inseguras. El aumento de la emigración generalmente se traduce en un mayor riesgo de transmisión de VIH. Las estrategias de afrontamiento pueden también afectar al medio ambiente, como en el caso de la explotación excesiva de recursos naturales que son propiedad común. Es importante proteger y apoyar la seguridad alimentaria antes de agotar todas las opciones que no causan daños.

**4. Capacidades locales:** Es de importancia clave contar con la participación de la comunidad y de las correspondientes instituciones locales en todas las etapas de la valoración y la planificación. Los programas deberán basarse en las necesidades y ajustarse a cada contexto local particular. En zonas en las que los desastres naturales o los conflictos de larga duración se repiten a menudo, es posible que haya sistemas locales de señales de alerta previa, así como sistemas o redes de respuesta para situaciones de emergencia. Las comunidades que han padecido anteriormente sequías o inundaciones tal vez tengan sus propios planes de prevención. Es esencial prestar apoyo a estas capacidades locales.

**5. Metodología:** Es importante considerar cuidadosamente la cobertura de los procedimientos empleados en las valoraciones y los muestreos, incluso si éstos son de carácter informal. El proceso documentado en el informe deberá ser lógico y transparente, y atenerse a procedimientos reconocidos de valoración de la seguridad alimentaria. Es necesario que los planteamientos metodológicos adoptados por los organismos sean coordinados entre ellos y con los del gobierno, para garantizar que los análisis y la información se complementen y sean coherentes, a fin de que los datos puedan ser comparados con otros obtenidos posteriormente. Es preferible que las valoraciones sean realizadas por varios organismos. La triangulación de diferentes fuentes y tipos de información sobre seguridad alimentaria tiene una gran importancia para poder llegar a conclusiones consistentes sobre la base de datos procedentes de diversas fuentes, por ejemplo valoraciones de cosechas, imágenes de satélites, valoraciones basadas en las familias, etc. En el Apéndice 1 se ofrece una lista de verificación de los principales aspectos que hay que considerar, y en el Apéndice 2 figura la lista de verificación para examinar la metodología.

**6. Fuentes de información:** En muchas situaciones existirá una gran abundancia de información secundaria sobre la situación anterior al desastre, por ejemplo sobre la disponibilidad normal de alimentos, el acceso que los diferentes grupos solían tener a los alimentos, cuáles son los grupos más afectados por la inseguridad alimentaria, y los efectos de crisis previas en cuanto a la disponibilidad de alimentos y el acceso de los diversos grupos. El uso efectivo de la información secundaria hará posible que la recolección de datos primarios durante la valoración se concentre en lo que es esencial en la nueva situación.

**7. Planificación a largo plazo:** Si bien la prioridad durante las etapas iniciales de una crisis se pondrá siempre en atender a las necesidades inmediatas y preservar los bienes productivos, las respuestas deberán ser planificadas, invariablemente, pensando en el futuro a largo plazo. Para ello se requieren conocimientos técnicos en una gama de sectores, además de la capacidad para trabajar en estrecha colaboración con miembros de la comunidad, incluyendo a representantes de todos los grupos. La participación de los miembros de la comunidad local en todas las fases de la valoración y de la planificación del programa es de importancia fundamental por muchas razones, entre ellas porque poseen la perspectiva necesaria para ver las posibilidades y los riesgos a largo plazo. Las recomendaciones se deben basar en un entendimiento constatado y bien fundado de personas adecuadamente capacitadas y con experiencia. En el equipo de valoración deben incluirse expertos en los sectores que hagan al caso, por ejemplo especialistas agrícolas, agroeconomistas, veterinarios, científicos sociales, y expertos en temas de agua y saneamiento o en otros campos apropiados (véase la norma relativa a la participación, página 32).

**8. Inseguridad alimentaria y estado nutricional:** La inseguridad alimentaria es una de las causas subyacentes de la desnutrición, y por tanto siempre que hay inseguridad alimentaria existe el riesgo de desnutrición, incluidas las carencias de micronutrientes. La consideración de los efectos producidos por la falta de seguridad alimentaria en la situación nutricional es una parte esencial de la valoración de la seguridad alimentaria. Sin embargo, no se debe asumir que la inseguridad alimentaria será la única causa de la desnutrición, sin prestar consideración a posibles factores relacionados con la salud y los cuidados sanitarios.

## **Norma 2 relativa a valoración y análisis: nutrición**

Cuando hay personas que se enfrentan con el riesgo de quedar desnutridas, las decisiones relativas al programa se basan en un entendimiento bien fundado de las causas, el tipo, el grado y el alcance de la desnutrición, y en la respuesta más apropiada.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Antes de emprender el estudio antropométrico, se analiza la información sobre las causas subyacentes de la desnutrición (alimentos, salud y sanidad) y se elaboran informes, poniendo de relieve la naturaleza y severidad del problema (o los problemas) e identificando a los grupos que más necesidades sienten en términos de nutrición y apoyo (véase la nota de orientación 1 y la norma 2 relativa al apoyo nutricional general, página 167).
- Se presta consideración a las opiniones de los integrantes de la comunidad y otras partes interesadas sobre las causas de la desnutrición (véase la nota de orientación 1).
- Los estudios antropométricos son llevados a cabo solamente cuando hace falta contar con información y análisis que incidan en el proceso de toma de decisiones sobre el programa (véase la nota de orientación 2).
- Existe adherencia a las directrices internacionales sobre estudios antropométricos y a las directrices nacionales que son coherentes con aquellas, para determinar el tipo, grado y extensión de la desnutrición (véase la nota de orientación 3).
- Cuando se realizan estudios antropométricos de niños de menos de cinco años, se utilizan valores internacionales de referencia de peso por altura en los informes sobre desnutrición, expresados en términos de puntuaciones Z y porcentajes de medianas a efectos de planificación (véase la nota de orientación 3).

- Son determinadas las carencias de micronutrientes a que está expuesta la población (véase la nota de orientación 4).
- Las respuestas recomendadas después de efectuar la valoración de la nutrición se elaboran sobre la base de las capacidades locales de una forma coordinada, y las complementan.

## Notas de orientación

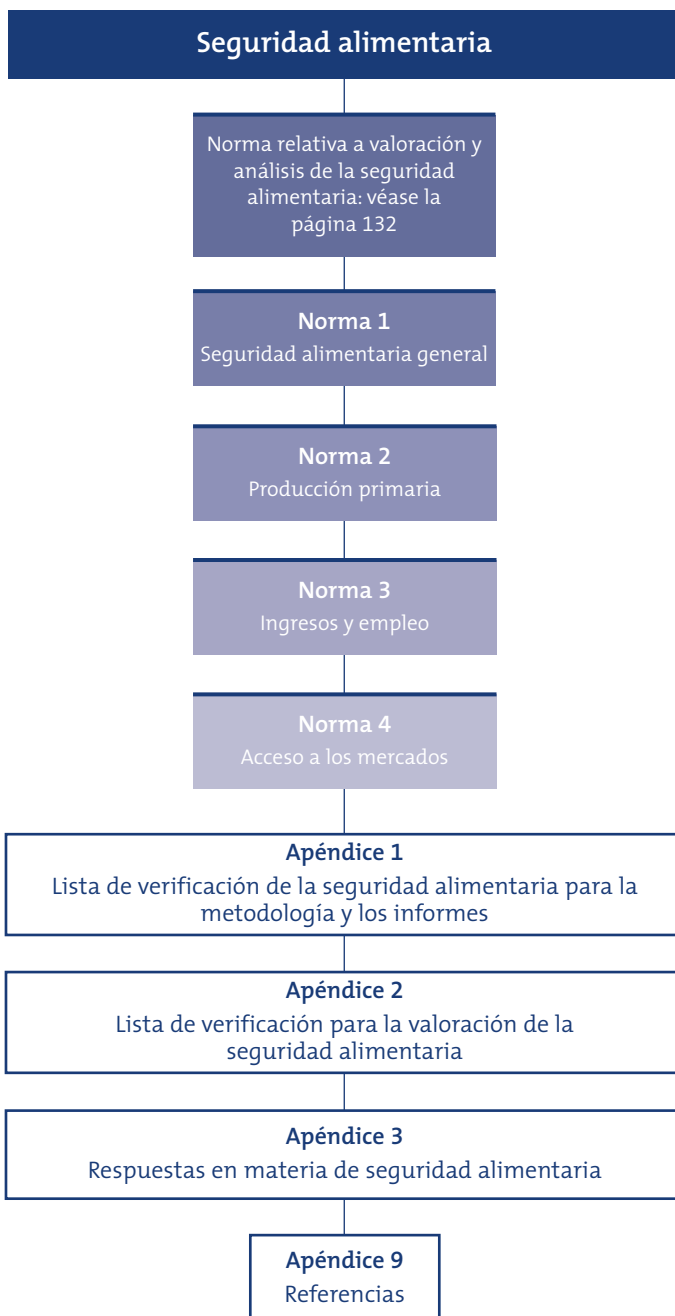
**1. Causas subyacentes:** Las causas inmediatas de la desnutrición son: las enfermedades y/o la ingesta inadecuada de alimentos (lo cual a su vez es resultado de la inseguridad alimentaria); un sistema público de sanidad o el entorno social y de atención inadecuados; o un acceso insuficiente a los servicios de salud al nivel de la familia o la comunidad. En estas causas subyacentes influyen otras causas básicas, incluidos los recursos humanos, estructurales, naturales y económicos, el contexto político, cultural y de seguridad, la infraestructura formal e informal, los movimientos (forzosos o no) de población, y las limitaciones en cuanto a movimiento. El buen entendimiento de las causas de la desnutrición en cada contexto específico es un prerequisite esencial de todo programa sobre nutrición. La información sobre las causas de la desnutrición se puede obtener a partir de fuentes primarias o secundarias, incluyendo material ya existente como perfiles sobre temas de salud y nutrición, informes de trabajos de investigación, información de alerta previa, o bien de grupos asistenciales de la comunidad, y puede abarcar tanto datos cuantitativos como cualitativos. En el Apéndice 4 se podrá encontrar una lista de verificación para la valoración de la nutrición.

**2. La toma de decisiones** deberá basarse en un entendimiento acertado de las tres posibles causas subyacentes de la desnutrición, y también en los resultados de estudios antropométricos. En las crisis agudas, sin embargo, no es necesario que las decisiones sobre la puesta en práctica de la distribución general de alimentos se demoren hasta que lleguen los resultados de estos estudios, lo que podría llevar hasta tres semanas. Con esta salvedad, debería ser posible hacer uso de los resultados de estudios antropométricos para basar en ellos las decisiones sobre respuestas encaminadas a corregir la desnutrición.

**3. Los estudios antropométricos** proporcionan una estimación de la

extensión alcanzada por la desnutrición. La práctica más ampliamente aceptada es valorar los niveles de desnutrición en los niños de 6 a 59 meses como un indicador sustitutivo de lo que sucede en toda la población. Sin embargo, hay otros grupos que podrían verse afectados en mayor medida o quedar expuestos a un peligro nutricional más agudo. Si ello es así, se deberá valorar la situación de estos grupos, aunque la medición misma podría ser problemática (véase el Apéndice 5). Las directrices internacionales estipulan que en los estudios se utilice una muestra representativa; la adherencia a las directrices nacionales puede propiciar la coordinación y comparabilidad de los informes. Si se dispone de datos representativos sobre tendencias en el estado de la nutrición, esta información es preferible a una cifra aislada sobre su incidencia. La información recogida durante el estudio antropométrico sobre las tasas de cobertura de la vacunación también puede ser útil, y lo mismo cabe decir de los datos retrospectivos sobre mortalidad, utilizando un marco diferente de muestreo. Los informes deben describir siempre las causas probables de la desnutrición, y el edema nutricional debe ser objeto de un informe aparte.

- 4. Carencias de micronutrientes:** Si se sabe que con anterioridad al desastre la población padeció de carencias de vitamina A, yodo o hierro, se podrá suponer que esta situación seguirá constituyendo un problema durante el desastre. Si el análisis de la situación en cuanto a temas de salud y seguridad alimentaria sugiere que existe el riesgo de carencias de micronutrientes, se deberán tomar medidas para mejorar la cuantificación de deficiencias específicas (véase también la norma 1 relativa al apoyo nutricional general, página 163, y la norma 3 relativa a la corrección de la desnutrición, página 182).



## 2 Normas mínimas en seguridad alimentaria

El tema de la seguridad alimentaria abarca el acceso a los alimentos (incluyendo la capacidad económica de adquirirlos), la idoneidad del suministro de alimentos o su disponibilidad, y la estabilidad del suministro y el acceso al mismo a lo largo del tiempo. También cubre la calidad, variedad e inocuidad de los alimentos, y su consumo y utilización biológica.

La capacidad de recuperación de los medios de subsistencia de las personas, así como su vulnerabilidad frente a la inseguridad alimentaria, son determinadas principalmente por los recursos que tienen a su alcance y por la medida en que estos recursos han quedado afectados por el desastre. En dichos recursos se incluyen los activos financieros y económicos (como dinero efectivo, crédito, ahorros e inversiones), y también el capital físico, natural, humano y social. Para las personas afectadas por los desastres suele ser prioritario preservar, recuperar y desarrollar los recursos necesarios para mantener su seguridad alimentaria y sus futuros medios de subsistencia.

En las situaciones de conflictos la inseguridad y la amenaza del conflicto pueden interponer graves restricciones en las actividades relativas a los medios de subsistencia y en el acceso a los mercados. Las familias pueden sufrir la pérdida directa de sus bienes, que pueden quedar abandonados tras la fuga o ser requisados por las facciones beligerantes.

La primera norma relativa a la seguridad alimentaria, que es continuación natural de la norma sobre valoración y análisis de la seguridad alimentaria que aparece en la página 132, es una pauta de tipo general que tiene aplicación a todos los aspectos de la programación de la seguridad alimentaria en casos de desastre, incluidas cuestiones relacionadas con la supervivencia y la preservación de bienes. Las restantes tres normas se relacionan con la

producción primaria, la generación de ingresos y el empleo, así como el acceso a los mercados, incluidos bienes y servicios. En el Apéndice 3 se describe una serie de respuestas en cuanto a seguridad alimentaria.

Existe una evidente coincidencia parcial entre las normas relativas a la seguridad alimentaria, porque las respuestas a este respecto suelen tener objetivos múltiples relacionados con diversos aspectos de la seguridad alimentaria y por tanto caen dentro del ámbito de más de una norma (también se incluyen las normas de los sectores del agua, la salud y los refugios). Además, para cumplir con todas las normas sobre seguridad alimentaria hace falta mantener el equilibrio entre programas. La respuesta ante el desastre deberá apoyar y/o servir de complemento a los servicios gubernamentales existentes en términos de estructura, diseño y sostenibilidad a largo plazo.

## **Norma 1 relativa a la seguridad alimentaria: seguridad alimentaria general**

Las personas tienen acceso a alimentos adecuados y apropiados, así como a artículos no alimentarios, de un modo que asegura su supervivencia, impide la erosión de sus bienes y preserva su dignidad.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Si se encuentra en peligro la vida de las personas a causa de la falta de alimentos, en las respuestas se otorga prioridad a atender a sus necesidades alimentarias inmediatas (véase la nota de orientación 1).
- En todos los contextos de desastre se toman medidas para apoyar, proteger y promover la seguridad alimentaria, y en ello se incluye la preservación de los bienes productivos o la recuperación de los que se han perdido a causa del desastre (véase la nota de orientación 2).

- Las respuestas en las que se protege y presta apoyo a la seguridad alimentaria se basan en un análisis bien fundado que ha sido realizado consultando a los integrantes de la comunidad afectada por el desastre.
- En las respuestas se deben tener en cuenta las estrategias de afrontamiento de los interesados, sus beneficios y los riesgos y costes relacionados que pueda haber (véase la nota de orientación 3).
- Se desarrollan estrategias de finalización y transición con respecto a todas las respuestas en materia de seguridad alimentaria, se les da publicidad y son aplicadas de la manera apropiada (véase la nota de orientación 4).
- Si la respuesta sirve para apoyar el desarrollo de nuevas (o alternativas) estrategias de medios de subsistencia, todos los grupos tienen acceso a un apoyo adecuado, en el que se incluyen los necesarios conocimientos, habilidades y servicios (véase la nota de orientación 5).
- Las respuestas en materia de seguridad alimentaria tienen el menor efecto posible de degradación en el medio ambiente (véase la nota de orientación 6).
- Se realiza el seguimiento del número de beneficiarios para determinar el nivel de aceptación y acceso de los diversos grupos de la población y para garantizar la cobertura global de la población afectada sin que haya discriminación (véase la nota de orientación 7).
- Se efectúa el seguimiento de los efectos que las respuestas producen en la economía local, las redes sociales, los medios de subsistencia y el medio ambiente, además de continuar el seguimiento en relación con los objetivos del programa (véase la nota de orientación 8).

## Notas de orientación

### 1. **Determinación de prioridades en las respuestas enfocadas a salvar**

**vidas:** Aunque la distribución de alimentos es la respuesta que se da con más frecuencia ante la inseguridad alimentaria en las situaciones de desastre, hay otros tipos de respuesta que también pueden contribuir a que las personas vean atendidas sus inmediatas necesidades. Como ejemplos de ello se puede citar: las ventas de alimentos subvencionados

(cuando la gente tiene un cierto poder de adquisición pero hay escasez de suministros); la mejora del poder adquisitivo mediante programas de empleo (incluyendo programas de “alimentos por trabajo”); y las iniciativas sobre utilización de existencias de ganado o distribuciones de dinero efectivo. Especialmente en las zonas urbanas, la prioridad podrá ser restablecer las prácticas normales del mercado y revitalizar las actividades económicas que proporcionan empleo. Estas estrategias podrán ser más apropiadas que la distribución de alimentos, pues mantienen el sentido de la dignidad, sirven de apoyo a los medios de subsistencia y de este modo reducen la futura vulnerabilidad. En los organismos recae la responsabilidad de tener en cuenta lo que otros hacen para asegurarse de que la respuesta combinada favorezca insumos y servicios que sean complementarios. Las distribuciones generales de alimentos habrán de introducirse sólo si son absolutamente necesarias, y se les deberá poner fin lo más pronto posible. La distribución gratuita de alimentos podrá no ser apropiada si:

- existen cantidades adecuadas de alimentos disponibles en la zona (y lo que hace falta es afrontar los obstáculos que impiden el acceso);
- se puede abordar la cuestión de una falta localizada de disponibilidad de alimentos mediante el apoyo de los sistemas de mercado;
- las actitudes o políticas locales están en contra de los repartos gratuitos de alimentos.

**2. Apoyo, protección y promoción de la seguridad alimentaria:** Entre las medidas de apoyo de la seguridad alimentaria que son apropiadas se puede incluir una amplia gama de respuestas y labores de incidencia (véase el Apéndice 3). Aunque es posible que a corto plazo no sea factible alcanzar la seguridad alimentaria sobre la base única de las propias estrategias de la comunidad en materia de medios de subsistencia, siempre que sea posible deberán ser protegidas y apoyadas las estrategias ya existentes que contribuyan a la seguridad alimentaria de las familias y preserven su dignidad. Con las respuestas en materia de seguridad alimentaria no se intenta necesariamente lograr una recuperación completa de los bienes perdidos a consecuencia del desastre, pero sí se aspira a impedir que continúe su erosión y a fomentar el proceso de recuperación.

**3. Riesgos relacionados con las estrategias de afrontamiento:** Muchas de las estrategias de afrontamiento conllevan costes o acarrearán riesgos que podrían hacer aumentar la vulnerabilidad. Se pueden citar los siguientes ejemplos:

- los recortes en la cantidad de alimentos consumidos o en la calidad de las dietas llevan a un deterioro de la salud y del estado nutricional;
- los recortes en los gastos en cuotas escolares y en la atención médica pueden mermar el capital humano;
- la prostitución y las relaciones externas para conseguir alimentos causan mermas en la dignidad y producen riesgos de exclusión social y de infección por el VIH u otras enfermedades de transmisión sexual;
- la venta de bienes de la familia puede reducir la capacidad productiva del hogar en el futuro;
- el incumplimiento del reembolso de los préstamos implica el peligro de que en el futuro no se tenga acceso a crédito;
- con el uso excesivo de los recursos naturales se reduce la disponibilidad de capital natural (por ejemplo, la sobrepesca, la recogida excesiva de leña para el fuego, etc.);
- el traslado a zonas inseguras para buscar trabajo o recolectar alimentos o combustible expone a las personas (especialmente a las mujeres y los niños) a ser atacadas;
- la producción de (o comercio en) productos ilícitos conlleva el peligro de detención y encarcelamiento;
- con la separación de las familias y las madres de sus hijos se corre el peligro de que los niveles de nutrición y de atención al niño sean inadecuados.

Estos efectos progresivos y debilitantes deben ser reconocidos, y se deberán realizar prontas intervenciones encaminadas a desincentivar este tipo de estrategias e impedir la pérdida de bienes. Ciertas estrategias de afrontamiento podrán, igualmente, minar el sentido de la dignidad, si es que las personas se ven forzadas a tomar parte en actividades socialmente degradantes o inaceptables. Sin embargo, en muchas sociedades existen estrategias que reposan en una tradición

establecida desde hace tiempo (como es, por ejemplo, la de enviar a un miembro de la familia a trabajar en otro lugar durante tiempos difíciles).

**4. Estrategias de finalización y de transición:** Estas estrategias deben recibir consideración desde el inicio del programa, en especial cuando la respuesta podría tener repercusiones a largo plazo; un ejemplo sería la provisión gratuita de servicios que normalmente son remunerados, tales como el acceso a servicios de crédito o de veterinarios. Antes de dar por concluido el programa o de pasar a una nueva fase, debería poderse comprobar que la situación ha mejorado.

**5. Acceso a conocimientos, habilidades y servicios:** Las estructuras que facilitan los correspondientes servicios deberán ser concebidas y planificadas en colaboración con los usuarios, de forma que sean mantenidas de modo apropiado y adecuado, más allá de la vida natural del proyecto siempre que ello sea posible. Algunos grupos tendrán necesidades muy específicas: por ejemplo, los niños que son huérfanos a consecuencia del sida tal vez no reciban la información y la transferencia de destrezas que tiene lugar en el seno de la familia.

**6. Impacto medioambiental:** En la medida de lo posible, se deberá preservar la base de recursos naturales en que se asientan la producción y las actividades de subsistencia de la población afectada, y de las poblaciones de acogida. Las repercusiones en el entorno ambiental deben ser tenidas en cuenta durante la valoración y la planificación de las respuestas. Por ejemplo, las personas que vivan en campamentos necesitarán combustible para cocinar, lo que puede llevar rápidamente a la despoblación forestal de la zona local. La distribución de productos alimenticios que tardan largo tiempo en cocinarse, como ciertos tipos de alubias, hará necesario utilizar más combustible de cocina, lo cual tiene la potencialidad de afectar al medio ambiente (véase la norma 2 relativa a la planificación de ayuda alimentaria, página 189). Siempre que ello sea posible, en las respuestas se deberá tratar de impedir que se continúe el deterioro del entorno ambiental. Por ejemplo, con los programas de utilización de las existencias de ganado se reduce la presión del pastoreo en los prados durante las sequías, y de este modo hay más forraje disponible para los animales que sobreviven.

**7. Cobertura, acceso y aceptabilidad:** Se debe especificar quiénes son los beneficiarios y qué características tienen, y estimar sus números, antes de determinar el nivel de participación de los diferentes grupos (prestando especial atención a los grupos vulnerables). La participación queda en parte determinada por la facilidad de acceso y la aceptabilidad de las actividades para los participantes. Aunque algunas de las respuestas en materia de seguridad alimentaria se dirigen hacia aquellos que son económicamente activos, dichos programas deberán ser siempre no discriminatorios y tratar de facilitar acceso a los grupos vulnerables además de proteger a los miembros dependientes de las familias, incluyendo los niños. Puede que existan restricciones que limitarán las posibilidades de participación de las mujeres, los discapacitados y las personas de edad, entre ellas su capacidad para trabajar, la cantidad de trabajo que ya realizan en el hogar, la responsabilidad de cuidar a los niños, los enfermos crónicos o los discapacitados, o las restricciones en el acceso físico. Para superar estos obstáculos hará falta determinar cuáles son las actividades que se encuentran dentro de las posibilidades de estos grupos, o bien establecer las correspondientes estructuras de apoyo. Los mecanismos de selección de beneficiarios basados en la autoselección deberá normalmente ser establecidos en estrecha colaboración con todos los grupos que integran la comunidad (véase la norma relativa a la selección de beneficiarios, página 41).

**8. Seguimiento:** Además del seguimiento rutinario (véanse las normas relativas a seguimiento y evaluación, páginas 43-46), será necesario efectuar el seguimiento de la situación general, en cuanto a seguridad alimentaria, con el fin de valorar si el programa se continúa adecuando a las necesidades, determinar cuándo se debe escalonar la retirada de actividades específicas o introducir modificaciones o nuevos proyectos que puedan ser necesarios, y para saber si hay necesidad de emprender labores de incidencia política y social. Los sistemas de información, tanto locales como regionales, sobre seguridad alimentaria, incluyendo sistemas de alerta previa sobre epidemias de hambre, son importantes fuentes de información.

## **Norma 2 relativa a seguridad alimentaria: producción primaria**

Los mecanismos de producción primaria son objeto de protección y apoyo.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Las intervenciones en apoyo de la producción primaria se basan en un conocimiento constatado de la viabilidad de los sistemas de producción, incluido el acceso a los necesarios insumos y servicios, y su disponibilidad (véase la nota de orientación 1).
- Se introducen nuevas tecnologías únicamente si sus implicaciones para los sistemas locales de producción, las prácticas culturales y el medio ambiente son entendidas y aceptadas por los productores de alimentos (véase la nota de orientación 2).
- Siempre que es posible, se provee una serie de insumos para facilitar a los productores una mayor flexibilidad en la gestión de la producción, el procesamiento y la distribución, y en la reducción de riesgos (véase la nota de orientación 3).
- Los insumos en términos de plantas, animales y pesquerías productivos llegan a tiempo, son aceptados en la localidad y se adhieren a las normas de calidad que hacen al caso (véanse las notas de orientación 4-5).
- La introducción de los insumos y servicios no contribuye a exacerbar la vulnerabilidad ni aumentar los riesgos, por ejemplo aumentando la competición por conseguir recursos naturales escasos o causando daños en las redes sociales existentes (véase la nota de orientación 6).
- Los insumos y los servicios son adquiridos localmente siempre que es posible, a menos que ello pudiera perjudicar a los productores, mercados o consumidores locales (véase la nota de orientación 7).
- Los productores, procesadores y distribuidores de productos alimenticios que reciben insumos del proyecto hacen un uso apropiado de los mismos (véanse las notas de orientación 8-9).

- Al efectuar las respuestas se entiende bien la necesidad de insumos y servicios complementarios, los cuales se facilitan siempre que procede.

## Notas de orientación

**1. Viabilidad de la producción primaria:** Para ser viables, las estrategias de producción de alimentos deben tener una probabilidad razonable de desarrollarse adecuadamente y alcanzar el éxito, lo cual puede ser influido por una serie de factores. Entre éstos se encuentran los siguientes:

- el acceso a recursos naturales suficientes (tierras de cultivo, pastos, agua, ríos, lagos, aguas costeras, etc.); no se debe poner en peligro el equilibrio ecológico, por ejemplo mediante la excesiva explotación de tierras marginales, sobrepesca o contaminación del agua, especialmente en zonas periurbanas;
- ciertos niveles de destrezas y capacidades, que podrán quedar limitados si las comunidades son gravemente afectadas por las enfermedades o si algunos grupos no tienen acceso a la educación y formación;
- la disponibilidad de mano de obra en relación con los modelos existentes de producción y el calendario de las principales tareas agrícolas;
- la disponibilidad de insumos y la índole y cobertura de servicios relacionados (financieros, veterinarios, de vulgarización agrícola) que pueden ser facilitados por instituciones gubernamentales y/o otras entidades;
- la legalidad de actividades específicas o el derecho al trabajo de los grupos afectados, como por ejemplo el control de la recogida de leña para el fuego o restricciones en los derechos de los refugiados a realizar trabajos remunerados;
- la situación en cuanto a seguridad dimanante de conflictos armados, destrucción de la infraestructura de transportes, minas explosivas, amenazas de ataques o bandolerismo.

La producción no debe afectar negativamente al acceso de otros grupos a recursos naturales que sustentan la vida, como por ejemplo el agua.

**2. Desarrollo tecnológico:** Las “nuevas” tecnologías podrán incluir mejores modalidades de cosechas o especies de ganado, y nuevas herramientas o

abonos. En la medida de lo posible, las actividades en materia de producción de alimentos deberían seguir los modelos existentes y/o estar vinculadas con planes nacionales de desarrollo. Las nuevas tecnologías deben incluirse durante el caso de desastre únicamente si con anterioridad han sido sometidas a pruebas en la zona local y se ha constatado que son apropiadas. Si se introducen, las nuevas tecnologías deben ir acompañadas de las correspondientes consultas con los integrantes de la comunidad, provisión de información, capacitación y otras medidas apropiadas de apoyo. La capacidad de los servicios de vulgarización dentro de los departamentos locales de gobierno, las ONG y otras entidades para facilitar dichas consultas deberá ser valorada y, si es necesario, reforzada.

**3. Mejoras en la oferta:** Como ejemplos de intervenciones que facilitan más opciones a los productores se pueden citar: aportaciones de dinero efectivo o, en su lugar o como complemento, de créditos; insumos de producción; y ferias de semillas en las que se proporciona a los agricultores la oportunidad de seleccionar simientes de su propia elección. La producción no deberá tener implicaciones negativas en cuanto a la nutrición, como sucede por ejemplo cuando se sustituyen las cosechas de alimentos por cultivos comerciables. Para los que se dedican al cuidado del ganado, la provisión de forraje para sus animales durante las sequías puede conllevar un beneficio más directo para la nutrición humana que la provisión de asistencia alimentaria.

**4. Presteza y aceptabilidad:** Entre los ejemplos de insumos productivos se pueden contar las semillas, herramientas, abonos, ganados, material de pesca, implementos de caza, facilidades para obtener empréstitos y créditos, información sobre mercados, servicios de transporte, etc. La provisión de insumos agrícolas y de servicios de veterinarios debe ser pronta y oportuna, de forma que coincida con las pertinentes temporadas agrícolas y de cría de animales; por ejemplo, la facilitación de semillas y herramientas deberá hacerse antes de la época de plantar. Los programas de emergencia en la utilización de existencias de ganado durante las sequías habrán de desarrollarse antes de que sobrevenga la mortalidad excesiva del ganado, mientras que la reposición del ganado debería comenzar cuando su recuperación está asegurada, por ejemplo después de las siguientes lluvias.

**5. Semillas:** Se debe otorgar prioridad a las semillas locales, para que los agricultores puedan hacer uso de sus propios criterios y establecer la

calidad. Las variedades locales deben ser aprobadas por los agricultores y el personal agrícola local. Será preciso que las semillas sean adaptables a las condiciones locales y resistentes a las enfermedades. Las simientes que se originen en el exterior de la región habrán de estar avaladas por los correspondientes certificados y ser verificadas en cuanto a su idoneidad para las condiciones locales. Las semillas híbridas podrán ser apropiadas si los agricultores están familiarizados con ellas y poseen experiencia en su cultivo, y la única forma de determinarlo es establecer consultas con la comunidad. Cuando las semillas sean facilitadas de forma gratuita, los labradores podrán preferir simientes híbridas en vez de las variedades locales, porque éstas ordinariamente cuestan más. Además, en lo que respecta a las semillas híbridas, se deberá dar cumplimiento a las políticas del gobierno a este respecto con anterioridad a su distribución. Las semillas modificadas genéticamente no deberán ser repartidas a menos que hayan sido aprobadas por las autoridades nacionales o los correspondientes órganos de gobierno.

**6. Impacto en los medios rurales de subsistencia:** La producción primaria de alimentos puede no ser viable si hay escasez de recursos naturales vitales. El fomento del tipo de producción que requiere un acceso mayor o distinto a los recursos naturales de que se dispone en la zona local podría causar tensiones en la población local, además de restringir el acceso al agua y otras necesidades de carácter esencial. Se deberá tener cuidado en la provisión de recursos financieros en la forma de subvenciones o empréstitos, puesto que dicha facilitación también podría aumentar el riesgo de inseguridad local (véase la norma 3 relativa a seguridad alimentaria, nota de orientación 5, página 155). Adicionalmente, la provisión gratuita de insumos podría trastornar los mecanismos tradicionales de apoyo social y redistribución.

**7. Adquisición local de insumos:** Los insumos y servicios para la producción alimentaria, como por ejemplo servicios de sanidad para el ganado, semillas, etc., deberán ser tramitados a través de sistemas existentes de suministro del propio país, siempre que ello sea posible. Sin embargo, antes de emprender adquisiciones locales se deberá considerar el riesgo de que las compras proyectadas causen trastornos en el mercado, por ejemplo, elevando los precios de artículos que escasean.

**8. Seguimiento de la utilización:** Los indicadores de la marcha del proceso

y de los resultados de la producción, del procesamiento y de la distribución de alimentos pueden ser estimados; ejemplos de ello son: el área plantada, la cantidad de semillas plantadas por hectárea, su rendimiento, el número de crías, etc. Es importante determinar cómo utilizan los productores los insumos del proyecto, por ejemplo comprobando que efectivamente son plantadas las simientes y que las herramientas, abonos, redes y material de pesca son destinados al fin previsto. Además, deberá ser examinada la calidad de los insumos en términos de su aceptabilidad y las preferencias de los productores. Es importante para la evaluación la consideración de cómo ha afectado el proyecto a los alimentos con que pueden contar las familias, por ejemplo en cuanto a las existencias de alimentos en el hogar, la cantidad y la calidad de alimentos consumidos, o la cantidad de alimentos comerciados o regalados. Si el objetivo del proyecto es aumentar la producción de un tipo específico de producto alimenticio (digamos productos animales o de pesca, o legumbres ricas en proteínas), el uso al que las familias destinan estos productos deberá ser investigado. Los resultados de esta clase de análisis deben ser objeto de validaciones cotejándolos con los de otros estudios de nutrición (pero considerando también los factores determinantes del estado nutricional relativos a salud y atención sanitaria).

**9. Efectos imprevistos o negativos de los insumos:** Se trata aquí, entre otros casos, del efecto de los cambios en patrones de mano de obra en posteriores temporadas agrícolas, el efecto de las respuestas en estrategias de afrontamiento presentes o alternativas (por ejemplo, desviación de la mano de obra), los modelos laborales del trabajo femenino y su efecto en el cuidado de los niños, la asistencia a la escuela y el efecto en la educación, y los riesgos que se corren en el intento de obtener acceso a la tierra y a otros recursos esenciales.

### **Norma 3 relativa a la seguridad alimentaria: ingresos y empleo**

Si la generación de ingresos y el empleo constituyen una estrategia factible para obtener medios de subsistencia, las personas tienen acceso a las correspondientes oportunidades de conseguir ganancias económicas que generan una remuneración justa y contribuyen a la seguridad alimentaria sin poner en peligro los recursos en que se basan los medios de sustento.

## **Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Las decisiones del proyecto relativas a calendario, actividades laborales, tipo de remuneración y la factibilidad técnica de la puesta en práctica se basan en un entendimiento constatado de las capacidades locales en cuanto a recursos humanos, el análisis económico y del mercado, y el análisis de la oferta y la demanda de las pertinentes habilidades y necesidades en materia de capacitación (véanse las notas de orientación 1-2).
- Las respuestas que facilitan oportunidades de empleo o de ingresos son técnicamente factibles, y todos los insumos necesarios se encuentran disponibles a tiempo. Siempre que es posible, las respuestas realizan aportaciones a la seguridad alimentaria de otros y preservan o restauran el medio ambiente.
- El nivel de remuneración es apropiado, y los pagos con respecto a los puestos de trabajo remunerados se efectúan con prontitud, periódicamente y a su debido tiempo. En situaciones de grave inseguridad alimentaria, se pueden adelantar dichos pagos (véase la nota de orientación 3).
- Hay implantados procedimientos para que exista un entorno laboral seguro y exento de peligros (véase la nota de orientación 4).
- En los proyectos en los que intervienen altas cantidades de dinero efectivo se incluyen medidas para evitar la desviación y/o la inseguridad de los fondos (véase la nota de orientación 5).
- Las respuestas que proporcionan oportunidades laborales protegen y apoyan a las personas con responsabilidades de prestar cuidados en el hogar, y no afectan negativamente al medio ambiente local ni interfieren con las actividades normales relativas a medios de subsistencia (véase la nota de orientación 6).
- Se entienden bien los temas de la gestión del hogar y del uso de la remuneración (dinero efectivo o alimentos), los subsidios o los préstamos, y se comprueba que todo ello contribuye a la seguridad alimentaria de todos los miembros de la familia (véase la nota de orientación 7).

## Notas de orientación

**1. *Idoneidad de las iniciativas:*** Durante el desarrollo de las actividades del proyecto se deberán utilizar al máximo los recursos humanos locales en el diseño del proyecto y la determinación de las actividades apropiadas. Dentro de lo que sea posible, las actividades de tipo “alimentos por trabajo” y “dinero por trabajo” deberán ser seleccionadas por los propios grupos participantes y planificadas en colaboración con ellos. Si hay grupos numerosos de personas desplazadas (refugiados o personas desplazadas dentro de su propio país), las oportunidades de empleo no deben proporcionarse con perjuicio de la población local de acogida. En ciertas circunstancias, las oportunidades de empleo deben extenderse a ambos grupos. Es importante poseer un claro entendimiento de la gestión del hogar y el uso del dinero efectivo, a la hora de tomar la decisión sobre si los servicios de microfinanzas podrían servir de apoyo para la seguridad alimentaria, y en caso afirmativo de qué manera (véase también la norma 2 relativa a seguridad alimentaria)

**2. *Tipo de remuneración:*** La remuneración puede ser en dinero efectivo o en forma de alimentos, o una combinación de ambos, y debe permitir a las familias afectadas por la inseguridad alimentaria satisfacer sus necesidades. En vez de ser en forma de dinero, a menudo la remuneración podrá consistir en un incentivo ofrecido para ayudar a las personas a emprender tareas que aporten beneficios directos para ellas mismas. Puede que se prefiera “alimentos por trabajo” a “dinero por trabajo” si los mercados son débiles o no están regulados, o si escasean los alimentos. También es posible que “alimentos por trabajo” sea la modalidad apropiada en los casos en que será más probable que las mujeres controlen el uso de los alimentos, pero no el dinero. “Dinero por trabajo” es preferible si dentro de los términos del intercambio y del mercado se puede contar con que haya alimentos disponibles al nivel local y existen sistemas seguros para el reparto del dinero. Deberán tenerse en cuenta las necesidades de las personas en términos de las compras que deben realizar, así como las repercusiones que entregar dinero o alimentos podría tener en otras necesidades básicas (asistencia a la escuela, acceso a los servicios sanitarios, obligaciones sociales). El tipo y nivel de remuneración se deberán decidir caso por caso, tomando en consideración lo mencionado precedentemente y la disponibilidad de dinero y recursos alimentarios.

**3. Pagos:** Al calcular los niveles de remuneración deberán tenerse en cuenta las necesidades de la población afectada por inseguridad alimentaria, así como las escalas salariales locales. No hay directrices que hayan sido universalmente aceptadas para establecer niveles de retribuciones, pero cuando la remuneración se hace en especie y se provee como transferencia de ingresos, se deberá considerar el valor de reventa de los alimentos en el mercado local. Las ganancias netas en ingresos para las personas individuales por la participación en las actividades del programa deberían ser más altas que si hubiesen empleado el tiempo en otras actividades. Ello se aplica a las modalidades de “alimentos por trabajo” y “dinero por trabajo”, y también a los créditos, puesta en marcha de negocios, etc. El efecto de las oportunidades de generación de ingresos debe ser incrementar la gama de fuentes de ingresos, y no sustituir las fuentes actuales. La remuneración no debe tener un impacto negativo en los mercados locales de trabajo, lo que sucedería, por ejemplo, si causa inflación en las escalas salariales, si desvía la mano de obra de otras actividades o si influye adversamente en los servicios públicos esenciales.

**4. Riesgos en el entorno laboral:** Se deberá evitar que se cree un entorno laboral de alto riesgo mediante la introducción de procedimientos prácticos para minimizar los peligros o para facilitar tratamiento en caso de lesiones: por ejemplo, sesiones de información, botiquines de primeros auxilios y ropajes protectivos siempre que sean necesarios. En este tema se debe incluir el riesgo de la exposición al VIH, y se deben tomar medidas para reducirlo al mínimo posible.

**5. Riesgos de inseguridad y desviación de fondos:** El manejo de dinero en metálico, por ejemplo para la distribución de préstamos o las remuneraciones por trabajos realizados, hace que sea necesario pensar en el tema de la seguridad tanto en relación con el personal del programa como con los destinatarios. Se tendrá que encontrar el punto de equilibrio entre los riesgos de seguridad para ambos grupos, y se deberán explorar las opciones que pueda haber. Desde el punto de vista de la seguridad de acceso y la seguridad personal de los destinatarios, el lugar de distribución deberá estar situado tan cerca como sea posible de sus viviendas, es decir, debe estar descentralizado aunque ello acarree un riesgo para la seguridad del personal del programa. Si se sospecha que puede haber un alto nivel de corrupción o desviación de fondos, el sistema de “alimentos por trabajo” podrá ser preferible al de “dinero por trabajo”.

**6. Responsabilidades de prestación de cuidados, y medios de subsistencia:** La participación en el programa no debe redundar en perjuicio del cuidado de los niños ni de otras responsabilidades de cuidar de ellos, ya que ello aumentaría el peligro de desnutrición. En los programas tal vez se tenga que prestar consideración a emplear a cuidadores o a facilitar instalaciones de cuidados personales (véase la norma 2 relativa a apoyo general de la nutrición, página 140). Las respuestas no deberán tener un efecto adverso en otras oportunidades, como por ejemplo otros empleos o educación, ni desviar los recursos de las familias de las actividades productivas ya implantadas.

**7. Uso de la remuneración:** La remuneración es justa si los ingresos generados constituyen una proporción considerable de los recursos necesarios para la seguridad alimentaria. La gestión familiar del dinero o de los aportes de alimentos (incluyendo la distribución dentro del hogar y los usos finales) deberá ser bien entendida, puesto que la manera como se emplea el dinero puede apaciguar o exacerbar tensiones ya existentes y de este modo tener efecto en la seguridad alimentaria y en la nutrición de los integrantes del hogar. Las respuestas destinadas a generar ingresos y empleo muchas veces tienen múltiples objetivos en términos de seguridad alimentaria, y entre ellos se incluyen los recursos al nivel de la comunidad que afectan a la seguridad alimentaria. Por ejemplo, la reparación de los caminos puede mejorar el acceso a los mercados y a los servicios de sanidad, mientras que la reparación o construcción de sistemas de recolección de agua y los planes de regadío pueden servir para aumentar la productividad.

## **Norma 4 relativa a la seguridad alimentaria: acceso a mercados**

Se protege y fomenta el acceso exento de peligros de las personas a bienes y servicios de mercados como productores, consumidores y comerciantes.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- En cuanto a la seguridad alimentaria, las respuestas se basan en un entendimiento constatado de los mercados locales y los sistemas

económicos, el cual está a la base de dichas respuestas y, cuando ello es necesario, conduce a la realización de labores de incidencia en pro de mejoras en los sistemas y de cambios de política (véanse las notas de orientación 1-2).

- Los productores y consumidores tienen acceso económico y físico a mercados en operación, los cuales reciben un suministro regular de artículos básicos, incluyendo alimentos a precios asequibles (véase la nota de orientación 3).
- Siempre que ello es posible, son reducidos al mínimo los efectos adversos para los mercados locales y los proveedores del mercado de las respuestas de seguridad alimentaria, incluidas las compras de alimentos y su distribución (véase la nota de orientación 4).
- Se cuenta con más información y existe un nivel más alto de concienciación local sobre los precios de los mercados y la disponibilidad de productos en los mismos, sobre cómo funcionan los mercados y acerca de las políticas que rigen estos aspectos (véase la nota de orientación 5).
- Se dispone de artículos alimenticios básicos y de otros artículos esenciales de consumo (véase la nota de orientación 6).
- Se reducen al mínimo posible las consecuencias negativas de fluctuaciones extremas de precios según la estación del año u otras fluctuaciones anormales (véase la nota de orientación 7).

## Notas de orientación

- 1. Análisis de mercados:** Se deberán examinar los tipos de mercados – locales, regionales, nacionales – y los vínculos que mantienen entre sí, prestando consideración al acceso de todos los grupos afectados, incluidos los vulnerables, a los mercados en funcionamiento. Las respuestas en que la remuneración se entrega en forma de alimentos o en que se facilitan insumos, como por ejemplo semillas, herramientas agrícolas, materiales de construcción de refugios, etc., deberán ir precedidas de un análisis del mercado en relación con los artículos de consumo suministrados. Si los excedentes que pueda haber son comprados a nivel local, ello servirá de apoyo a los productores locales. Es probable que las importaciones hagan bajar los precios locales. Si es

posible que no se encuentren en el mercado libre ciertos insumos como semillas, a pesar de que los agricultores puedan encontrarlas a través de sus propias redes y sistemas de suministro de simientes, será tenido en cuenta el efecto que tendrán los insumos externos en estos sistemas.

**2. Labores de incidencia política y social:** Los mercados operan dentro del marco económico general del país y del mundo, el cual tiene influencia en las condiciones del mercado local. Por ejemplo, las políticas gubernamentales, entre ellas las relativas a los precios y el comercio, influyen en el acceso y la disponibilidad. Aunque algunas acciones a este nivel se encuentran fuera del alcance de la respuesta en casos de desastre, es necesario analizar estos factores ya que podría haber oportunidades de adoptar un enfoque conjunto entre varios organismos, o de realizar labores de incidencia cerca de los gobiernos y otras organizaciones para mejorar la situación.

**3. Oferta y demanda en el mercado:** El acceso económico a los mercados es influido por el poder adquisitivo, los precios del mercado y la disponibilidad. La accesibilidad de los precios depende de la relación de intercambio existente entre las necesidades básicas (incluidos los alimentos y los insumos agrícolas esenciales como semillas, herramientas, atención sanitaria, etc.) y las fuentes de ingreso (cultivos comerciables, ganados, salarios, etc.). La erosión de los bienes surge cuando el deterioro de los términos del intercambio fuerza a la gente a vender sus activos (con frecuencia a bajos precios) a fin de poder adquirir (a precios excesivos) lo preciso para atender a sus necesidades básicas. El acceso a los mercados puede ser influido también por el entorno político y relativo a seguridad, y por consideraciones culturales o religiosas, que limitan el acceso por parte de ciertos grupos (por ejemplo, los minoritarios).

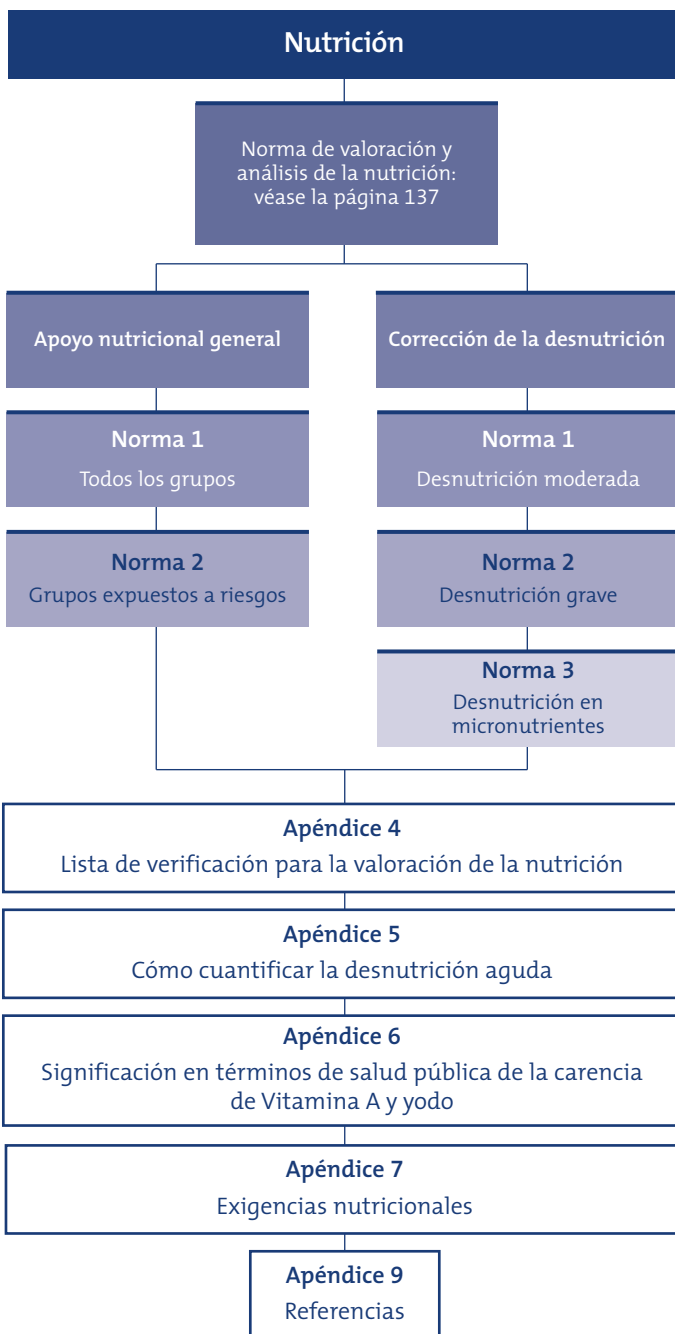
**4. Efecto de las intervenciones:** La adquisición a nivel local de productos alimenticios, semillas y otros artículos de consumo puede causar inflación local, con el consiguiente perjuicio para los consumidores pero con beneficio para los productores locales. Y a la inversa: también es posible que la ayuda en forma de alimentos importados haga que bajen los precios y tenga el efecto de desincentivar la producción alimentaria local, con lo que aumentaría el número de personas afectadas por la inseguridad alimentaria. Los encargados de las compras deberán seguir de cerca estos efectos y tenerlos en cuenta. La distribución de alimentos afecta también al poder adquisitivo de los beneficiarios, puesto que es

una forma de transferencia de ingresos. Algunos artículos de consumo son más fáciles de vender a buen precio que otros, por ejemplo el aceite frente a los alimentos compuestos. El “poder adquisitivo” relacionado con un determinado producto alimenticio o cesta de alimentos influirá en que sea consumido o vendido por la familia del beneficiario. Es importante entender bien el tema de las compras y ventas del hogar para poder determinar el efecto más amplio de los programas de distribución de alimentos (véase la norma 3 relativa a la gestión de ayuda alimentaria).

**5. Transparencia de las políticas de mercado:** Es preciso que los productores y consumidores locales sean conscientes de los controles de precios de mercado y de otras medidas que puedan influir en la oferta y la demanda, entre las que se pueden contar las políticas estatales sobre precios e impuestos, las políticas que influyen en el movimiento de los artículos de consumo a través de las fronteras regionales, y las disposiciones locales para facilitar el comercio con zonas vecinas (aunque en muchas situaciones de conflicto no existirán necesariamente políticas claras sobre estos temas).

**6. Artículos alimentarios esenciales:** La selección de artículos alimentarios para efectuar un seguimiento del mercado dependerá de las costumbres locales en cuanto a alimentos, y por tanto se habrá de determinar a nivel local. Deberán ser aplicados los principios de planificación de raciones adecuadas por su valor nutritivo para decidir qué artículos alimentarios son esenciales dentro de cada contexto dado (véase la norma 1 relativa al apoyo nutricional general, página 163, y la norma 1 relativa a la planificación de la ayuda alimentaria, página 187).

**7. Las fluctuaciones anormalmente extremas de precios según la estación del año** pueden tener un efecto negativo en los productores agrícolas pobres, que tienen que vender sus productos cuando los precios son más bajos (es decir, después de la cosecha). A la inversa, los consumidores que disponen de pocos ingresos no podrán invertir en existencias de alimentos, sino que tendrán que realizar compras pequeñas pero frecuentes, por lo que se verán obligados a comprar incluso cuando los precios son altos (por ejemplo, durante una sequía). Entre los ejemplos de intervenciones que pueden reducir al mínimo estos efectos se pueden incluir mejores sistemas de transportes, producción diversificada de productos alimentarios y transferencias de dinero efectivo o de alimentos en los momentos críticos.



### 3. Normas mínimas en materia de nutrición

Las causas inmediatas de la desnutrición (o malnutrición) son las enfermedades y/o la ingesta inadecuada de alimento, que a su vez son consecuencia de la inadecuación del alimento, la sanidad o los cuidados personales al nivel del hogar o de la comunidad.

El objetivo de los programas preventivos es conseguir que sean afrontadas las causas de la desnutrición determinadas en la valoración. En ello se incluye: intentar que las personas tengan acceso seguro a alimentos en cantidad y de calidad adecuadas, y que posean los medios para prepararlos y consumirlos sin peligros; lograr que, en el entorno en que viven las personas y en su acceso a los servicios de salud (tanto preventivos como curativos), y con la calidad de estos servicios, se reduzcan al mínimo los riesgos de adquirir enfermedades; y cerciorarse de que existe un entorno en el que se pueden facilitar cuidados a los miembros de la población que son vulnerables en cuanto a nutrición. Estos cuidados engloban la provisión, dentro del hogar y en la comunidad, de tiempo, atención y apoyo para atender a las necesidades físicas, mentales y sociales de los integrantes del hogar. La protección del entorno social y de atención personal es abordada mediante las normas relativas a ayuda alimentaria y seguridad alimentaria, mientras que la atención y apoyo de tipo nutricional a grupos de la población que se encuentren expuestos a mayores riesgos es afrontada en las normas relacionadas con la nutrición.

Los programas con los que se aspira a corregir la desnutrición podrán abarcar programas especiales de alimentación, tratamiento médico y/o cuidados de apoyo para personas desnutridas. Los programas de alimentación deben ser llevados a la práctica únicamente si se han realizado antes estudios antropométricos, o si ya están planificados, y deben ser suplementados siempre por medidas de prevención.

Las dos primeras normas de esta sección tratan de temas nutricionales relacionados con programas con los cuales se previene la desnutrición y que deben ser utilizados conjuntamente con las normas relativas a ayuda alimentaria y seguridad alimentaria. La últimas tres normas se refieren a programas para corregir la desnutrición.

En las respuestas para prevenir y corregir la desnutrición se requiere el cumplimiento de normas mínimas tanto en este capítulo como en los restantes, a saber: servicios de salud, abastecimiento de agua y saneamiento, y refugios. También requieren que se cumplan las normas comunes consignadas en el capítulo 1 (véase la página 25). Dicho de otro modo, para proteger y apoyar la nutrición de todos los grupos de una manera que vele por su supervivencia y mantenga su dignidad no es suficiente cumplir únicamente con las normas tratadas en esta sección del manual.



Marco conceptual de referencia en el que se muestran las causas de la desnutrición

## i) Apoyo nutricional general

En esta sección se consideran los recursos y servicios en materia de nutrición con los que es preciso contar para atender a las necesidades de la población en general y de grupos específicos que pueden encontrarse expuestos a un riesgo mayor en cuanto a nutrición. Hasta que sean atendidas estas necesidades, será improbable que las respuestas encauzadas a la corrección de la desnutrición tengan mucho efecto, porque las personas que se recuperen regresarán a un contexto de apoyo nutricional inadecuado y por tanto lo más probable será que vuelvan a caer en el mismo estado.

Si las poblaciones necesitan ayuda alimentaria para cubrir todas sus necesidades nutricionales, o algunas de ellas, deberá hacerse uso de la norma 1 relativa al apoyo nutricional general conjuntamente con las normas 1-2 relativas a planificación de la ayuda alimentaria, páginas 187-191, y las normas 3-4 relativas a artículos no alimentarios, páginas 275-278. En la norma 2 relativa al apoyo nutricional general se centra la atención en los grupos expuestos a riesgos. Pero cuáles serán las personas vulnerables en el caso de un desastre será cuestión que variará según el contexto, y por lo tanto los grupos específicos que están en peligro deberán ser identificados dentro de cada situación.

### **Norma 1 relativa al apoyo nutricional general: todos los grupos**

Se atiende a las necesidades nutricionales de la población.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Existe acceso a una serie de productos alimenticios – alimentos de primera necesidad (cereales o tubérculos), leguminosas (o productos de origen animal) y fuentes de grasa – con los que se cubren las necesidades en materia de nutrición (véase la nota de orientación 1).

- Existe acceso a alimentos ricos o fortificados en vitamina A, vitamina C y hierro, o suplementos apropiados (véanse las notas de orientación 2, 3, 5 y 6).
- Para la mayoría (>90%) de las familias, existe acceso a sal yodada (véanse las notas de orientación 2, 3 y 6).
- Existe acceso a fuentes adicionales de niacina (leguminosas, frutos secos, pescado desecado) si el alimento básico es el maíz o el sorgo (véanse las notas de orientación 2-3).
- Existe acceso a fuentes adicionales de tiamina (por ejemplo, leguminosas, frutos secos, huevos) si el alimento básico es arroz descortezado (véanse las notas de orientación 2-3).
- Existe acceso a fuentes suficientes de riboflavina si las personas dependen de una dieta muy limitada (véanse las notas de orientación 2-3).
- Los niveles de desnutrición moderada y grave se han estabilizado en niveles aceptables o están descendiendo en esta dirección (véase la nota de orientación 4).
- No hay casos de escorbuto, pelagra, beriberi ni carencia de riboflavina (véase la nota de orientación 5).
- Las tasas de trastornos debidos a xeroftalmia y carencia de yodo no son de importancia en términos de salud pública (véase la nota de orientación 6).

## Notas de orientación

**1. Exigencias nutricionales:** Se deberá hacer uso de los siguientes cálculos estimativos del promedio de lo que necesita la población, ajustando las cifras con respecto a cada población particular tal como se explica en el Apéndice 7.

- 2100 calorías por persona por día
- el 10-12% de la energía total es provisto por proteínas
- el 17% de la energía total es provisto por grasa
- ingesta adecuada de micronutrientes en forma de alimentos frescos o fortificados.

Se debe observar que éstos son los requisitos de la provisión de ayuda alimentaria únicamente si la población depende por completo de esta ayuda para satisfacer sus necesidades en materia de nutrición. En las situaciones en que las personas pueden satisfacer algunas de sus propias necesidades nutricionales, se deberá ajustar la provisión de ayuda alimentaria de acuerdo con ello, sobre la base de la valoración. Por lo que se refiere a la planificación de raciones de alimentos, véase la norma 1 relativa a la planificación de la ayuda alimentaria, página 187.

## **2. Prevención de enfermedades relacionadas con carencias de micronutrientes:**

Si se cumple con estos indicadores, será posible impedir que empeore el estado relativo a micronutrientes de la población, siempre que se encuentren implantadas medidas adecuadas de salud pública para prevenir enfermedades como el sarampión, el paludismo (malaria) y las infecciones parasíticas (véanse las normas sobre control de enfermedades transmisibles, página 326). Entre las posibles opciones para la prevención de carencias de micronutrientes se encuentran: las medidas de seguridad alimentaria que fomentan el acceso a alimentos nutritivos (véanse las normas 2-3 relativas a seguridad alimentaria, páginas 148-156); la mejora de las características nutricionales de las raciones mediante su fortificación o la inclusión de alimentos compuestos o artículos de consumo adquiridos localmente que provean nutrientes que de otro modo no están presentes; y/o los suplementos medicinales. La pérdida de micronutrientes que puede producirse durante el transporte, el almacenamiento, el procesamiento y la preparación en cocina deberá asimismo ser tomada en cuenta. Excepcionalmente, si los alimentos ricos en nutrientes no se encuentran disponibles en la zona local, se podrá prestar consideración a aumentar la cantidad de alimento facilitado en las raciones generales para que sea posible una mayor cantidad de intercambios de alimentos, pero se habrá de considerar la efectividad de costes y las repercusiones en los mercados.

## **3. Seguimiento del acceso a los micronutrientes:**

Con los indicadores se valora la calidad de la dieta, pero no se cuantifica la disponibilidad de nutrientes. Para realizar mediciones de la cantidad de ingesta de nutrientes sería necesario imponer criterios que no serían realistas en cuanto a recolección de información. Los indicadores se pueden medir utilizando información procedente de distintas fuentes recopilada mediante métodos diversos, entre los cuales se puede citar: el seguimiento de la disponibilidad de alimentos y su uso al nivel de las

familias; la valoración de los precios de los alimentos y su disponibilidad en los mercados; la valoración del contenido en nutrientes de los alimentos distribuidos; el examen de los planes y registros de distribución de la ayuda alimentaria; la evaluación de la contribución de los alimentos silvestres; y por medio de valoraciones de la seguridad alimentaria. El análisis al nivel del hogar no determinará el acceso individual a los alimentos. El reparto de alimentos en el seno de la familia tal vez no sea siempre equitativo, y los grupos vulnerables podrán quedar afectados especialmente, pero en este respecto no es factible realizar mediciones. Los mecanismos de distribución (véase la norma 3 relativa a gestión de la ayuda alimentaria, página 201), la elección de productos para la ayuda alimenticia y las conversaciones con la población afectada podrán contribuir a mejorar la asignación de alimentos dentro del hogar.

**4. Interpretación de los niveles de desnutrición:** Se pueden encontrar indicios de las tendencias en materia de desnutrición en los registros de los centros médicos, los estudios antropométricos repetidos, la vigilancia nutricional, las exploraciones médicas o los informes de la comunidad. Puede que resulte costoso establecer sistemas para efectuar el seguimiento de las tasas de desnutrición en zonas extensas o a lo largo de un periodo considerable, y además haría falta utilizar a personas con conocimientos técnicos. El coste relativo de un sistema de este tipo debe ser juzgado frente a la escala de disponibilidad de recursos. El uso más eficaz de los recursos tal vez resida en combinar varios sistemas complementarios de allegar información, por ejemplo emplear la vigilancia y también encuestas intermitentes. Siempre que resulte posible, las instituciones y comunidades locales deberán participar en las actividades de seguimiento, interpretación de los resultados y planificación de las respuestas. Para determinar si los niveles de desnutrición son aceptables es preciso analizar la situación teniendo en cuenta cuál es la población de referencia, las tasas de morbilidad y mortalidad (véase la norma 1 relativa a los sistemas e infraestructura de salud, nota de orientación 3, página 308), las fluctuaciones según la época del año, los niveles de desnutrición anteriores a la situación de emergencia y las causas subyacentes de la desnutrición.

**5. Carencias de micronutrientes de carácter epidémico:** Han sido señaladas cuatro carencias de micronutrientes – escorbuto (vitamina C), pelagra (niacina), beriberi (tiamina) y riboflavina – como las más

frecuentemente observadas que son resultado de acceso inadecuado a micronutrientes en las poblaciones que dependen de la ayuda alimentaria, carencias que normalmente es posible evitar en las situaciones de desastre. Si se presentan en los centros de sanidad personas que sufren alguna de estas deficiencias, por ejemplo, se comprobará que su estado es consecuencia de falta de acceso a ciertos tipos de alimentos, y que probablemente es indicativo de un problema generalizado entre la población. En este sentido, las carencias deberán ser afrontadas por medio de intervenciones que se abarquen a toda la población, y también mediante tratamiento individual (véase la norma 3 relativa a la corrección de la desnutrición, página 182). En todo contexto en el que haya indicaciones claras de que estos tipos de carencias de micronutrientes son un problema endémico, sus niveles de prevalencia deberán ser reducidos hasta que lleguen, como máximo, a los niveles existentes antes del desastre.

- 6. Carencias de micronutrientes de carácter endémico:** Enfrentarse con las carencias de micronutrientes dentro de la fase inicial de un desastre es una tarea complicada por las dificultades implícitas en su identificación. Las excepciones son la xeroftalmia (vitamina A) y el bocio (yodo), para cuya determinación se dispone de criterios de fácil utilización en el terreno. Estas carencias también se pueden afrontar mediante intervenciones al nivel de la población, por ejemplo por medio de la aplicación de suplementos con alto contenido de vitamina A a los niños y las mujeres que acaban de dar a luz, la yodización de la sal y campañas de concienciación pública. Véanse en el Apéndice 6 las definiciones de su significado en términos de salud pública.

## **Norma 2 relativa al apoyo nutricional general: grupos expuestos a riesgos**

Se atiende a las necesidades nutricionales y de servicios de apoyo de los grupos identificados como expuestos a riesgos.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Los bebés de menos de seis meses se alimentan exclusivamente del pecho de su madre o, en casos excepcionales, tienen acceso a una

cantidad adecuada de un sustituto apropiado de la leche materna (véanse las notas de orientación 1-2).

- Los niños de 6 a 24 meses tienen acceso a alimentos complementarios nutritivos y de alto contenido energético (véase la nota de orientación 3).
- Las mujeres embarazadas y lactantes tienen acceso a nutrientes adicionales y a servicios de apoyo (véase la nota de orientación 4).
- Se presta especial atención a la protección, el fomento y el apoyo de los cuidados y la nutrición de las adolescentes (véase la nota de orientación 4).
- A las personas que trabajan profesionalmente en este campo, los cuidadores y las organizaciones se facilita información, educación y formación apropiadas sobre nutrición y sobre cómo alimentar a los bebés y los niños (véanse las notas de orientación 1-4 y 8).
- Se protege, fomenta y apoya el acceso de las personas de edad a alimentos nutritivos apropiados y al apoyo nutricional (véase la nota de orientación 5).
- Las familias en cuyo seno hay enfermos crónicos, incluyendo personas que viven con VIH o sida (PVVS), así como los miembros de las mismas que padecen discapacidades específicas, tienen acceso a alimentos nutritivos apropiados y a apoyo nutricional adecuado (véanse las notas de orientación 6-8).
- Hay implantados sistemas basados en la comunidad que garantizan el cuidado apropiado de las personas vulnerables (véase la nota de orientación 8).

## Notas de orientación

- 1. Alimentación de bebés:** La mejor manera de alimentar a un niño de menos de seis meses es que amamante del pecho de su madre exclusivamente. Los niños lactantes que se alimentan de esta forma no toman preláctatos, agua, té ni alimentos complementarios. La frecuencia de este tipo de amamantamiento exclusivo suele ser baja, y por lo tanto es importante fomentar y apoyar este tipo de alimentación,

especialmente si existe falta de higiene y de cuidados personales y el riesgo de infección es alto. Hay casos excepcionales en que el lactante no puede ser alimentado exclusivamente del pecho de su madre (por ejemplo, cuando la madre ha muerto o el niño ya es alimentado de forma totalmente artificial). En estos casos se deberá hacer uso de cantidades adecuadas de un sustituto de la leche materna juzgado con arreglo a las normas del Codex Alimentarius, fomentando la relactancia siempre que sea posible. Los sustitutos de la leche materna pueden ser peligrosos, por las dificultades implícitas en su preparación sin riesgos. No se deben usar nunca biberones, porque no son higiénicos. A las personas que trabajan profesionalmente en este campo se les debe impartir formación para que sepan proveer la protección, fomento y apoyo adecuados para el amamantamiento, incluida la relactancia. Si se reparten productos preparados según fórmulas para niños lactantes, los cuidadores tendrán que contar con consejos y apoyo sobre su uso exento de riesgos. Las compras y la distribución deberán adherirse al *International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes* (Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna) y las pertinentes resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud.

**2. El VIH y la alimentación de bebés:** Si no es posible realizar pruebas del VIH o sida de carácter voluntario y confidencial, todas las madres deberán recibir apoyo en el amamantamiento de sus hijos. Las alternativas a la lactancia del pecho materno están expuestas a riesgos demasiado altos y por tanto no se pueden aconsejar si la mujer no sabe cuál es su estatus. Si se le han hecho las pruebas y se sabe que la mujer es VIH-positiva, se puede recomendar que el niño sea alimentado por otro método si esto se puede hacer de un modo que sea aceptable, factible, sostenible, seguro y a un precio asequible. Las madres VIH-positivas que prefieran no amamantar deben ser provistas de guía y apoyo específicos durante por lo menos los primeros dos años de la vida del niño para conseguir que su alimentación sea adecuada.

**3. Alimentación de niños pequeños:** El amamantamiento debe continuar durante por lo menos los dos primeros años de vida. Cuando tienen seis meses los niños necesitan tomar alimentos de alto contenido energético, además de la leche materna; se recomienda que el 30% del contenido energético de su dieta proceda de fuentes de grasa. Si los niños de 6 a

24 meses no tienen acceso a la leche materna, sus alimentos habrán de ser suficientes para satisfacer todas sus necesidades en términos de nutrición. Se deben realizar esfuerzos para dotar a las familias de los medios y las habilidades que hacen falta para preparar alimentos complementarios adecuados para niños de menos de 24 meses, lo cual se puede lograr mediante la provisión de artículos específicos de consumo alimenticio, o de utensilios, combustible y agua. Cuando se realizan vacunaciones contra el sarampión u otras enfermedades, lo normal es facilitar a todos los niños de 6 a 59 meses un suplemento de vitamina A. Los bebés de escaso peso al nacer y los niños pequeños pueden beneficiarse también de los suplementos de hierro, aunque es muy difícil mantener el cumplimiento de los protocolos de tomas diarias.

**4. Mujeres embarazadas y lactantes:** Entre los riesgos relacionados con una ingesta inadecuada de nutrientes en el caso de mujeres embarazadas y lactantes se incluyen las complicaciones del embarazo, la mortalidad materna, el bajo peso del recién nacido y las irregularidades en el amamantamiento. A la hora de planificar el racionamiento de tipo general, en los cálculos de promedios se tienen en cuenta las necesidades adicionales de las mujeres embarazadas y lactantes. Si la ración general es inadecuada, podrá ser necesario utilizar suplementos de alimentación para prevenir el deterioro nutricional. La falta de peso en el momento de la concepción tiene una relación muy estrecha con la escasez de peso en el recién nacido, lo cual quiere decir que se tendrá que hacer uso de mecanismos (si éstos existen) para facilitar apoyo nutricional a las adolescentes. Las mujeres embarazadas o lactantes deben recibir suplementos diarios de hierro y ácido fólico pero, al igual que en el caso de los niños, el cumplimiento de las tomas puede ser problemático. Por lo tanto, es importante tomar medidas para reducir la frecuencia de casos de carencias de hierro mediante una dieta diversificada (véase la norma 1 relativa al apoyo general de la nutrición). Además, antes de que transcurran seis semanas después del parto las mujeres deben tomar vitamina A.

**5. Las personas de edad** pueden quedar muy afectadas por los desastres. Hay factores de riesgo nutricional que reducen el acceso a los alimentos y pueden aumentar sus necesidades de nutrientes, entre ellos las enfermedades y la discapacidad, el estrés psicológico, el frío y la pobreza. Estos factores pueden exacerbarse cuando se trastornan las

redes normales de apoyo, sean formales o informales. En las cifras promedias de planificación del racionamiento general se tienen en cuenta los requisitos nutricionales de las personas de edad, pero habrá que prestar especial atención a sus necesidades en términos de nutrición y cuidados personales, y específicamente a las siguientes:

- las personas de edad deben tener fácil acceso a las fuentes de alimentos (incluido el alimento de auxilio humanitario);
- los alimentos deben ser fáciles de preparar y consumir;
- los alimentos deben satisfacer las exigencias adicionales de proteínas y micronutrientes de las personas de edad.

Las personas mayores son muchas veces importantes cuidadores de los otros miembros de sus hogares, y puede que necesiten apoyo específico para desempeñar estas funciones.

**6. Las personas que viven con el VIH o sida** (PVVS) podrían afrontar mayores riesgos de desnutrición a causa de numerosos factores, entre los que se puede contar: la reducción en la ingesta de alimentos por pérdida de apetito o dificultades en comer; la falta de absorción de los nutrientes vinculada con la diarrea; la presencia de parásitos o la existencia de daños en las células intestinales; cambios en el metabolismo; e infecciones y enfermedades crónicas. Existen datos que demuestran que las exigencias energéticas de las personas que viven con el VIH o sida van aumentando a medida que avanza el estado de la infección. Los micronutrientes son especialmente importantes para preservar la función de inmunidad y promover la supervivencia. Es necesario asegurarse de que estas personas están bien alimentadas y conservan el más alto estado de salud que es posible, para así demorar el comienzo del sida. Entre las posibles estrategias encaminadas a mejorar su acceso a una dieta adecuada se puede citar la molienda y la fortificación de la ayuda alimentaria y la provisión de alimentos compuestos que han sido fortificados. En algunas circunstancias puede ser apropiado aumentar la cuantía general de las raciones de alimentos (véase la norma sobre selección de beneficiarios, página 41).

**7. Las personas discapacitadas** es posible que tengan que hacer frente a una serie de riesgos en cuanto a la nutrición que pueden ser agravados por el entorno en que viven. Entre ellos están: las dificultades para

masticar y tragar, que pueden llevar a la reducción de la ingesta y al atragantamiento; la adopción de posiciones o posturas incorrectas para comer; la reducción en movilidad que afecta al acceso a los alimentos y a la luz del sol (con repercusiones en su estado en cuanto a vitamina D); la discriminación que influye en su acceso a los alimentos; y el estreñimiento, que suelen padecer en especial las personas que sufren de parálisis cerebral. Las personas discapacitadas pueden correr el riesgo particular de quedar separadas de sus familiares más allegados (que suelen ser sus cuidadores) en la situación de desastre. Se deberán realizar esfuerzos por determinar y reducir estos peligros tratando de asegurar el acceso físico a los alimentos (incluyendo los de auxilio humanitario), desarrollando mecanismos para prestar apoyo con la alimentación (por ejemplo, suministrando cucharas y pajas, y estableciendo sistemas de visitas a domicilio o programas de extensión), y facilitando el acceso a alimentos de alto contenido energético.

**8. Cuidados basados en la comunidad:** Los cuidadores y las personas a las que cuidan pueden también tener exigencias nutricionales específicas; por ejemplo, es posible que cuenten con menos tiempo para obtener acceso a los alimentos porque están enfermos o porque se ocupan en tareas de prestación de cuidados; otra posibilidad es que no les sea fácil mantener el nivel más alto de higiene que requiere su situación; o pueden disponer de menos bienes para canjear por alimentos a causa de los costes de tratamientos o de funerales; y tal vez se enfrenten con el estigma social y con menos acceso a los mecanismos de apoyo de la comunidad. La disponibilidad de cuidadores acaso haya cambiado a consecuencia del desastre: por ejemplo, es posible que los niños o las personas de edad tengan que ser los principales cuidadores porque otros miembros de la familia han quedado separados o han fallecido. Es importante que los cuidadores reciban apoyo y que no se vean afectados negativamente en el cuidado de grupos vulnerables. En ello se incluyen las tareas de dar de comer, de higiene, de cuidados sanitarios y de protección psicosocial y apoyo. Se pueden utilizar las redes sociales existentes para facilitar formación a miembros de la comunidad idóneos para encargarse de este tipo de tareas.

## ii) Corrección de la desnutrición

Existe una relación entre la desnutrición, incluidas las carencias de micronutrientes, y el mayor riesgo de morbilidad y mortalidad en las personas afectadas. Por lo tanto, si las tasas de desnutrición son altas será necesario garantizar el acceso a servicios que corrijan la desnutrición además de prevenirla. El impacto de estos servicios quedará considerablemente reducido si no se ha implantado un sistema apropiado de apoyo general para la población cuando, por ejemplo, sobreviene un fallo en el sistema de control del abastecimiento de alimentos llamado “food pipeline”, o existe una grave inseguridad alimentaria, o si por razones de seguridad se ha emprendido sin apoyo general un sistema de alimentación suplementaria. En estos casos, las labores de incidencia en pro del apoyo general para la nutrición deberán ser un elemento clave del programa (véase la norma relativa a respuestas, página 38).

Hay muchas maneras de abordar el tema de la desnutrición moderada: por ejemplo, mediante la introducción de mejoras en la ración alimenticia general, en la seguridad alimentaria o en el acceso a la asistencia sanitaria y al saneamiento y agua potable. En las situaciones de desastre la estrategia primaria que se suele seguir es proporcionar alimentación suplementaria específica para corregir la desnutrición moderada y prevenir la grave (norma 1). En ciertos casos, las tasas de desnutrición pueden ser tan elevadas que sería ineficaz seleccionar a las personas moderadamente desnutridas, y es mejor poner el punto de mira en todos aquellos que, según determinados criterios, se encuentren en peligro (por ejemplo, los niños de 6 a 59 meses), lo cual se conoce con el nombre de alimentación suplementaria de cobertura general.

La desnutrición grave es corregida mediante la prestación de cuidados terapéuticos, que se pueden facilitar adoptando diversos enfoques, entre ellos la atención constante a pacientes ingresados, la asistencia provista en centros diurnos, y los cuidados basados en el hogar (norma 2). La provisión de asistencia a pacientes ingresados se basa en el cumplimiento de otras normas, como las que se refieren a la provisión de instalaciones de abastecimiento de agua y de saneamiento en funcionamiento (véase las normas sobre agua, saneamiento y fomento de la higiene, página 61).

La corrección de las carencias de micronutrientes (norma 3) se basa en el cumplimiento de las normas relativas a los sistemas de salud y la infraestructura, y al control de las enfermedades transmisibles (véase las normas sobre servicios de salud, página 296).

## **Norma 1 relativa a la corrección de la desnutrición: desnutrición moderada**

Se atiende a la desnutrición moderada.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Se establecen desde el principio objetivos y criterios consensuados y claramente definidos para iniciar y clausurar el programa (véase la nota de orientación 1).
- La cobertura es >50% en zonas rurales, >70% en zonas urbanas y >90% en los campamentos (véase la nota de orientación 2).
- Más del 90% de la población beneficiaria se encuentra a una distancia de <1 día de camino, ida y vuelta (incluyendo el tiempo que lleva el tratamiento), del centro de distribución en el caso de programas de alimentación suplementaria con raciones secas, y a no más de 1 hora de camino en el caso de programas de alimentación suplementaria in situ (véase la nota de orientación 2).
- Las proporciones de bajas registradas en los programas de alimentación suplementaria específica son: <3% personas que han fallecido, <75% personas que se han recuperado, y <15% desertores del programa (véase la nota de orientación 3).
- La admisión de personas se basa en una valoración realizada siguiendo criterios antropométricos aceptados a nivel internacional (véase la nota de orientación 4 y el Apéndice 5).
- Los programas de alimentación suplementaria específica están vinculados con las estructuras de sanidad ya implantadas, y existe

adherencia a los protocolos para determinar los problemas de salud y remitir a los pacientes a los centros médicos o consultas correspondientes (véase la nota de orientación 5).

- La alimentación suplementaria se basa en la distribución de raciones secas para llevarse a casa, a menos que exista una justificación clara para que la alimentación se lleve a cabo in situ (véase la nota de orientación 6).
- Están implantados los sistemas de seguimiento (véase la nota de orientación 7).

## Notas de orientación

**1. Diseño de la alimentación suplementaria específica:** El diseño del programa debe estar basado en un claro entendimiento de la complejidad y la dinámica de la situación en materia de nutrición. Los programas de alimentación suplementaria específica deberán ser llevados a la práctica únicamente si ya se han realizado estudios antropométricos y si se abordan al mismo tiempo las causas subyacentes de la desnutrición moderada. Los programas de alimentación suplementaria específica pueden ser implementados a corto plazo, antes de cumplir con la norma 1 relativa a apoyo general de la nutrición. La finalidad del programa debe ser comunicada claramente y discutida con la población beneficiaria (véase la norma sobre participación, página 32).

**2. La cobertura** es calculada en relación con la población beneficiaria, que queda definida al principio del programa y puede ser estimada como parte de un estudio antropométrico. La cobertura puede ser afectada por la aceptabilidad del programa, la ubicación de los puntos de distribución, la seguridad del personal y de los pacientes que necesitan tratamiento, el tiempo de espera, la calidad del servicio y el alcance del programa de visitas a domicilio. Los centros de distribución deben encontrarse cerca de la población beneficiaria, con el fin de reducir los riesgos y los costes relacionados con los viajes de largas distancias con niños pequeños y los peligros a que se exponen las personas que se desplazan hasta allá. Las comunidades afectadas deben participar en las decisiones sobre dónde situar los centros de distribución. La decisión final se ha de basar en las amplias consultas realizadas y en la no discriminación.

**3. Indicadores de bajas en el programa:** Causan bajas en el programa de alimentación aquellas personas que ya no están registradas en el mismo. El total de personas que salen del programa se compone de las que lo han abandonado, las que se han recuperado (incluyendo aquellas que han sido enviadas a otros centros especializados), y las que han fallecido.

Proporción de bajas por abandono del programa =

$$\frac{\text{número de desertores del programa}}{\text{número de bajas}} \times 100\%$$

Proporción de bajas por fallecimiento =

$$\frac{\text{número de defunciones durante el programa}}{\text{número de bajas}} \times 100\%$$

Proporción de bajas por recuperación =

$$\frac{\text{número de personas dadas de alta del programa por recuperación}}{\text{número de bajas}} \times 100\%$$

**4. Criterios de admisión:** También es posible que se beneficien de la alimentación suplementaria otras personas (aparte de las que satisfacen los criterios antropométricos que definen la desnutrición), por ejemplo las personas que viven con el VIH o sida (PVWS), que padecen tuberculosis o tienen alguna discapacidad. Será necesario ajustar los programas de seguimiento para incluir a estas personas. En las situaciones en que los programas de alimentación suplementaria de emergencia se vean desbordados por el número de personas que deben recibir tratamiento, tal vez su participación en estos programas no sea la mejor forma de atender a las necesidades de estas personas, que seguirán igualmente expuestas a riesgos después del desastre. Es posible que sea mejor determinar qué mecanismos se podrían emplear para facilitar apoyo nutricional a un plazo más largo, por ejemplo mediante apoyo basado en la comunidad o en centros de tratamiento de la tuberculosis.

**5. Insumos de salud:** En los programas de alimentación suplementaria se deben incluir los correspondientes protocolos médicos, tales como la provisión de antihelmintos, suplementos de vitamina A e inmunizaciones, pero en la prestación de estos servicios se debe tener en cuenta la capacidad de los servicios médicos vigentes. En zonas en las que hay una elevada presencia de enfermedades particulares (por ejemplo, el VIH o sida), se deberá prestar especial atención a la calidad y la cantidad de alimentos suplementarios.

**6. Alimentación in situ:** Es preferible usar raciones secas que el interesado se lleva a casa, distribuidas una o dos veces por semana, en vez de alimentación in situ, pero al calcular su cuantía se debe tener en cuenta el reparto que se hace en el hogar. Se deberá considerar la posibilidad de alimentación in situ únicamente si el tema de la seguridad causa preocupación. Si existe escasez de combustible, agua o utensilios de cocinar, como cuando se trata de poblaciones desplazadas o en movimiento, podrá ser considerada la distribución a corto plazo de alimentos listos para ser consumidos, siempre que con ello no se trastornen las costumbres tradicionales sobre alimentación. En el caso de alimentos para llevarse a casa, se deberá impartir información clara sobre cómo preparar el alimento suplementario de un modo higiénico, cómo y cuándo se debe consumir, y la importancia de que los niños de menos de 24 meses continúen siendo amamantados (véase la norma 3 relativa a la gestión de la ayuda alimentaria, página 201).

**7. Sistemas de seguimiento:** Estos sistemas deben facilitar el seguimiento de la participación de la comunidad, la aceptabilidad del programa (una buena medida de ella es la tasa de deserción del programa), las tasas de readmisión, la cantidad y calidad del alimento que se suministra, la cobertura del programa, las proporciones de altas y bajas y los factores externos como por ejemplo las tendencias en cuanto a la morbilidad, los niveles de desnutrición dentro de la población, el nivel de inseguridad alimentaria en los hogares y en la comunidad, y la capacidad de los actuales sistemas para realizar la prestación de servicios. Deberán ser investigadas de modo continuo las causas individuales de readmisión, las deserciones y la falta de recuperación.

## **Norma 2 relativa a la corrección de la desnutrición: desnutrición grave**

Se atiende a la desnutrición grave.

## **Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Se establecen desde el principio criterios consensuados y claramente definidos para iniciar y clausurar el programa (véase la nota de orientación 1).
- La cobertura es >50% en zonas rurales, >70% en zonas urbanas y >90% en los campamentos (véase la nota de orientación 2).
- Las proporciones de bajas registradas en los programas de atención terapéutica son <10% personas que han fallecido, <75% personas que se han recuperado, y <15% desertores del programa (véanse las notas de orientación 3-5).
- En los criterios para dar de alta en el programa se incluyen índices no antropométricos como el buen apetito y la ausencia de diarrea, la fiebre, la infestación parasítica y otras enfermedades sin tratar (véase la nota de orientación 4).
- El promedio de aumento de peso es >8 g por kilo por persona por día (véase la nota de orientación 6).
- Se facilita atención nutricional y médica de acuerdo con protocolos de atención terapéutica reconocidos a nivel internacional (véase la nota de orientación 7).
- Se presta tanta atención al amamantamiento y el apoyo psicosocial, la higiene y los programas comunitarios de extensión como a los cuidados clínicos (véase la nota de orientación 8).
- Debería haber un mínimo de una persona que atiende a la alimentación por cada 10 pacientes ingresados.
- Se determinan y se abordan los factores que imponen limitaciones en la atención dedicada a personas desnutridas y a los miembros afectados de la familia (véase la nota de orientación 9).

## **Notas de orientación**

- 1. Inicio de los cuidados terapéuticos:** Los factores que deben tenerse en cuenta para abrir los centros de tratamiento de desnutrición grave son: los números y la extensión geográfica de las personas afectadas; la situación en cuanto a seguridad; los criterios recomendados para establecer y cerrar centros; y la capacidad de las actuales estructuras de

sanidad. Los programas de alimentación terapéutica no deben tener un efecto negativo en la capacidad de los sistemas sanitarios, ni provocar que los gobiernos incumplan sus obligaciones de proveer servicios. Siempre que sea posible, en los programas se tratará de avanzar sobre la base de la capacidad actual para tratar la desnutrición grave, y reforzar esta capacidad. La finalidad del programa debe ser claramente comunicada y discutida con la población beneficiaria (véase la norma de participación, página 32). El programa de atención terapéutica se debe poner en marcha únicamente si se ha implantado ya un plan para que los restantes pacientes, al final del programa, completen su tratamiento.

**2. La cobertura** se calcula con arreglo al tamaño de la población beneficiaria, y puede ser estimada como parte del estudio antropométrico. La cobertura puede ser afectada por la aceptabilidad del programa, la ubicación de los centros de tratamiento, la seguridad del personal y de los pacientes que requieren tratamiento, el tiempo de espera y la calidad del servicio.

**3. Indicadores de bajas del programa:** El tiempo que puede llevar cumplir con los indicadores de bajas de un programa de alimentación terapéutica es de 1 a 2 meses. Constituyen bajas en el programa de alimentación aquellas personas que ya no están registradas en el mismo. La población de las personas que causan bajas en el programa se compone de aquellas que lo han abandonado, las que se han recuperado (incluidos los enfermos que han sido enviados a otros centros especializados), y los pacientes que han fallecido (véase la norma anterior, nota de orientación 3, que trata de cómo calcular los indicadores de bajas). Las tasas de mortalidad habrán de interpretarse teniendo en cuenta las tasas de cobertura y la gravedad de la desnutrición tratada. No se conoce el grado en que las tasas de mortalidad quedan afectadas en situaciones en que una alta proporción de los pacientes ingresados son VIH-positivos; por esta razón, no se han ajustado las cifras a este respecto.

**4. Tasas de recuperación:** Cuando la persona es dada de alta debe estar libre de complicaciones médicas y haber alcanzado y mantenido suficiente aumento de peso (por ejemplo, durante dos tomas de peso consecutivas). Los protocolos establecidos indican que debe existir adherencia a los criterios adoptados para ser dados de alta, a fin de evitar los riesgos relacionados con la salida prematura del programa.

Además, los protocolos definen los límites en el tiempo promedio de permanencia en el programa de los pacientes que reciben alimentación terapéutica, para así evitar largos periodos de recuperación (el tiempo típico de permanencia puede ser de 30-40 días) El padecimiento de VIH o sida, o de tuberculosis, puede hacer que algunos pacientes no se recuperen. Las opciones de tratamiento o prestación de cuidados a más largo plazo deben ser consideradas en colaboración con los servicios sanitarios y otros sistemas de apoyo social y comunitario (véanse las normas 3 y 6 relativas al control de enfermedades transmisibles, páginas 329 y 337). Se deberán investigar y documentar de modo continuo las causas de readmisión, deserción y falta de impacto del programa. Siempre que sea posible se debe practicar el seguimiento de las personas dadas de alta, y si ello es factible deben ser remitidas a un centro donde puedan recibir alimentación suplementaria.

**5. Las tasas de deserción** pueden ser elevadas si el programa no es accesible para la población. La accesibilidad puede ser influida por la distancia que separa el punto de tratamiento de la comunidad, la prolongación del conflicto armado, la falta de seguridad, el nivel de apoyo ofrecido al cuidador de la persona que recibe el tratamiento, el número de cuidadores que permanecen en el hogar para encargarse de otras personas que dependen de ellos (este número puede ser muy bajo en las situaciones en que hay muchos enfermos de VIH o sida), y la calidad de los cuidados que se facilitan. Un desertor de un programa de alimentación terapéutica es una persona que no ha asistido al mismo durante un periodo definido de tiempo (por ejemplo, durante más de 48 horas en el caso de pacientes ingresados).

**6. Aumento de peso:** Se pueden alcanzar tasas similares de aumento de peso en los adultos y los niños si se les proporcionan dietas equivalentes. Por otra parte, las tasas medias de aumento de peso pueden enmascarar situaciones en las que los pacientes individuales no mejoran y no son dados de alta. En los programas con pacientes no ingresados pueden ser aceptables tasas más bajas, porque son mucho menores los riesgos y las exigencias impuestas en la comunidad, por ejemplo en términos de tiempo. El aumento promedio de peso se calcula de la siguiente manera:  $(\text{peso al ser dado de alta (g)} - \text{peso al ser ingresado (g)}) / (\text{peso al ser ingresado (kg)}) \times \text{duración del tratamiento (en días)}$ .

**7. Protocolos:** En las referencias que figuran en el Apéndice 9 se pueden encontrar los protocolos aceptados a nivel internacional, incluyendo las definiciones de la falta de reacción al tratamiento. Será necesario que el personal clínico reciba una formación especial para poder llevar a la práctica los protocolos de tratamiento (véanse las normas relativas a sistemas de salud e infraestructuras, página 307). Las personas admitidas en programas de atención terapéutica que son sometidas a pruebas o que se sospecha que son VIH-positivas deberán tener idéntico acceso a los cuidados si cumplen los criterios de admisión. Lo mismo es aplicable a los casos de tuberculosis. Los pacientes que viven con el VIH o sida (PVVS) que no satisfacen los criterios de admisión suelen necesitar apoyo nutricional, pero la mejor manera de ofrecerlo no es dentro del contexto del tratamiento de la desnutrición grave en casos de desastre. Estas personas y sus familias deberán recibir apoyo a través de una serie de servicios, entre ellos los cuidados comunitarios basados en el hogar, los centros de tratamiento de tuberculosis y los programas de prevención enfocados en la transmisión de madres a hijos.

**8. Amamantamiento y apoyo psicosocial:** Las madres lactantes requieren una atención especial en apoyo de la lactancia y la alimentación óptima del bebé y el niño pequeño. Podría establecerse un espacio o lugar dedicado especialmente al amamantamiento. Es importante que los niños gravemente desnutridos reciban, durante el periodo de rehabilitación, estímulos emocionales y físicos mediante juegos. Los cuidadores de niños gravemente desnutridos también necesitan muchas veces apoyo social y psicosocial para llevar a los niños que cuidan a recibir tratamiento, y ello se puede lograr con programas de extensión y movilización (véase la norma 2 relativa al apoyo general de la nutrición).

**9. Cuidadores:** Se debe habilitar, mediante la provisión de consejos, demostraciones e información sobre salud y nutrición, a todos los cuidadores de personas gravemente desnutridas para que las alimenten y las cuiden durante el tratamiento. El personal del programa debe ser consciente de que durante las discusiones con los cuidadores pueden salir a la luz violaciones de derechos humanos individuales (por ejemplo, casos en que las facciones beligerantes obligan deliberadamente a pasar hambre a ciertas poblaciones), y deberán recibir formación en los procedimientos a seguir en tales situaciones.

## **Norma 3 relativa a la corrección de la desnutrición: desnutrición en micronutrientes**

Se atiende a las carencias de micronutrientes.

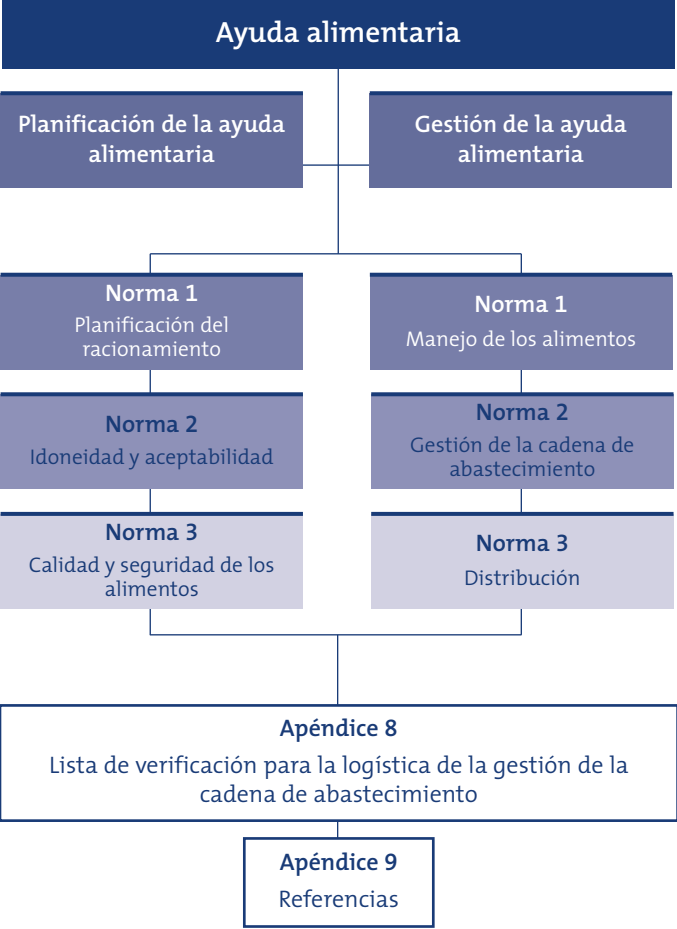
**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Todos los casos clínicos de enfermedades debidas a carencias son tratados en conformidad con los protocolos de suplementación de micronutrientes de la OMS (véase la nota de orientación 1).
- Están implantados procedimientos para responder de modo eficaz a las carencias de micronutrientes a las que puede estar expuesta la población (véase la nota de orientación 2).
- El personal sanitario ha recibido formación en métodos de determinación y tratamiento de carencias de micronutrientes a las que puede estar más expuesta la población (véase la nota de orientación 2).

### **Notas de orientación**

**1. Diagnóstico y tratamiento:** El diagnóstico de algunas carencias de micronutrientes es posible practicando un simple examen clínico, después de lo cual los indicadores de estas deficiencias pueden ser incorporados a los sistemas de vigilancia sanitaria o nutricional. Pero es necesario impartir una detallada formación al personal para poder garantizar que la valoración será correcta. Hay otras carencias de micronutrientes que no se pueden identificar sin un examen bioquímico. En tales circunstancias, es problemática la definición de casos, los cuales durante la situación de emergencia se podrán determinar únicamente examinando la respuesta dada a la suplementación de micronutrientes por las personas que acuden a consultar al personal sanitario. El tratamiento de carencias de micronutrientes o de las personas que están expuestas a este riesgo a causa de las enfermedades que padecen deberá ser practicado dentro del sistema sanitario y de los programas de alimentación.

**2. Estado de preparación:** Las estrategias para la prevención de las carencias de micronutrientes están consignadas en la norma 1 relativa al apoyo general de la nutrición. La prevención se puede lograr también mediante la reducción en la incidencia de enfermedades como infecciones respiratorias graves, sarampión, infecciones parasíticas, paludismo y diarrea que reducen en gran medida las reservas de micronutrientes (véanse las normas relativas al control de enfermedades transmisibles, página 326). El tratamiento de las carencias presupone la búsqueda activa de casos y el desarrollo de definiciones de casos y protocolos de tratamiento.



# 4 Normas mínimas en materia de ayuda alimentaria

Si quedan expuestos a peligros los medios normales de una comunidad para obtener acceso a los alimentos (por ejemplo, porque se pierde la cosecha a causa de un desastre natural, porque una de las partes beligerantes en un conflicto armado obliga deliberadamente a la población a pasar hambre, porque los soldados requisan los alimentos, o por desplazamiento forzoso o no forzoso de la población), podrá ser necesario responder facilitando ayuda alimentaria para mantener vivas a las poblaciones, proteger o restaurar su capacidad para valerse por sí mismas, y reducir la necesidad de que adopten estrategias de afrontamiento potencialmente perjudiciales.

Cuandoquiera que el análisis determine que la ayuda alimentaria es la respuesta apropiada, ésta se deberá llevar a cabo de un modo que atienda a las necesidades a corto plazo y que además, en lo posible, contribuya a restaurar la seguridad alimentaria a largo plazo. Habrá de ser tenido en cuenta lo siguiente:

- Las distribuciones generales (es decir, gratuitas) sólo se practican si son absolutamente precisas, seleccionando a los beneficiarios que más necesitan los alimentos; y se les debe poner fin lo más pronto posible.
- Siempre que es factible se proveen raciones secas destinadas a la preparación casera. La alimentación en masa (provisión de alimentos cocinados que son consumidos in situ) es provista solamente durante un periodo inicial corto posterior a un desastre repentino y considerable o un movimiento de población, si las

personas no cuentan con los medios para cocinar sus propias comidas, o bien en una situación de inseguridad en la que el reparto de raciones secas podría suponer un riesgo para los destinatarios.

- La asistencia en forma de alimentos a refugiados y personas desplazadas dentro de su propio país (PDDP) se basa en la valoración de su situación y necesidades, no en su estatus como refugiados y PDDP.
- Los artículos alimenticios son importados únicamente si existe escasez de ellos dentro del país o si no hay forma práctica de trasladar los excedentes disponibles a la zona afectada por el desastre.
- Si existe el peligro de que la ayuda alimentaria sea requisada o utilizada por los combatientes en un conflicto armado, se deben introducir medidas para evitar que este factor avive el conflicto.

Las disposiciones para la distribución de ayuda alimentaria deben ser especialmente rigurosas y debe haber rendición de cuentas, en vista del gran valor y el alto volumen de la ayuda que entra en juego en la mayoría de los programas de ayuda humanitaria. Se debe efectuar en todo momento un seguimiento de los sistemas de entrega y distribución, incluso al nivel de la comunidad. Se tiene que realizar a intervalos regulares una evaluación del programa, dando a conocer los resultados a todas las partes interesadas (incluyendo a la población afectada), y estudiando con ellas estos resultados.

Las seis normas sobre ayuda alimentaria se dividen en dos subcategorías. La planificación de la ayuda alimentaria trata de la planificación de los racionamientos, la idoneidad y aceptabilidad de los alimentos, la calidad de los mismos y la cuestión de seguridad. La gestión de la ayuda alimentaria versa sobre el manejo de los alimentos, la gestión de la cadena de abastecimiento y la distribución. Al final del capítulo, en el Apéndice 8, figura una lista de verificación logística a efectos de gestión de la cadena de abastecimiento.

## **i) Planificación de la ayuda alimentaria**

Con la valoración inicial y el análisis de la situación de emergencia se deberá determinar con qué alimentos y fuentes de ingreso cuenta la población, y también los riesgos a que están expuestas estas fuentes. Se deberá averiguar también si hace falta facilitar ayuda alimentaria y, si es así, de qué tipo y cuantía para asegurar el mantenimiento de un estado nutricional adecuado para las personas. Si se decide que es preciso realizar distribuciones gratuitas de alimentos, se deberá establecer cuál es la ración general apropiada que permitirá a la población atender a sus necesidades nutricionales, teniendo en cuenta los alimentos que ésta puede suministrar por sí misma sin adoptar estrategias de afrontamiento perjudiciales (véase la norma 1 relativa al análisis de la seguridad alimentaria, nota de orientación 3, página 134, y la norma 1 relativa a la seguridad alimentaria, nota de orientación 3, página 145).

Si se determina que es necesario desplegar un “programa de alimentación suplementaria” (PAS), se deberá establecer cuál es la ración suplementaria apropiada. En estos casos, la ración del PAS será adicional a la ración general que corresponde a cada persona individual (véase la norma 1 relativa a la corrección de la desnutrición, nota de orientación 1, página 175).

En todos los casos, los artículos de consumo facilitados deben ser escogidos con sumo cuidado, en colaboración con la población afectada, y deberán ser de buena calidad, exentos de peligros en su consumo, y apropiados y aceptables para los beneficiarios.

### **Norma 1 relativa a la planificación de la ayuda alimentaria: planificación del racionamiento**

La finalidad de las raciones destinadas a distribuciones generales de alimentos es suplir la diferencia existente entre lo que necesita la población y sus propios recursos en materia de alimentos.

## Indicadores clave (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- El contenido de las raciones para distribución general es diseñado sobre la base de las normas establecidas en la planificación inicial en cuanto a energía, proteínas, grasa y micronutrientes, que es ajustado conforme a las necesidades a la vista de la situación local (véase la nota de orientación 1; véanse también las normas relativas al apoyo nutricional general, páginas 163-172, y el Apéndice 7).
- La ración que se distribuye reduce o elimina la necesidad de que las personas afectadas por el desastre adopten estrategias de afrontamiento perjudiciales.
- Si ello es útil, se calcula el valor de la transferencia económica de la ración y se comprueba que es apropiado para la situación local (véase la nota de orientación 2).

## Notas de orientación

**1. Exigencias nutricionales:** Si las personas han quedado desplazadas y no tienen acceso a ningún tipo de alimento, la ración distribuida deberá cubrir todas sus necesidades en cuanto a nutrición. Por otra parte, la mayoría de las poblaciones afectadas por desastres son capaces de obtener algunos alimentos por sus propios medios. En estos casos, las raciones deberán ser planificadas de forma que cubran la diferencia entre la exigencia nutricional y lo que las personas pueden proveer por sí mismas. Así, si lo que normalmente se necesita es 2100 calorías por persona por día y en la valoración se determina que las personas que componen la población beneficiaria pueden, por término medio, adquirir 500 calorías por persona por día a través de sus propios esfuerzos o recursos, se deberá diseñar una ración que suministre  $2100 - 500 = 1600$  calorías por persona por día. Se pueden hacer cálculos similares en cuanto a grasa y proteínas. Deberán establecerse estimaciones consensuadas sobre cantidades promedias de alimentos a los que las personas tienen acceso (véase la norma relativa a valoración de la seguridad alimentaria, página 132).

**2. Contexto económico:** Si la población afectada dispone de escasos alimentos de otro tipo (o ninguno) y se supone que va a consumir todos (o casi todos) los alimentos que se distribuyen, el contenido de la ración deberá ser decidido estrictamente según criterios nutricionales, teniendo en cuenta los factores de aceptabilidad y efectividad de costes. Si se pueden

adquirir otros alimentos y se supone que los beneficiarios van a comerciar con una parte de la ración que reciben para obtenerlos, el valor de transferencia de la ración adquiere relevancia. El valor de transferencia es el valor en el mercado local de la ración, es decir, lo que costaría comprar las mismas cantidades de los mismos artículos en el mercado local.

## **Norma 2 relativa a la planificación de la ayuda alimentaria: idoneidad y aceptabilidad**

Los alimentos que se facilitan son idóneos y aceptables para los beneficiarios, y se pueden utilizar eficazmente en el hogar.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Durante la valoración o el diseño del programa se realizan consultas con los interesados sobre la aceptabilidad, familiaridad e idoneidad de los alimentos, y los resultados de estas consultas son factores a tener en cuenta a la hora de tomar decisiones programáticas sobre la elección de artículos alimenticios (véase la nota de orientación 1).
- Si se distribuye un alimento que los beneficiarios no conocen bien, se facilitan a las mujeres y otras personas que preparan los alimentos instrucciones, preferiblemente en la lengua local, acerca cómo prepararlo de un modo que sea del gusto local, con mínima pérdida de nutrientes.
- Al seleccionar los artículos alimenticios que van a ser distribuidos se tiene en cuenta la capacidad de los beneficiarios para obtener acceso a combustible y agua y el tiempo que tardan en cocinarse, incluyendo el que deben permanecer en remojo (véase la nota de orientación 2).
- Si son distribuidos cereales de grano integral, los destinatarios cuentan con los medios para molerlos o procesarlos de una forma tradicional basada en el hogar, o bien tienen acceso a instalaciones de molienda o procesamiento que se encuentran relativamente cercanas a sus viviendas (véase la nota de orientación 3).

- Las personas tienen acceso a artículos de importancia cultural, incluidos los condimentos (véase la nota de orientación 4).
- No se distribuye leche en polvo gratuita o con subsidios ni leche líquida como artículo de consumo aislado (véase la nota de orientación 5).

## Notas de orientación

**1. Familiaridad y aceptabilidad:** Si bien el valor nutricional es la consideración primaria a la hora de escoger los artículos que van a componer la cesta de alimentos, los productos distribuidos deberán ser conocidos por los beneficiarios y compatibles con sus tradiciones religiosas y culturales, incluidos los alimentos que son tabú para las mujeres embarazadas y lactantes. En los informes de la valoración y las solicitudes a entidades donantes se deberán explicar las razones por las que se escogen o se excluyen determinados artículos alimenticios. Si la situación requiere atender urgentemente a las necesidades básicas para la supervivencia y no hay posibilidad de cocinar, se deberán proveer alimentos listos para su consumo. En estas circunstancias es posible que a veces no haya más remedio que repartir alimentos que los beneficiarios no conocen. Únicamente en estos casos deberá ser considerada la posibilidad de facilitar “raciones de emergencia” especiales.

**2. Necesidades en materia de combustible:** A la hora de calcular las necesidades en lo relativo a alimentos se deberá hacer una valoración del combustible que va a hacer falta para que los beneficiarios puedan cocinarlos adecuadamente y evitar efectos negativos en su salud, y eludir también la degradación del medio ambiente debida a la recolección de una cantidad excesiva de leña. Cuando ello sea preciso se deberá proporcionar combustible apropiado o establecer un programa de recolección de leña que sea supervisado en lo referente a la seguridad de las mujeres y los niños, que son las personas que suelen encargarse de este tipo de tareas. La provisión de grano molido o de medios de moler el grano servirá para reducir el tiempo que se tarda en cocinar los alimentos y por tanto la cantidad de combustible necesaria.

**3. Procesamiento del grano:** La molienda del maíz presenta un problema particular, porque la harina de maíz integral puede conservarse solamente entre 6 y 8 semanas. Por lo tanto, el maíz se debe moler poco antes de

ser consumido. Si la trituration del grano es parte de la tradición de los beneficiarios, se podrá distribuir el maíz entero. El grano sin triturar tiene la ventaja de que dura más tiempo, y puede tener un valor económico más alto para los destinatarios. De modo alternativo, se podría facilitar molienda industrial de baja extracción, que permite extraer el germen, el aceite y las enzimas que causan ranciedad. Con este método se aumenta en gran medida la duración del grano, aunque al mismo tiempo se reduce su contenido proteínico. La legislación nacional relativa a la importación y distribución de grano integral debe ser cumplida.

**4. Factores de importancia cultural:** Durante la valoración se deberá: 1) averiguar cuáles son los condimentos que tienen importancia cultural y si hay otros artículos relacionados con el alimento que sean parte esencial de hábitos alimentarios cotidianos; y 2) determinar el acceso que las personas tienen a todo ello. La cesta de alimentos se deberá diseñar de acuerdo con estos factores, en especial si las personas van a depender del reparto de raciones durante un tiempo considerable.

**5. Leche:** La leche en polvo o leche líquida distribuida como artículo de consumo aislado (se incluye aquí la leche para tomar con el té) no deberá ser incluida en los planes de distribución general de alimentos ni en los programas de alimentación suplementaria, porque su uso indiscriminado puede suponer peligros graves para la salud. Esta recomendación tiene especial aplicación en el caso de los niños pequeños, para quienes existe un riesgo muy alto de que este tipo de leche se diluya de un modo inapropiado, causando contaminación de gérmenes (véase la norma 2 relativa al apoyo nutricional general, página 167).

## **Norma 3 relativa a la planificación de la ayuda alimentaria: calidad e inocuidad de los alimentos**

Los alimentos que se facilitan son de una calidad apropiada y son aptos para el consumo humano.

## **Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Los artículos de consumo alimenticio se ajustan a las normas nacionales (del país destinatario) y otras normas internacionales (véanse las notas de orientación 1-2).
- Todos los alimentos envasados de importación tienen un mínimo de seis meses de duración máxima de conservación al llegar al país, y son distribuidos antes de la fecha de caducidad o con suficiente anterioridad a la expiración del periodo de “consumir preferentemente” (véase la nota de orientación 1).
- No hay quejas verificables sobre la calidad de los alimentos distribuidos (véase la nota de orientación 3).
- El envase de los alimentos es fuerte y conveniente para su manejo, almacenamiento y distribución, y no supone un peligro para el medio ambiente (véase la nota de orientación 4).
- Los paquetes de alimentos están bien etiquetados en la lengua apropiada y, en el caso de alimentos envasados, llevan la fecha de producción, la fecha de “consumir preferentemente” y los datos sobre el contenido de nutrientes.
- Las condiciones de almacenamiento son adecuadas y apropiadas, los almacenes están bien administrados y se llevan a cabo verificaciones rutinarias sobre la calidad de los alimentos en todos los lugares de almacenaje (véase la nota de orientación 5).

## **Notas de orientación**

- 1. Calidad de los alimentos:** Los alimentos deben cumplir con las normas relativas a productos alimenticios del gobierno destinatario y/o las normas del Codex Alimentarius con respecto a calidad, envase, etiquetado, durabilidad máxima, etc. El proveedor debe verificar muestras sistemáticamente en el punto de entrega para poder garantizar que la calidad es apropiada. Siempre que sea posible, los artículos comprados (sean autóctonos o importados) deberán ir acompañados de certificados fitosanitarios que confirmen su idoneidad para el consumo humano. En las existencias conservadas dentro del país se deberán practicar pruebas con muestreos aleatorios para cerciorarse de que los alimentos continúan en buen estado para su consumo. Cuando se trate de grandes

cantidades o existan dudas y pudiera haber disputas en cuanto a su calidad, deberá encargarse la inspección de la remesa a inspectores independientes de la calidad. La información sobre la edad y calidad de remesas particulares de productos alimenticios se puede comprobar en los certificados del proveedor, los informes de las inspecciones de control de calidad, las etiquetas de los envases, informes de los almacenes, etc.

- 2. Alimentos genéticamente modificados:** Las normativas nacionales sobre la recepción y uso de alimentos genéticamente modificados deben ser comprendidas y respetadas. La ayuda alimentaria externa deberá tener en cuenta estas normativas a la hora de planificar programas de ayuda alimentaria.
- 3. Quejas:** Las quejas formuladas por los destinatarios sobre la calidad de los alimentos deberán ser investigadas y atendidas de un modo transparente y justo.
- 4. Envase:** Si ello es posible, el envase deberá permitir la distribución directa de los productos, sin que sea necesario volverlos a envasar o empaquetar.
- 5. Las zonas de almacenamiento** deberán ser higiénicas y estar secas, adecuadamente protegidas de las condiciones climáticas y sin contaminar por residuos químicos o de otros tipos. Deberán encontrarse protegidas, en lo posible, contra animales nocivos como los roedores y los insectos. Véase también la norma 2 relativa a la gestión de la ayuda alimentaria, página 197.

## **ii) Gestión de la ayuda alimentaria**

La finalidad de la gestión de la ayuda alimentaria es hacer llegar los alimentos a aquellos que más los necesitan. En términos generales, esto significa hacer entrega de los alimentos correctos, en el lugar indicado, en la condición adecuada, en el momento oportuno y al precio conveniente, con pérdidas mínimas por su manejo.

El peso y volumen de la ayuda alimentaria que se requiere para sostener a una población gravemente afectada por un desastre puede ascender a miles de toneladas. El movimiento físico de los productos de consumo alimenticio hasta los puntos de distribución podrá presuponer la existencia de una extensa red de compradores, agentes de transporte,

transportistas y receptores, así como manejo múltiple y transferencias de una modalidad de transporte a otra. Estas redes, o cadenas de abastecimiento, se forman por medio de una serie de contratos y convenios en que se definen funciones y competencias, y se determinan las responsabilidades civiles y derechos a indemnización entre las partes contratantes. Todo ello requiere que se haga uso de procedimientos correctos y transparentes que coadyuven a establecer un sistema de rendición de cuentas.

El establecimiento y la gestión de la cadena de abastecimiento presupone que existe cooperación entre las entidades donantes, el gobierno beneficiario, los agentes humanitarios, los poderes locales, los proveedores de los diversos servicios y las organizaciones de la comunidad local que participan en el programa de ayuda alimentaria. A cada una de estas partes, que constituyen los eslabones o series de eslabones, corresponderán funciones y responsabilidades específicas en la cadena de abastecimiento. Una cadena es tan fuerte como su eslabón más débil, y por lo tanto todas las partes que intervienen en la logística de la ayuda alimentaria comparten la responsabilidad de mantener el movimiento de suficientes artículos de consumo para que se alcancen las metas y se cumplan los plazos.

La equidad en el proceso de distribución tiene una gran importancia, y en este sentido es esencial que participen en la toma de decisiones y la implementación personas integradas en la población afectada por el desastre. Se deberá informar a estas personas de la cantidad y tipo de raciones de alimento que van a ser distribuidas, para que se sientan seguras de que el proceso de distribución es justo y que van a recibir lo que se les ha prometido. Las diferencias entre lo que es entregado a los diferentes grupos debe ser explicada y comprendida.

## **Norma 1 relativa a la gestión de la ayuda alimentaria: manejo de los alimentos**

Los alimentos son almacenados, preparados y consumidos de un modo seguro y apropiado tanto al nivel del hogar como de la comunidad.

## **Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- No existen efectos adversos en cuanto a la salud que sean consecuencia de manejo o preparación inapropiados de los alimentos en ningún lugar de distribución (véase la nota de orientación 1).
- Se informa a los beneficiarios de la ayuda alimentaria de la importancia de la higiene relativa a alimentos, y la comprenden bien (véase la nota de orientación 1).
- No se han registrado quejas relativas a dificultades en el almacenamiento, preparación, elaboración culinaria o consumo de los alimentos repartidos (véase la nota de orientación 2).
- Todas las familias tienen acceso a utensilios de cocina, combustible y materiales para el mantenimiento de la higiene que son apropiados (véanse las notas de orientación 3-4).
- Las personas que no pueden preparar los alimentos o no son capaces de comer por sí solas tienen acceso a un cuidador que prepara a tiempo comidas adecuadas y les da de comer si ello es necesario (véanse las notas de orientación 4-5).
- Si se reparten alimentos ya cocinados, el personal que interviene ha recibido formación sobre el almacenamiento exento de peligros, el manejo de los artículos de consumo y la elaboración de los alimentos, y entiende los peligros para la salud que pueden causar las prácticas incorrectas.

## **Notas de orientación**

- 1. Higiene relativa a los alimentos:** Los cambios de circunstancias pueden trastornar la manera como normalmente las personas mantienen la higiene. Podrá ser necesario, por lo tanto, fomentar la higiene relativa a los alimentos y prestar apoyo activo a medidas compatibles con las condiciones locales y las características locales de enfermedades, por ejemplo recalcando la importancia de lavarse las manos antes de manejar los alimentos, evitando la contaminación del agua, tomando precauciones en contra de animales/insectos nocivos,

etc. Se debe impartir información sobre cómo almacenar los alimentos en la vivienda de una forma segura. A los cuidadores se les debe informar sobre el uso óptimo de los recursos de los hogares para la alimentación de los niños y los métodos seguros de preparación de los alimentos (véase la norma relativa al fomento de la higiene, página 69).

**2. Entre las fuentes de información** se pueden incluir los sistemas de seguimiento del programa, discusiones con los beneficiarios en grupos de consulta y encuestas rápidas realizadas en los hogares.

**3. Artículos de uso en el hogar y combustible:** Todas las familias deberían tener acceso, por lo menos, a una olla de cocinar, recipientes para almacenar agua en los que quepan 40 litros, 250 gramos de jabón por persona y por mes, y combustible adecuado para la preparación de las comidas. Si el acceso al combustible de cocina es limitado, deberán distribuirse alimentos que tarden menos tiempo en cocinarse. Si esto no es posible, se deben establecer fuentes externas de suministro de combustible para suplir la diferencia (véase la norma 3 relativa al abastecimiento de agua, página 81, y las normas 2-4 relativas a artículos no alimentarios, páginas 274-278).

**4. El acceso a molinos de grano** y otras instalaciones de procesamiento y el acceso a agua limpia tienen gran importancia porque es esto lo que permite a los beneficiarios preparar los alimentos de la mejor manera (escogida por ellos mismos), y además ahorra un tiempo que se puede emplear en otras actividades. Los cuidadores que pasan demasiado tiempo esperando a que sean realizados estos servicios podrían dedicar este tiempo a preparar comidas, dar de comer a niños o realizar tareas de efecto positivo para los resultados nutricionales y/o para su autodependencia a largo plazo. El procesamiento (incluida la trituration del grano) al nivel de la vivienda puede reducir el tiempo que se tarda en cocinar, así como también la cantidad de agua y de combustible que se necesita emplear.

**5. Necesidades especiales:** Aunque ésta no es una lista exhaustiva, entre las personas que suelen necesitar ayudar para comer están incluidos: los niños pequeños, las personas de edad, los discapacitados y los que viven con el VIH o sida (PVVS) (véase la norma 2 relativa al apoyo nutricional general, página 167).

## **Norma 2 relativa a la gestión de la ayuda alimentaria: gestión de la cadena de abastecimiento**

Los recursos de ayuda alimentaria (artículos de consumo y fondos de apoyo) son bien administrados, empleando sistemas transparentes y eficientes.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Los recursos de ayuda alimentaria llegan a los beneficiarios a quienes están destinados.
- Se hace una valoración de las capacidades e infraestructura logística de la gestión de la cadena de abastecimiento (GCA) local, y se establece un sistema eficiente y coordinado de GCA en el que se hace uso de la capacidad local si ello es factible (véanse las notas de orientación 1-2).
- En la valoración se considera la disponibilidad de artículos alimenticios de origen local (véase la nota de orientación 3).
- La adjudicación de contratos de servicios de GCA es transparente, justa y abierta (véase la nota de orientación 4).
- El personal de todos los niveles del sistema de GCA ha recibido una formación adecuada y sigue los procedimientos adecuados en relación con la calidad y seguridad de los alimentos (véase la nota de orientación 5).
- Hay implantados sistemas financieros de contabilidad del inventario y de elevación de informes que son apropiados, con lo que se asegura la rendición de cuentas a todos los niveles del sistema de GCA (véanse las notas de orientación 6-7).
- Se tiene cuidado en reducir al mínimo las pérdidas, incluidas las pérdidas por robo, y se conserva constancia de todas las pérdidas (véanse las notas de orientación 8-10).

- El “food pipeline” (sistema de control del abastecimiento de alimentos) es objeto de un seguimiento, y su mantenimiento se efectúa de tal forma que se evitan las interrupciones en la distribución (véase la nota de orientación 11).
- A intervalos regulares se transmite información sobre el funcionamiento de la cadena de abastecimiento a todas las partes interesadas (véase la nota de orientación 12).

## Notas de orientación

1. **En la gestión de la cadena de abastecimiento (GCA)** se mantiene un enfoque integrado de la logística de la ayuda alimentaria. Ésta comienza con la elección de artículos de consumo alimenticio, y abarca también la búsqueda de fuentes de suministro, la tramitación de compras, la garantía de calidad, el envasado, el envío, el transporte, el almacenaje, la gestión del inventario, los seguros, etc. En la cadena intervienen numerosos participantes diversos, y es importante que sus actividades estén coordinadas. Se deben adoptar prácticas apropiadas de gestión y seguimiento para conseguir que todos los productos se conserven de modo seguro hasta el momento de su distribución a las familias a quienes van destinados.
2. **Uso de servicios locales:** Se debe realizar una valoración de la disponibilidad y fiabilidad de las capacidades locales antes de utilizar fuentes de suministro exteriores a la zona local. Se puede contratar a empresas de transportes y agentes expedidores locales o regionales que gocen de buena reputación para que suministren servicios logísticos. Tales organizaciones poseen valiosos conocimientos de las normativas, trámites e instalaciones locales, que pueden contribuir a que se cumpla la legislación del país de acogida, además de acelerar las operaciones de entrega de los productos.
3. **¿Abastecimiento local o importación?** Se deberá valorar la disponibilidad local de artículos alimenticios y las implicaciones para la producción y los mercados locales de que los alimentos sean adquiridos en la zona circundante o sean importados de fuera (véase la norma sobre valoración y análisis de la seguridad alimentaria, página 132; la norma 2 relativa a la seguridad alimentaria, página 148; y la

norma 4 relativa a la seguridad alimentaria, página 156). Si hay una serie de diferentes entidades que participan en el abastecimiento de alimentos, se deberán coordinar en la medida de lo posible las fuentes locales, incluyendo la compra de artículos de consumo. Entre otras fuentes de productos alimenticios de origen local se pueden contar los préstamos o redistribuciones procedentes de programas de ayuda alimentaria ya establecidos o de reservas nacionales de grano, y los préstamos originados en proveedores comerciales, o canjes efectuados con ellos.

4. **Imparcialidad:** Es de gran importancia que los trámites de los contratos sean transparentes, para poder evitar sospechas de favoritismo o corrupción. Con los paquetes o envases de alimentos no se deben enviar mensajes de motivación política o religiosa, ni que sean de tal carácter que puedan causar disensiones.
5. **Habilidades y formación:** Se debe recabar la colaboración de personas avezadas en la GCA y de gestores de la ayuda humanitaria para que implanten el sistema de GCA e impartan formación al personal. Entre los tipos específicos de experiencia que son pertinentes se incluyen: gestión de contratos, gestión de transportes y almacenes, gestión de inventarios, gestión de análisis e información en cuanto a itinerarios, seguimiento de los envíos, gestión de importaciones, etc. Cuando se lleve a cabo la formación, se deberá incluir al personal de organizaciones partnerias.
6. **Elevación de informes:** La mayoría de las entidades donantes de ayuda alimentaria imponen requisitos específicos en cuanto a los informes. Los gestores de cadenas de abastecimiento deben ser conscientes de estos requisitos y establecer sistemas con los que cumplimentarlos y atender a la vez a los trámites cotidianos de la gestión. Para ello, hará falta informar con prontitud sobre demoras o desviaciones en la cadena de abastecimiento. La información acerca del itinerario que sigue la ayuda humanitaria, así como otros informes relativos a la GCA, deberán ser comunicados de una manera transparente.
7. **Documentación:** En todos los centros en los que se recibe, almacena y/o despacha ayuda alimentaria se deberá conservar cantidad suficiente

de documentos y formularios (conocimientos de embarque, libros de registro de existencias, formularios de informes, etc.), para poder mantener un registro de auditorías de las transacciones.

- 8. Almacenamiento en depósitos:** Es preferible contar con almacenes dedicados solamente a alimentos a tener que compartir instalaciones. A la hora de escoger los almacenes, se deberá determinar si se han almacenado allí anteriormente mercancías peligrosas y si existe algún peligro de contaminación. Entre otros factores a considerar están los relativos a seguridad, capacidad, facilidad de acceso, solidez (de techos, muros, puertas y suelos) y el posible peligro de inundaciones.
- 9. Eliminación de géneros no aptos para el consumo humano:** Los productos dañados deberán ser examinados por inspectores cualificados, tales como médicos, laboratorios de salud pública, etc., para poder certificar si son aptos para el consumo humano. Entre los métodos de eliminación de los que no son aptos se puede incluir su venta como pienso para animales, y su enterramiento o incineración. En el caso de su utilización como forraje, se deberá obtener un certificado que garantice la aptitud de este producto para este fin. En todos los casos, será necesario asegurarse de que los artículos de consumo no aptos no volverán a penetrar en la cadena de abastecimiento de alimentos para seres humanos o animales, y que su eliminación no causará daños al medio ambiente ni contaminará las fuentes de agua de las cercanías.
- 10. Peligros que amenazan la cadena de abastecimiento:** En las situaciones de conflictos armados existe el peligro de que la ayuda alimentaria sea saqueada o requisada por las partes beligerantes, y por tanto se deberá prestar consideración a la seguridad de las rutas de transporte y los almacenes. En todos los casos de desastre existe el potencial de pérdidas por robo a todos los niveles de la cadena de abastecimiento, y deben ser establecidos y supervisados sistemas de control en todos los puntos de almacenamiento, entrega y distribución para reducir al mínimo este riesgo. Con controles internos y división de funciones y responsabilidades debería ser posible reducir el peligro de que se produzcan connivencias. Las existencias deberán ser comprobadas con regularidad para detectar si hay desviaciones de alimentos. Si se descubre alguna malversación, se habrán de tomar

medidas no sólo para asegurar la integridad del suministro sino también para analizar y abordar las implicaciones más amplias en cuando a política y seguridad (por ejemplo, la posibilidad de desviar existencias que puedan avivar un conflicto armado).

- 11. Análisis del “pipeline”:** A intervalos regulares se deberá llevar a cabo un análisis del “food pipeline” (sistema de control del abastecimiento de alimentos), y la información pertinente sobre niveles de existencias, llegadas que se esperan, distribuciones, etc. habrá de ser comunicada a todos los que intervienen en la cadena de abastecimiento. Si se registran y se prevén periódicamente los niveles de existencia a lo largo de esta cadena se podrán anticipar los déficits o problemas que pudieran sobrevenir y contar con tiempo para encontrar soluciones.
- 12. Difusión de la información:** Deberá considerarse la posibilidad de utilizar los medios de comunicación locales, o bien métodos tradicionales, para diseminar noticias, como forma de tener informado al público sobre el suministro de alimentos y operaciones. Con ello se refuerza la transparencia. Se puede recabar la ayuda de los grupos de mujeres para que colaboren en impartir a la comunidad información sobre los programas de ayuda alimentaria.

## **Norma 3 relativa a la gestión de la ayuda alimentaria: distribución**

El método de distribución de alimentos es sensible en su respuesta, transparente, equitativo y apropiado para las condiciones locales.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Son identificados y seleccionados los destinatarios de ayuda alimentaria sobre la base de sus necesidades, mediante una valoración realizada consultando con las partes interesadas, incluidos los grupos de la comunidad (véanse las notas de orientación 1-2).
- Son diseñados métodos de distribución eficaces y equitativos

consultando con los grupos locales y organizaciones partnerias, y recabando la participación de los distintos grupos de beneficiarios (véanse las notas de orientación 1-3).

- El punto de distribución se encuentra lo más cerca posible de los hogares de los destinatarios, con lo cual hay fácil acceso y seguridad (véanse las notas de orientación 4-5).
- Los beneficiarios son informados con suficiente antelación de la calidad y cantidad de las raciones de alimentos y del plan de distribución (véanse las notas de orientación 6-7).
- Se efectúa del modo apropiado el seguimiento y evaluación del funcionamiento y efectividad del programa de ayuda humanitaria (véase la nota de orientación 8).

## Notas de orientación

- 1. Selección de beneficiarios:** La ayuda alimentaria debe ser encauzada a atender las necesidades de las personas más vulnerables de la comunidad, sin discriminación por razones de género, discapacidad, origen étnico o afiliación religiosa, etc. La selección y distribución de agentes deberá basarse en su imparcialidad, capacidad y rendición de cuentas. Entre los encargados de la distribución se podrá incluir a personas respetadas de la localidad, comités de asistencia humanitaria elegidos en la zona local, instituciones autóctonas, ONG locales y ONG gubernamentales o internacionales (véanse las normas de participación y valoración inicial, páginas 32-38, y la norma sobre selección de beneficiarios, página 41).
- 2. Registro:** El registro formal de los hogares en que se recibe ayuda alimentaria se debe realizar lo más pronto que sea posible, y se deberá actualizar tal como resulte necesario. Podrán ser de utilidad las listas compiladas por la autoridad local competente y las listas de familias elaboradas por la comunidad, y se debe fomentar la participación en este proceso de mujeres de la población afectada. Las mujeres deberán gozar del derecho a ser inscritas bajo su propio nombre y apellidos, si así lo desean. Se habrá de ejercer cuidado para no omitir de las listas de distribución aquellos hogares en que el cabeza de familia sea una

mujer o un(a) joven adolescente, ni tampoco dejar fuera a otras personas vulnerables. Si no es posible hacer el registro en las etapas iniciales de la emergencia, éste se deberá completar tan pronto como se establezca la situación. Ello es especialmente importante si es posible que se prolongue mucho tiempo la necesidad de recibir ayuda alimentaria.

**3. Métodos de distribución:** La mayoría de los métodos de distribución evolucionan con el tiempo. En las etapas iniciales el único método factible puede que sea realizar distribuciones generales basadas en listas de familias o cálculos estimativos de población facilitados por las comunidades locales. Sea cual sea el sistema, deberá ser objeto de un seguimiento de cerca para poder cerciorarse de que los alimentos llegan a los beneficiarios a quienes se destinan y de que el sistema es justo y equitativo. Se deberá poner un empeño especial en asegurar la accesibilidad del programa para los grupos vulnerables. Sin embargo, los esfuerzos por seleccionar a los grupos vulnerables no deben redundar en un aumento del estigma que ya pueda pesar sobre estos grupos. Este tema podrá ser de especial importancia cuando se trate de poblaciones que contengan numerosas personas que viven con el VIH o sida (PVVS) (véanse las normas relativas a participación, selección de beneficiarios, seguimiento y evaluación, capítulo 1)

**4. Los puntos de distribución** deben ser establecidos en los lugares más seguros y convenientes para los destinatarios, y no estar basados simplemente en la conveniencia logística de la agencia de distribución. Al decidir la frecuencia y el número de puntos de distribución se deberá tener en cuenta el tiempo que tardan los beneficiarios en llegar a los centros y regresar, así como los aspectos prácticos y costes de transporte de los artículos alimenticios. No debería ser preciso que los destinatarios recorran a pie largas distancias para recoger sus raciones, y los repartos tendrán que ser programados a horas convenientes para reducir al mínimo el trastorno causado en las actividades cotidianas. Se deberá disponer de zonas de espera con agua potable en los centros de distribución (véanse las normas 1-2 relativas a la corrección de la desnutrición, páginas 174-181).

**5. Reducción de los riesgos de seguridad:** Los alimentos constituyen valiosos artículos de consumo, y su distribución puede crear riesgos de

seguridad, como por ejemplo el peligro de su desviación y la posibilidad de que se produzcan actos violentos. Si hay escasez de comida, podrían aparecer fuertes tensiones en el momento de hacer la entrega de alimentos. Es posible que las mujeres, los niños, las personas de edad y los discapacitados no sean capaces de recoger lo que les corresponde, e incluso es posible que se lo quiten por la fuerza. Estos riesgos deben ser valorados anticipadamente, y para reducirlos al mínimo se deberán tomar medidas entre las que puede estar la supervisión adecuada de las distribuciones o la custodia bajo guardia de los puntos de distribución, para lo cual se podrá pedir la colaboración de la policía local si ello es apropiado. Tal vez sea preciso también disponer medidas para prevenir, efectuar el seguimiento y dar respuesta a casos de violencia basada en cuestiones de género o de explotación sexual relacionados con el reparto de alimentos.

**6. Diseminación de información:** Los beneficiarios deben ser informados de lo siguiente:

- La cantidad y tipo de raciones que se van a distribuir, y las razones por las que éstas se desvían de las normas establecidas (si es que así sucede);
- el plan de distribución (día, hora, lugar, frecuencia) y los cambios de plan (si es que los hay) a causa de circunstancias externas;
- la calidad nutricional de los alimentos y, si es preciso, la atención especial necesaria para proteger su valor nutricional; y
- los requisitos del manejo y uso seguros de los artículos alimenticios.

**7. Cambios en el programa:** Los posibles cambios en la cesta de alimentos o el nivel de las raciones causados por la insuficiente disponibilidad de alimentos deben ser discutidos con los beneficiarios a través de comités de distribución o líderes de la comunidad, para llegar a un acuerdo de colaboración sobre cómo se debe actuar. El comité de distribución deberá informar a la comunidad de estos cambios y de su motivación, explicando lo que durarán y cuándo se reanudará la distribución de raciones normales. Es esencial comunicar claramente qué es lo que van a recibir las personas. Por ejemplo, los detalles de las cantidades incluidas en las raciones deberán ser exhibidos prominentemente en los centros de distribución, en la lengua local y/o

con imágenes ilustrativas, de forma que los beneficiarios sean conscientes de lo que corresponde a cada uno.

**8. El seguimiento y evaluación** de la distribución de ayuda alimentaria debe realizarse a todos los niveles de la cadena de abastecimiento. En los puntos de distribución se deberán efectuar tomas aleatorias del peso de las raciones que recogen las familias, para comprobar la exactitud y equidad de la gestión de la distribución, y se deberán llevar a cabo entrevistas a la salida. Al nivel de la comunidad, se recomienda visitar de forma aleatoria los hogares que reciben ayuda alimentaria, lo cual contribuirá a determinar la aceptabilidad y utilidad de la ración, y también a averiguar si hay personas que satisfacen los criterios de selección pero no reciben ayuda alimentaria. Con estas visitas se puede determinar asimismo si están llegando otros alimentos a los hogares, y de dónde proceden: por ejemplo, si son resultados de requisiciones, reclutamientos o explotación (sexual o de otro tipo). De igual modo, deberán ser considerados los efectos más generales del sistema de distribución de alimentos, que podría tener repercusiones en el ciclo agrícola, las condiciones del mercado y la disponibilidad de insumos agrícolas.

# Apéndice 1

## **Lista de verificación de la seguridad alimentaria para la metodología y los informes**

1. incluir una clara descripción de la metodología
  - diseño y objetivos generales
  - antecedentes y número de asesores (mencionando si trabajan individualmente o en parejas)
  - selección de los informantes principales (¿representan a todos los grupos?)
  - composición de los grupos de consulta y otros grupos de discusión
  - criterios de selección de los informantes
  - calendario de la valoración
  - marco de referencia para el análisis y herramientas metodológicas, incluyendo herramientas y técnicas de evaluación rural participativa;
2. estar basadas en un planteamiento cualitativo que incluya el examen de fuentes secundarias de información cuantitativa;
3. emplear los términos correctamente, por ejemplo, muestreo selectivo, informantes principales, grupos de consulta, términos para técnicas específicas;
4. disponer de la participación de las instituciones locales como organizaciones partnerias en el proceso de valoración, a menos que ello sea inapropiado, por ejemplo en ciertas situaciones de conflictos;
5. emplear una gama apropiada de herramientas y técnicas de evaluación rural participativa (que son aplicadas en secuencia para analizar y triangulizar los resultados);
6. contar con la participación de una selección representativa de grupos de la población afectada o agrupaciones de personas según sus medios de subsistencia;
7. explicar los límites o restricciones prácticas de la valoración;

8. describir cuál es la cobertura de la valoración, con mención de su extensión geográfica, la gama de agrupaciones de medios de subsistencia incluidas y otras estratificaciones pertinentes de la población (por ejemplo por género, etnia, grupos tribales, etc.);
9. incluir entrevistas con representantes de los correspondientes ministerios gubernamentales y servicios públicos, líderes tradicionales, representantes de las principales organizaciones de la sociedad civil (grupos religiosos, ONG locales, grupos de incidencia social o grupos de presión, asociaciones de agricultores o pastores, grupos de mujeres) y representantes de cada una de las agrupaciones de medios de subsistencia a las que se presta consideración.

**En las conclusiones del informe de la valoración se deberá incluir lo siguiente:**

1. el historial reciente de la seguridad alimentaria y los pertinentes criterios de actuación empleados con anterioridad a la situación vigente;
2. la descripción de las diferentes agrupaciones de personas según sus medios de subsistencia, y de su situación en cuanto a seguridad alimentaria antes del desastre;
3. la situación anterior al desastre en cuanto a la seguridad alimentaria de las diferentes agrupaciones de personas según sus medios de subsistencia;
4. el impacto que ha tenido el desastre en el sistema alimentario y la seguridad alimentaria de las diferentes agrupaciones de personas según sus medios de subsistencia;
5. la identificación según medios de subsistencia de grupos de personas que son especialmente vulnerables, o de las personas que son vulnerables a la inseguridad alimentaria en la situación presente;
6. sugerencias sobre intervenciones, incluyendo mención de los medios de implementarlas y de la posible necesidad de realizar otras valoraciones;
7. la naturaleza, el objetivo y la duración exactos de la respuesta de ayuda alimentaria, si es que se considera apropiado facilitar una respuesta. Las respuestas de ayuda alimentaria deberán ser justificadas sobre la base de los precedentes datos y análisis.

# Apéndice 2

## **Lista de verificación para la valoración de la seguridad alimentaria**

En las valoraciones de seguridad alimentaria se suele categorizar, en términos generales, a la población afectada en agrupaciones de personas según sus medios de subsistencia, sus fuentes de ingresos o alimentos y las estrategias que emplean para conseguirlos. También se puede incluir un desglose de la población por grupos o estratos de posición económica. Es importante comparar la situación vigente con la historia de la seguridad alimentaria anterior al desastre. Los llamados “años promedios” se pueden usar como la línea de base. Se deben considerar las funciones específicas y vulnerabilidades de las mujeres y los hombres, así como las implicaciones para la seguridad alimentaria del hogar. También puede ser importante examinar las diferencias en cuanto a seguridad alimentaria dentro de la familia.

En esta lista de verificación se cubren las áreas principales que se suelen tener en cuenta en las valoraciones de seguridad alimentaria. En el contexto más amplio del desastre se deberá recopilar información complementaria (por ejemplo, el contexto político, los números y movimientos de población, etc.) y posiblemente en relación con otros sectores pertinentes (nutrición, salud, agua y refugios). La lista de verificación tendrá que ser adaptada para que encaje bien en el contexto local y responda a los objetivos de la valoración. Se pueden ver listas de comprobación más detalladas, por ejemplo, en la *Field Operations Guide* (Guía de operaciones en el terreno) de USAID (1998).

### **Seguridad alimentaria de los grupos de personas formados según sus medios de subsistencia**

1. ¿Hay en la comunidad grupos de personas que comparten las mismas estrategias de subsistencia? ¿Cómo se pueden categorizar según sus fuentes principales de alimentos o ingresos?

## Seguridad alimentaria con anterioridad al desastre (línea de base)

2. ¿Cómo adquirirían alimentos o ingresos estos grupos antes del desastre? Tomando un año promedio del pasado reciente, ¿cuáles eran sus fuentes de alimentos e ingresos?
3. ¿Cómo variaban estas fuentes diversas de alimentos e ingresos entre las estaciones, en un año normal? (Tal vez resulte útil componer un calendario por épocas del año.)
4. Considerando los últimos 5 o 10 años, ¿de qué manera varió la seguridad alimentaria de un año a otro? (Quizás resulte útil componer una línea cronológica, o historia, de los años buenos y malos.)
5. ¿Qué tipos de bienes, ahorros u otras reservas poseen los diferentes grupos de referencia (por ejemplo, existencias de alimentos, ahorros en efectivo, ganado y animales, inversiones, créditos, deudas sin cobrar, etc.)?
6. A lo largo de un periodo de una semana o un mes, ¿qué es lo que incluye la lista de gastos de la familia, y qué proporción del total se dedica a cada capítulo de gastos?
7. ¿Quién se encarga de la gestión del dinero en efectivo dentro de la familia, y en qué se gasta este dinero?
8. ¿Cuál es la accesibilidad del mercado más cercano en que se pueden obtener los productos básicos? (Se deben considerar: la distancia, la seguridad, la facilidad de traslado, la disponibilidad de información sobre el mercado, etc.)
9. ¿Cuál es la disponibilidad y el precio de los productos esenciales, incluidos los alimentos?
10. Con anterioridad al desastre, ¿cuáles eran los términos promedios de intercambio entre las fuentes esenciales de ingresos y los alimentos, por ejemplo la relación de salarios con alimentos, ganados con alimentos, etc.?

## **Seguridad alimentaria durante el desastre**

11. ¿De qué modo ha repercutido el desastre en las fuentes de alimentos e ingresos, en el caso de cada uno de los grupos de personas clasificados según sus medios de subsistencia?
12. ¿De qué forma ha afectado el desastre a los modelos estacionales normales de seguridad alimentaria en el caso de cada grupo?
13. ¿Qué impacto ha tenido el desastre en el acceso a los mercados, la disponibilidad de productos en los mercados y los precios de artículos esenciales?
14. En el caso de cada grupo de medios de subsistencia, ¿cuáles son sus respectivas estrategias de afrontamiento, y qué proporción de las personas se ocupa en ellas?
15. ¿De qué manera ha cambiado esto último, en comparación con la situación anterior al desastre?
16. ¿Qué grupo o población ha quedado más afectado?
17. ¿Cuáles son los efectos a corto y medio plazo de las estrategias de afrontamiento en los activos económicos y otros bienes de las personas?
18. En el caso de todas las agrupaciones de personas según sus medios de subsistencia, y de todos los grupos vulnerables, ¿cuáles son los efectos de las estrategias de afrontamiento en su salud, bienestar general y sentido de la propia dignidad? ¿Existen riesgos relacionados con las estrategias de afrontamiento?

# Apéndice 3

## Respuestas en materia de seguridad alimentaria

Existe una amplia variedad de intervenciones que son posibles para apoyar, proteger y fomentar la seguridad alimentaria en situaciones de emergencia. La lista que sigue no es exhaustiva. Cada una de las intervenciones debe ser concebida de la forma que convenga al contexto local y a la estrategia de apoyo de la seguridad alimentaria, y por lo tanto cada una será única en sus objetivos y diseño. Es importante examinar una serie de opciones de respuestas y programaciones basadas en el análisis y consideración de las necesidades expresadas. Las intervenciones “prefabricadas” que no tienen en cuenta las prioridades locales pocas veces dan resultado. Las respuestas han sido categorizadas en tres grupos, todos relacionados con las normas 2-4 relativas a la seguridad alimentaria:

- producción primaria
- ingresos y empleo
- acceso a productos de mercado y servicios

La distribución general de alimentos facilita directamente a las familias asistencia alimentaria gratuita, y por tanto es de gran importancia para garantizar la seguridad alimentaria a corto plazo.

### Producción primaria

- *Distribución de semillas, herramientas y abonos:* Todo esto es facilitado para incentivar la producción agrícola, para su uso como paquetes de iniciación destinados a personas retornadas o para diversificar las cosechas. Muchas veces se combina con servicios de vulgarización agrícola y posiblemente con formación técnica.
- *Cupones y ferias de semillas:* Se basan en la provisión de cupones que sirven para que los potenciales compradores adquieran simientes. Si se organiza una feria de semillas para reunir a los

potenciales vendedores, ello será un estímulo para los sistemas locales de compra de semillas mientras que a la vez se proporciona a los compradores acceso a una gama más amplia de semillas.

- *Servicios locales de vulgarización agrícola*
- *Formación y educación en las destrezas pertinentes*
- *Intervenciones relativas al ganado:* Pueden incluir medidas sobre la salud de los animales; utilización de las existencias en casos de emergencia; repoblación de ganados; distribución de forraje y suplementos nutricionales; refugios de ganado; y provisión de fuentes alternativas de agua.
- *Distribuciones de redes y material de pesca, o de implementos de caza:*
- *Fomento de la elaboración de alimentos*

## Ingresos y empleo

- **Dinero por trabajo:** Proporciona a familias con inseguridad alimentaria oportunidades de ocuparse en trabajos retribuidos.
- **Alimentos por trabajo:** Facilita a las familias con inseguridad alimentaria oportunidades de ocuparse en trabajo retribuido y al mismo tiempo produce resultados que son de beneficio propio y para la comunidad.
- **Alimentos para la recuperación:** Es una forma menos estructurada de facilitar alimentos por trabajo. Las actividades pueden contribuir a la recuperación inicial, y no deberían requerir supervisión técnica externa.
- **Programas de generación de ingresos:** Permiten a las personas diversificar sus fuentes de ingresos en programas de negocios autónomos a pequeña escala. Pueden incluir el apoyo de personas en la gestión, supervisión e implementación de sus negocios.

## Acceso a productos de mercado y servicios

- **Apoyo de mercados e infraestructuras:** Incluye el transporte que permite a los productores operar en mercados lejanos.
- **Utilización de existencias de ganado:** Proporciona a los ganaderos un buen precio por su ganado en tiempos de sequías, cuando hay presión en el abastecimiento de agua, escasean los pastos y caen los precios del ganado en el mercado.
- **Tiendas de precios justos:** Venta de artículos básicos a precios controlados o con subsidios, o a cambio de cupones o productos en especie.
- **Cupones de alimentos o dinero efectivo:** Para canjear en las tiendas por alimentos y otros productos.
- **Apoyo y asistencia técnica a servicios gubernamentales:** Incluyen servicios de vulgarización agrícola y servicios de veterinarios.
- **Proyectos de microfinanciación:** Pueden abarcar, por ejemplo, la provisión de créditos y métodos para salvaguardar los bienes, lo que se puede lograr por medio de subsidios, préstamos, bancos de ganado, cuentas de ahorro en cooperativas, etc.

Véanse también las referencias a la seguridad alimentaria que aparecen en el Apéndice 9.

# Apéndice 4

## Lista de verificación para la valoración de la nutrición

Se ofrece a continuación una lista de preguntas indicativas que pueden ser útiles en las valoraciones en que se examinan las causas subyacentes de la desnutrición, el nivel del riesgo nutricional y las posibilidades de respuesta. Estas preguntas están basadas en el marco de referencia conceptual de las causas de la desnutrición (véase la página 136). Es probable que la información se pueda obtener de diversas fuentes. Para recopilar esta información será necesario emplear una serie de herramientas de valoración, entre ellas entrevistas con informantes, observación directa y examen de datos secundarios (véanse también las normas relativas a la valoración inicial y la participación, páginas 32-38).

1. ¿Qué tipo de información existe sobre la **situación nutricional**?
  - a) ¿Se ha llevado a cabo alguna encuesta sobre la nutrición?
  - b) ¿Se dispone de datos procedentes de las clínicas de salud que atienden a la madre y al niño?
  - c) ¿Hay datos de centros de alimentación suplementaria o terapéutica en funcionamiento?
  - d) ¿De qué información se dispone sobre la situación nutricional de la población afectada con anterioridad a la crisis actual (incluso si las personas ya no están en el mismo lugar)?
2. ¿Cuál es el **riesgo de desnutrición relacionado con problemas de salud pública**?
  - a) ¿Existen informes de brotes de enfermedades que podrían afectar al estado nutricional, como por ejemplo sarampión o enfermedades diarreicas? ¿Se corre el riesgo de que sobrevengan estos brotes? (Véanse las normas sobre control de enfermedades transmisibles, página 326).

- b) ¿Cuál es la cobertura estimada de la vacunación contra el sarampión de la población afectada? (Véase la norma 2 relativa al control de enfermedades transmisibles, página 327).
  - c) ¿Se administra vitamina A sistemáticamente en la vacunación contra el sarampión? ¿Cuál es la cobertura estimada del suplemento de vitamina A?
  - d) ¿Ha efectuado alguien un cálculo estimativo de las tasas de mortalidad (tasas generales o referidas a niños de menos de cinco años)? ¿En qué consiste este cálculo, y mediante qué método fue realizado? (véase la norma 1 relativa a sistemas e infraestructuras de salud, página 308).
  - e) ¿Hay, o habrá, un descenso significativo en la temperatura ambiental que probablemente afecte a la existencia de infecciones respiratorias agudas o las necesidades energéticas de la población afectada?
  - f) ¿Existe una alta incidencia del VIH o sida? ¿Son ya vulnerables las personas a la desnutrición a causa de su pobreza o problemas de salud?
  - g) ¿Hay personas que han pasado largo tiempo en el agua o con ropa mojada?
3. **¿Cuál es el riesgo de desnutrición relacionado con cuidados inadecuados?**
- a) ¿Existe algún cambio en los modelos de trabajo (por ejemplo, a causa de migraciones, desplazamientos o conflictos armados) que signifique que las funciones y responsabilidades dentro del hogar han cambiado?
  - b) ¿Hay algún cambio en la composición normal de los hogares? ¿Hay números elevados de niños separados?
  - c) ¿Ha quedado trastornado el entorno normal de cuidados personales (por ejemplo, a causa de desplazamientos) de modo que haya afectado al acceso a cuidadores secundarios, acceso a alimentos infantiles, acceso al agua, etc.?

- d) ¿En qué consisten las prácticas normales de alimentación infantil? ¿Hay madres que dan el biberón a sus hijos o que utilizan alimentos complementarios manufacturados? En este caso, ¿existe una infraestructura que pueda prestar apoyo para que la alimentación por biberón sea inocua?
  - e) ¿Hay indicios de que se realizan donaciones de alimentos y leche para bebés, biberones y tetinas, o solicitudes de donaciones?
  - f) En las comunidades de pastores, ¿hace mucho tiempo que los rebaños están apartados de los niños pequeños? ¿Ha cambiado el acceso a la leche en relación con lo que es normal?
  - g) ¿Ha repercutido el VIH o sida en las prácticas de cuidados personales al nivel de la familia?
4. ¿Cuál es el **riesgo de desnutrición relacionado con la reducción en el acceso a los alimentos**? Véase en el Apéndice 2 la lista de verificación para la valoración de la seguridad alimentaria.
5. ¿Qué **estructuras locales** formales e informales están implantadas actualmente por las cuales se podrían canalizar posibles intervenciones?
- a) ¿Qué capacidad tienen el Ministerio de Sanidad, las organizaciones religiosas, los grupos comunitarios de apoyo a las personas que viven con el VIH/sida (PVVS), los grupos de apoyo a la alimentación de los bebés o las ONG que mantienen una presencia a corto o largo plazo en la zona?
  - b) ¿Qué es lo que está disponible en el “food pipeline”?
  - c) ¿Es probable que se traslade la población (por razones de pastoreo, asistencia, trabajo, etc.) en un futuro próximo?

6. ¿Qué tipo de **intervención relativa a nutrición o apoyo basado en la comunidad estaba ya implantado** antes del desastre actual, organizado por comunidades locales, personas individuales, ONG, entidades gubernamentales, organismos de las Naciones Unidas, organizaciones religiosas, etc.? ¿Cuáles son los criterios de actuación en materia de nutrición (anteriores, vigentes y desfasados), las respuestas planificadas a largo plazo sobre nutrición, y los programas que han sido implementados o planificados en respuesta a la situación actual?

# Apéndice 5

## Cómo cuantificar la desnutrición aguda

### Niños menores de cinco años

El cuadro que aparece a continuación muestra los indicadores de uso general para los diferentes grados de desnutrición de niños entre 6-59 meses. Los indicadores de peso por altura (WFH – *Weight-for-Height*) se deben tomar de los datos de referencia de NCHS/CDC (National Center for Health Statistics/Centro for Disease Control: Centro Nacional de Estadísticas de Salud/Centro de Control de Enfermedades). La puntuación Z WFH es el indicador preferido para informar sobre resultados de estudios antropométricos, y el porcentaje WFH de la mediana se prefiere para determinar elegibilidad de tratamiento. El perímetro mesobranquial (MUAC - *Mid Upper Arm Circumference*) no se debe usar por sí solo en los estudios antropométricos, pero es uno de los mejores predictores de mortalidad, en parte porque está sesgado a favor de los niños pequeños, por lo cual se suele emplear como parte de un proceso de detección en dos etapas para admisión a los programas de alimentación. Los valores límite que se suelen usar son <12.5 cm: desnutrición total y <11.0 cm: desnutrición grave, entre niños de 12-59 meses de edad.

	Desnutrición total*	Desnutrición moderada	Desnutrición grave
Niños de 0.0-59.9 meses	• puntuaciones de <-2Z WFH u 80% de la mediana WFH y/o edema nutricional	• puntuaciones de -3 a <-2 Z WFH ó 70% a 80% de la mediana WFH	• puntuaciones de <-3Z WFH ó <70% de la mediana WFH y/o edema nutricional

\* a veces llamada desnutrición global

No hay valores antropométricos límite consensuados con referencia a la desnutrición en los bebés de menos de seis meses, aparte de la presencia de edema nutricional. Las pautas sobre crecimiento de NCDS/CDC son

de poca utilidad, porque se refieren a una población de niños alimentados artificialmente, mientras que los amamantados al pecho crecen a un ritmo distinto. Por esta razón, la desnutrición tiende a ser sobrestimada en este grupo de edad. Es importante valorar las prácticas de alimentación de niños pequeños, y en particular saber si tienen acceso a la leche de la madre, así como su estado médico, a fin de determinar si la desnutrición en este grupo de edad puede constituir un problema.

## **Otros grupos de edad: niños mayores, adolescentes, adultos y personas de edad**

No contamos con definiciones internacionalmente aceptadas de la desnutrición grave en otros grupos de edad. Ello se debe en parte a que las diferencias étnicas en el crecimiento comienzan a manifestarse después de los cinco años, por lo que no resulta práctico hacer uso de una sola población de referencia para comparar a todos los grupos étnicos. Otra razón es que, en la mayoría de las circunstancias, la información sobre el estado nutricional del grupo de 6-59 meses basta a los planificadores para llegar a sus decisiones, y por tanto ha habido poco interés por realizar investigaciones sobre la desnutrición de otros grupos de edad.

Sin embargo, cuando se trata de emergencias nutricionales de importancia es posible que sea necesario incluir a niños mayores, adolescentes, adultos o personas de edad en las valoraciones nutricionales o los programas de nutrición. Las encuestas de grupos de edad aparte de los niños de 6-59 meses sólo deben llevarse a cabo bajo los siguientes supuestos:

- que se efectúe un análisis contextual a fondo de la situación, que deberá incluir el análisis de las causas de la desnutrición. Únicamente si los resultados de este análisis indican que el estado nutricional de los niños jóvenes no refleja el estado nutricional de la población general deberá ser considerado un estudio de nutrición referido a otro grupo de edad;
- que se disponga de personal con conocimientos técnicos que garantice la calidad de la recopilación de datos, la adecuación del análisis y la presentación e interpretación correctas de los resultados;

- que se haya prestado consideración a los recursos y/o costes de proporcionar a otros grupos de edad la oportunidad de ser incluidos en un estudio;
- que se formulen objetivos del estudio que sean claros y estén bien documentados.

En la actualidad se están llevando a cabo investigaciones sobre los indicadores más apropiados de la desnutrición para personas de más de 59 meses, y esta información podrá cambiar en los próximos años.

### **Niños mayores (de 5 a 9.9 años)**

A falta de mediciones alternativas del estado nutricional en los niños mayores, se recomienda el uso de las referencias NCHS/CDC para determinar las puntuaciones Z WFH y porcentajes de la mediana, debiéndose aplicar los mismos valores límite que para los niños más pequeños (véase el cuadro que aparece más arriba). Igual que en el caso de los niños más pequeños, se deberá valorar el edema nutricional.

### **Adolescentes (de 10 a 19.9 años)**

No contamos con una definición clara, probada y aceptada de la desnutrición en los adolescentes. En la lista de referencias que figura en el Apéndice 9 figura una guía orientativa sobre la valoración.

### **Adultos (20 a 59.9 años)**

Tampoco tenemos una definición consensuada de la desnutrición grave en adultos, pero hay indicios de que los valores límite para la desnutrición grave podrían ser más bajos que un índice de masa corporal (IMC) de 16. En las encuestas de la malnutrición en adultos se debe tratar de recopilar datos de mediciones de peso, altura, altura sentados y perímetro mesobranquial (MUAC). Estos datos pueden ser utilizados para calcular el IMC, ajustando éste con respecto al índice de Cormic (la proporción de altura sentado a altura de pie) para hacer comparaciones entre poblaciones. Este ajuste puede cambiar sustancialmente el cuadro de incidencia aparente de la hiponutrición en

adultos y puede tener importantes ramificaciones programáticas. Las mediciones de perímetro mesobranquial deben hacerse siempre. Si es necesario contar con resultados inmediatos y los recursos son muy limitados, los estudios se pueden basar en estas mediciones únicamente.

En vista de que la interpretación de los resultados antropométricos se complica por la falta de datos sobre resultados funcionales validados y de puntos de referencia para determinar el significado del resultado, estos resultados deben ser interpretados juntamente con información contextual detallada. En las referencias se encontrará una guía orientativa sobre la valoración.

En los criterios para la exploración médica de personas encaminada a decidir si deben ser dadas de alta o de baja en programas de atención nutricional se deberá incluir una combinación de índices antropométricos, indicaciones clínicas y factores sociales (por ejemplo, acceso a los alimentos, presencia de cuidadores, refugios, etc.). Se recomienda tener en cuenta que el edema en los adultos se puede deber a diversas causas aparte de la desnutrición, y que los especialistas clínicos tienen que valorar el edema adulto de forma que queden excluidas otras causas. Cada entidad particular deberá escoger el indicador que utilizará para determinar la elegibilidad para entrar en programas de cuidados, teniendo en cuenta las deficiencias conocidas del índice de masa corporal, la falta de información sobre el perímetro mesobranquial (MUAC) y las implicaciones de su uso para el programa. En las referencias se podrán encontrar definiciones provisionales de la desnutrición en adultos a efectos de exploraciones para someter o no a tratamiento.

El MUAC puede ser utilizado como herramienta de detección en el caso de mujeres embarazadas (por ejemplo, como criterio de ingreso en programas de alimentación). Dadas sus necesidades adicionales en términos de nutrición, las mujeres embarazadas pueden encontrarse expuestas a riesgos mayores que otros grupos de la población (véase la norma 2 relativa al apoyo nutricional general, página 167). El MUAC no cambia significativamente durante el embarazo. Según se ha comprobado, un perímetro mesobranquial de <20.7 cm (riesgo grave) y de <23.0 cm (riesgo moderado) conllevan el peligro de retraso en el crecimiento del feto. Es probable que este riesgo varíe entre una población y otra.

## **Personas de edad**

No existe actualmente ninguna definición consensuada de la desnutrición en las personas de edad. Y sin embargo es posible que este grupo se encuentre expuesto al riesgo de quedar desnutrido durante las situaciones de emergencia. La OMS indica que los umbrales del IMC para adultos pueden ser apropiados para las personas de 60-69 años, pero aquí pueden surgir los mismos problemas que en el caso de los adultos jóvenes. Además, la exactitud en las mediciones es problemática, a causa de la curvatura de la columna vertebral (encorvamiento) y la compresión de las vértebras. El arco de los brazos o el semiarco se pueden usar en vez de la altura corporal, pero el multiplicador para calcular la altura varía según la población. El perímetro mesobranquial puede que sea una herramienta útil para cuantificar la desnutrición en las personas mayores, pero las investigaciones sobre los valores límite apropiados están todavía en desarrollo.

## **Personas discapacitadas**

No contamos con directrices para la medición de personas con discapacidades físicas, y en consecuencia muchas veces quedan excluidos los discapacitados de los estudios antropométricos. La valoración se tiene que hacer visualmente. Las mediciones de perímetro mesobranquial pueden ser engañosas en casos en que el músculo de la parte superior del brazo se desarrolle como ayuda en la movilidad. Existen métodos alternativos a las mediciones estándar de altura, que incluyen la longitud y el arco branquial, semiarco o longitud de la parte inferior de la pierna, y será necesario consultar los últimos resultados de las investigaciones para determinar el modo más apropiado de realizar mediciones de aquellas personas discapacitadas para las cuales las mediciones estándar de peso, altura y perímetro mesobranquial no sean apropiadas.

# Apéndice 6

## Mediciones de la importancia en cuanto a la salud pública de las carencias de vitamina A y yodo

### Indicadores de carencia de vitamina A (xeroftalmia) en niños de 6-71 meses

(la incidencia de uno o más indicadores significa que existe un problema de salud pública)

Indicador	Prevalencia mínima
Ceguera nocturna (nictalopía) (presente a los 24-71 meses)	> 1%
Manchas de Bitot	> 0.5%
Xerosis corneal/ulceración/queratomalacia	> 0.01%
Cicatrices corneales	> 0.05%

### Indicadores de carencia de yodo (bocio)

Los indicadores que aparecen en el cuadro que sigue son los que puede resultar posible medir en un caso de desastre. La prevalencia de por lo menos uno y, con mayor contundencia, dos indicadores es sintomática de la existencia de un problema de salud pública. Estos indicadores de carencia de yodo pueden ser de dudosa validez: tal vez no sea posible realizar mediciones de indicadores bioquímicos en muchos contextos de emergencia y en las valoraciones clínicas se correrá un grave riesgo de altos niveles de inexactitud. A pesar de ello, y si bien la valoración del yodo urinario es necesaria para obtener un cuadro completo del estado general en cuanto a yodo, se puede conseguir una indicación somera de la gravedad de la situación mediante el examen clínico de una muestra válida de niños de 6-12 años.

	Gravedad del problema de salud pública (prevalencia)			
Indicador	Población seleccionada	Baja	Moderada	Grave
Tasa total de bocio (% de la población)	niños de edad escolar*	5-19.9	20-29.9	>=30.0
Nivel medio de yodo urinario (µg/l)	niños de edad escolar*	50-99	20-49	<20

\*preferiblemente niños de 6-12 años

# Apéndice 7

## Exigencias nutricionales

Las siguientes cifras se pueden utilizar a efectos de planificación en la fase inicial de un desastre

Nutriente	Necesidades medias de la población
Energía	2100 kcal
Proteínas	10-12% de la energía total (52g-63 g), pero <15%
Grasa	17% de la energía total (40g)
Vitamina A	1.666 IU (o 0.5 mg de equivalentes de retinol)
Tiamina (B1)	0.9 mg (o 0.4 mg por ingesta de 1000 kcal)
Riboflavina (B2)	1.4 mg (o 0.6 mg por ingesta de 1000 kcal)
Ácido fólico	160 µg
Niacina (B3)	12.0 mg (o 6.6 mg por ingesta de 1000 kcal)
Vitamina B12	0.9 µg
Vitamina C	28.0 mg
Vitamina D	3.2 - 3.8 µg de calciferol
Hierro	22 mg (baja biodisponibilidad, o sea, 5-9%)
Yodo	150 µg
Magnesio*	201 mg
Zinc*	12.3 mg
Selenio*	27.6 µg
Vitamina E*	8.0 mg alpha-TE
Vitamina K*	48.2 µg
Biotina*	25.3 µg
Pantotenato*	4.6 µg

Referencia: OMS, 2000, *Management of Nutrition in Major Emergencies* (Gestión de la nutrición en casos de emergencia de envergadura)

\* necesidades provisionales. Referencia: FAO/OMS, 2002 *Human Vitamin and Mineral Requirements* (Necesidades humanas de vitaminas y minerales). Informe de consulta conjunta de expertos de FAO/OMS, Bangkok, Tailandia. FAO, Roma.

Hay dos puntos importantes a considerar antes de hacer uso de la precedente lista de exigencias. Primero, las necesidades medias per cápita con respecto a grupos de población incorporan las necesidades de todos los grupos de edad y de ambos sexos. Por lo tanto, no son específicas a ningún grupo de edad ni sexo y no deben entenderse como necesidades de ninguna persona individual. Segundo, estos requisitos están basados en un perfil de población particular, tal como sigue:

Grupo	% de la población
0-4 años:	12
5-9 años:	12
10-14 años:	11
15-19 años:	10
20-59 años:	49
60+ años:	7
Embarazadas:	2.5
Lactantes:	2.5
Varón/hembra:	51/49

Si varía la estructura demográfica de la población en general, ello puede afectar a las necesidades de una determinada población en materia de nutrición. Por ejemplo, si el 26% de una población de refugiados tiene menos de cinco años y la población consta de un 50% de varones y un 50% de hembras, la necesidad de energía se reduce a 1940 kcal.

Las necesidades de energía y proteínas deberán ser ajustadas con arreglo a los siguientes factores:

- la estructura demográfica de la población, y en particular el porcentaje de niños de menos de cinco años y el de hembras (lo cual puede ser distinto si se trata de poblaciones afectadas por el VIH/sida);
- el peso medio de los adultos y el peso corporal real, usual o deseable. Las necesidades aumentan si la media de peso corporal de los hombres excede los 60 kg y la media de peso corporal de las mujeres excede los 52 kg;

- los niveles de actividad para mantener una vida productiva. Las necesidades aumentan si los niveles de actividad exceden los niveles ligeros (es decir, 1.55) x índice del metabolismo basal en el caso de los hombres y 1.56 x índice de metabolismo basal en el caso de las mujeres);
- la temperatura ambiente media y el grado de adecuación de los refugios y la ropa. Las necesidades aumentan si la temperatura ambiente media es de menos de 20 °C;
- el estado nutricional y de salud de la población. Las necesidades aumentan si la población está desnutrida y tiene necesidades especiales para poder alcanzar el promedio. La prevalencia del VIH/sida puede afectar a la necesidad media de la población (véase la norma 2 relativa al apoyo nutricional general, página 167). El que sea o no preciso ajustar las raciones generales para responder a estas necesidades dependerá de las vigentes recomendaciones internacionales.

Si no es posible integrar este tipo de información en la valoración inicial, las cifras del cuadro precedente podrán utilizarse como un mínimo inicial.

# Apéndice 8

## **Lista de verificación logística de la gestión de la cadena de abastecimiento**

1. En los contratos de compra se prevén los pagos vinculados con entregas, la devolución de productos dañados y las multas por desviaciones en el cumplimiento del contrato, excepto en situaciones de fuerza mayor.
2. Los transportistas y agentes de expedición asumen responsabilidad total por los productos alimenticios que tienen a su cargo, y abonan compensación por todas las pérdidas.
3. Las instalaciones de almacenamiento son seguras y están limpias, y en ellas los productos alimentarios se conservan protegidos contra daños o pérdidas.
4. Se toman medidas a todos los niveles para reducir al mínimo las pérdidas de productos.
5. Todas las pérdidas son identificadas y explicadas.
6. En la medida de lo posible, se recuperan los productos que llegan en contenedores dañados.
7. Los productos son inspeccionados periódicamente, y si se albergan sospechas sobre alguno de ellos, es sometido a pruebas. Los artículos no aptos reciben un certificado a este efecto y son desechados siguiendo procedimientos claramente definidos y ateniéndose a las normativas nacionales de salud pública. Se evita el reciclaje de dichos productos en el mercado.
8. Se llevan a cabo periódicamente recuentos de inventario físico por parte de personas con conocimientos en el sector de gestión de inventarios que no están relacionadas con el proyecto bajo inspección, y los resultados con reconciliados con los balances de existencias.

9. Se elaboran informes de inventario en forma de sumarios a intervalos regulares, y se ponen a disposición de todas las partes interesadas.
10. Todas las transacciones de productos quedan debidamente documentadas en conocimientos de embarque.
11. En los libros de registros de existencias constan detalles de todos los recibos, expediciones y balances.
12. Se llevan a cabo auditorías (incluyendo la auditoría de la gestión del proceso mismo) a todos los niveles de la cadena de abastecimiento.
13. Los vehículos utilizados para transportar productos alimenticios se encuentran en buen estado de funcionamiento; los espacios del cargamento no presentan bordes protuberantes que puedan causar daños en los envases, y están adecuadamente protegidos contra el mal tiempo (por ejemplo, mediante lonas impermeabilizadas).
14. En los vehículos no se transportan otros materiales comerciales y/o peligrosos junto con los productos alimenticios.
15. En los vehículos no han sido transportados antes materiales peligrosos, y no contienen residuos.

Fuentes: PMA, *Emergency Field Operations Pocketbook* (Libro de bolsillo de operaciones de emergencia en el terreno) (2002) y CARE, *Food Resource Management handbook* (Manual de gestión de recursos alimentarios).

# Apéndice 9

## Referencias

Gracias al programa *Forced Migration Online* (Migración forzada en línea) del Refugee Studies Centre (Centro de Estudios de Refugiados) de la Universidad de Oxford, muchos de estos documentos cuentan ahora con permiso de copyright y han sido incluidos en un enlace especial de Esfera: <http://www.forcedmigration.org>

Nota: En la medida de lo posible, se facilitan los títulos oficiales de los documentos, pero en algunos casos la traducción de títulos de documentos, informes o publicaciones insertada entre paréntesis se proporciona únicamente a fines informativos al no existir o ser desconocida la versión aceptada

## Instrumentos jurídicos internacionales

*The Right to Adequate Food* (Artículo 11 del Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales), CESCR Comentario general 12, 12 de mayo de 1999. U.N. Doc E/C.12/1999/5. Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (1999). <http://www.unhchr.ch>

Cotula, L y Vidar, M (2003), *The Right to Adequate Food in Emergencies* (El derecho a alimentos adecuados en casos de emergencia). FAO Estudio legislativo 77. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Roma. <http://www.fao.org/righttofood>

Pejic, J (2001), *The Right to Food in Situations of Armed Conflict: The Legal Framework* (El derecho a la alimentación en situaciones de conflicto armado: marco legal) Revista Internacional de la Cruz Roja, vol. 83, núm. 844, p. 1097. Ginebra. <http://www.icrc.org>

Naciones Unidas (2002), Informe del Relator Especial sobre el derecho a los alimentos, Sr. Jean Ziegler, presentado en conformidad con la

resolución de la Comisión de Derechos Humanos 2001/25, documento de las Naciones Unidas E/CN. 4/2002/58. <http://www.righttofood.org>

Asamblea General de las Naciones Unidas (2001), Informe preliminar del Relator Especial sobre el derecho a los alimentos, Jean Ziegler, de la Comisión sobre Derechos Humanos <http://www.righttofood.org>

## Valoración de la seguridad alimentaria

CARE (de próxima aparición), *Program Guidelines for Conditions of Chronic Vulnerability* (Directrices de programas para situaciones de vulnerabilidad crónica). CARE Unidad de gestión regional de África oriental y central. Nairobi.

Frieze, J (de próxima aparición), *Food Security Assessment Guidelines* (Directrices sobre valoración de seguridad alimentaria). Oxfam GB. Oxford.

Longley, C, Dominguez, C, Saide, MA y Leonardo, WJ (2002), *Do Farmers Need Relief Seed? A Methodology for Assessing Seed Systems* (¿Necesitan los agricultores semillas de auxilio humanitario? Metodología para valorar los sistemas de semillas) *Disasters*, 26, 343-355. <http://www.blackwellpublishing.com/journal>

Mourey, A (1999), *Assessing and Monitoring the Nutritional Situation* (Valoración y seguimiento de la situación nutricional). CICR. Ginebra.

Seaman, J, Clark, P, Boudreau, T y Holt, J (2000), *The Household Economy Approach: A Resource Manual for Practitioners* (El enfoque de la economía basada en el hogar: manual de recursos para practicantes). Manual de desarrollo 6. Save the Children. Londres.

USAID (1998), *Field Operations Guide (FOG) for Disaster Assessment and Response* (Guía de operaciones en el terreno para valoración de situaciones de desastre y respuesta). U.S. Agency for International Development/Bureau for Humanitarian Response/Office of Foreign Disaster Assistance (Agencia de EE UU para el desarrollo internacional / Oficina de respuesta humanitaria / Oficina de ayuda exterior en casos de desastre). <http://www.info.usaid.gov/ofda>

PMA (2000), *Food and Nutrition Handbook* (Manual de alimentación

y nutrición). Programa Alimentario Mundial de las Naciones Unidas. Roma.

PMA (2002), *Emergency Field Operations Pocketbook* (Libro de bolsillo sobre operaciones de emergencia en el terreno). Programa Alimentario Mundial de las Naciones Unidas. Roma.

## Sistemas de información sobre seguridad alimentaria

Famine Early Warning Systems Network (Red de sistemas de alerta previa sobre hambrunas) (FEWS NET): <http://www.fews.net>

Food Insecurity and Vulnerability Information and Mapping Systems (Sistemas de información y mapeo sobre inseguridad y vulnerabilidad alimentarias) (FIVIMS): <http://www.fivims.net/index.jsp>

Global Information and Early Warning System on Food and Agriculture (Sistema de información global y alarma previa sobre alimentación y agricultura) (GIEWS), Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. <http://www.fao.org>

## Valoración antropométrica

Collins, S, Duffield, A y Myatt, M (2000), *Adults: Assessment of Nutritional Status in Emergency-Affected Populations* (Adultos: valoración del estado nutricional en las poblaciones afectadas por situaciones de emergencia). Ginebra. <http://www.unsystem.org/scn/archives/adults/index.htm>

UN ACC Sub Committee on Nutrition (Comité ACC sobre Nutrición de las Naciones Unidas) (2001), *Assessment of Adult Undernutrition in Emergencies* (Valoración de la desnutrición de adultos en situaciones de emergencia). Informe de un grupo de trabajo de este comité sobre la reunión especial sobre emergencias, en SCN News 22, pp 49-51. Ginebra. <http://www.unsystem.org/scn/publications>

Woodruff, B y Duffield, A (2000), *Adolescents: Assessment of Nutritional Status in Emergency-Affected Populations* (Adolescentes: valoración del estado nutricional en las poblaciones afectadas por situaciones de emergencia). Ginebra. <http://www.unsystem.org/scn/archives/adolescents/index.htm>

Young, H y Jaspars, S (1995), *Nutrition Matters* (Temas de nutrición). Intermediate Technology Publications. Londres.

Methods for measuring nutritional status and mortality (Métodos para realizar mediciones del estado nutricional y la mortalidad): <http://www.smartindicators.org>

## Intervenciones de seguridad alimentaria

Alidri, P, Doorn, J v., El-Soghbi, M, Houtart, M, Larson, D, Nagarajan, G y Tsilikounas, C (2002), *Introduction to Microfinance in Conflict-Affected Communities* (Introducción a la microfinanciación en comunidades afectadas por conflictos). Oficina Internacional del Trabajo y ACNUR. Ginebra. <http://www.ilo.org>

CRS (2002), *Seed Vouchers and Fairs: A Manual for Seed-Based Agricultural Recovery in Africa* (Cupones y ferias de semillas: manual para recuperación agrícola en África basada en semillas). Catholic Relief Services, en colaboración con el Overseas Development Institute (Instituto de desarrollo exterior) y el International Crops Research Institute for the Semi-Arid Tropics (Instituto internacional de investigaciones sobre cosechas para los trópicos semiáridos).

Lumsden, S y Naylor, E (de próxima aparición), *Cash-For-Work Programming. A Practical Guide* (Programación de dinero-por-trabajo: guía práctica). Oxfam GB. Oxford.

Powers, L (2002), *Livestock Interventions: Important Principles* (Intervenciones en el sector ganadero: principios importantes), OFDA. Office of US Foreign Disaster Assistance (Oficina de los EE.UU. para la asistencia en casos de desastre en el extranjero), USAID. Washington. <http://www.usaid.gov>

Remington, T, Maroko, J, Walsh, S, Omanga, P y Charles, E (2002), *Getting Off the Seeds-and-Tools Treadmill with CRS Seed Vouchers and Fairs*. (Salir de la rutina de semillas y herramientas con cupones y ferias de semillas del CRS) *Disasters*, 26, 316-328. <http://www.blackwellpublishing.com/journal>

## Manuales generales sobre nutrición en casos de emergencia

Prudhon, C (2002), *Assessment and Treatment of Malnutrition in Emergency Situations* (Valoración y tratamiento de la desnutrición en situaciones de emergencia). París.

ACNUR/UNICEF/PMA/OMS (2002), *Food and Nutrition Needs in Emergencies* (Necesidades en materia de alimentos y nutrición en casos de emergencia). Ginebra.

PMA (2000), *Food and Nutrition Handbook* (Manual de alimentación y nutrición). Roma

OMS (2000), *The Management of Nutrition in Major Emergencies* (La gestión de la nutrición en casos de emergencia importantes). Ginebra.  
<http://www.who.int>

## Grupos expuestos a riesgos

FAO/OMS (2002), *Living Well with HIV/AIDS A Manual on Nutritional Care and Support for People Living with HIV/AIDS*. (Vida llevadera con el VIH/sida: manual sobre cuidados y apoyos nutricionales para personas que viven con el VIH). Roma  
<http://www.fao.org>

HelpAge International (2001), *Addressing the Nutritional Needs of Older People in Emergency Situations in Africa: Ideas for Action* (Afrontamiento de las necesidades nutricionales de las personas de edad en situaciones de emergencia en África: ideas para la acción). Nairobi.  
<http://www.helpage.org/publications>

Piwoz, E y Preble, E (2000), *HIV/AIDS and Nutrition: a Review of the Literature and Recommendations for Nutritional Care and Support in Sub-Saharan Africa* (VIH/sida y la nutrición: examen de la literatura y recomendaciones para los cuidados y apoyos en materia de nutrición en el África subsahariana). USAID Washington. <http://www.aed.org>.

Winstock, A (1994), *The Practical Management of Eating and Drinking Difficulties in Children* (Gestión práctica de dificultades en comer y beber de los niños). Winslow Press. Bicester, Reino Unido.

## Alimentación de bebés y niños pequeños

Ad Hoc Group on Infant Feeding in Emergencies (Grupo ad hoc sobre alimentación infantil en casos de emergencia) (1999), *Infant Feeding in Emergencies: Policy, Strategy and Practice*. Alimentación infantil en casos de emergencia: políticas generales, estrategias y prácticas) <http://www.ennonline.net>

FAO/OMS (1994, revisión en progreso), Codex Standard for Infant Formula (Norma Codex para fórmula infantil), *Codex STAN 72-1981 (con las modificaciones introducidas 1983, 1985, 1987) Codex Alimentarius, Volume 4: Foods for Special Dietary Uses* (Alimentos para usos dietéticos especiales), segunda edición. Roma. <http://www.codexalimentarius.net>

Interagency Working Group on Infant and Young Child Feeding in Emergencies (2001), *Infant Feeding in Emergencies Operational Guidance* (Grupo de trabajo de Inter-Agencias sobre alimentación infantil en situaciones de emergencia (2001): *Guía operativa sobre alimentación infantil*). Londres. <http://www.ennonline.net>

OMS/UNICEF/LINKAGES/IBFAN/ENN (2001), *Infant Feeding in Emergencies: Module 1 for Emergency Relief Staff (Revision 1)* (La alimentación infantil en situaciones de emergencia: Módulo 1 para personal de auxilios de emergencia (Revisión 1). <http://www.ennonline.net>

OMS (1981), Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna y resoluciones pertinentes de la Asamblea mundial de la salud en: <http://www.ibfan.org/english/resource/who/fullcode.html>

## Alimentación terapéutica

OMS (1999), *Management of Severe Malnutrition: A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers* (Gestión de la desnutrición grave: manual para médicos y otros trabajadores sanitarios responsables). Ginebra. <http://www.who.int/nut>

## Carencias de micronutrientes

ICCIDD/UNICEF/OMS (2001), *Assessment of Iodine Deficiency Disorders and Monitoring Their Elimination: A Guide for Programme Managers* (Valoración de trastornos por carencias de yodo y seguimiento de su eliminación: guía para gestores de programas). Segunda edición. Ginebra. <http://www.who.int/nut>

UNICEF/UNU/OMS (2001), *Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention and Control. A Guide for Programme Managers* (Anemia por carencia de hierro: valoración, prevención y control. Guía para gestores de programas) Ginebra. <http://www.who.int/nut>

OMS (1997), *Vitamin A Supplements: A Guide to Their Use in the Treatment and Prevention of Vitamin A Deficiency and Xerophthalmia*. (Suplementos de vitamina A: guía para su uso en el tratamiento y prevención de carencias de vitamina A y xeroftalmia). Segunda edición. Ginebra. <http://www.who.int/nut>

OMS (2000), *Pellagra and Its Prevention and Control in Major Emergencies* (La pelagra y su prevención y control en casos importantes de emergencia), Ginebra. <http://www.who.int/nut>

OMS (1999), *Scurvy and Its Prevention and Control in Major Emergencies* (El escorbuto y su prevención y control en casos importantes de emergencia), Ginebra. <http://www.who.int/nut>

OMS (1999), *Thiamine Deficiency and Its Prevention and Control in Major Emergencies* (La carencia en tiamina y su prevención y control en casos importantes de emergencia Ginebra. <http://www.who.int/nut>

## Ayuda alimentaria

Jaspars S, y Young, H (1995), *General Food Distribution in Emergencies: From Nutritional Needs to Political Priorities* (Distribución general de alimentos en casos de emergencia: desde las necesidades nutricionales a las prioridades políticas). *Good Practice Review 3* (Revisión de Buenas Prácticas 3). Relief and Rehabilitation Network, Overseas Development Institute. Londres.

OMNI (1994), *Micronutrient Fortification and Enrichment of PL480 Title II Commodities* (Fortificación y enriquecimiento en micronutrientes de artículos de consumo PL480 Título II).

ACNUR, UNICEF, PAM, OMS, (2002), *Food and Nutrition Needs in Emergencies* (Necesidades en materia de alimentos y nutrición en casos de emergencia) Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Programa Mundial de Alimentación, Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

PMA (2002), *Emergency Field Operations Pocketbook* (Libro de bolsillo sobre operaciones en el terreno en casos de emergencia). Roma.

PMA (2000), *Food and Nutrition Handbook*. (Manual de alimentación y nutrición) Programa Alimentario Mundial. Roma.

## *Notas*

## *Notas*

## *Notas*



## Capítulo 4: Normas mínimas en materia de refugios, asentamientos y artículos no alimentarios

# Cómo usar este capítulo

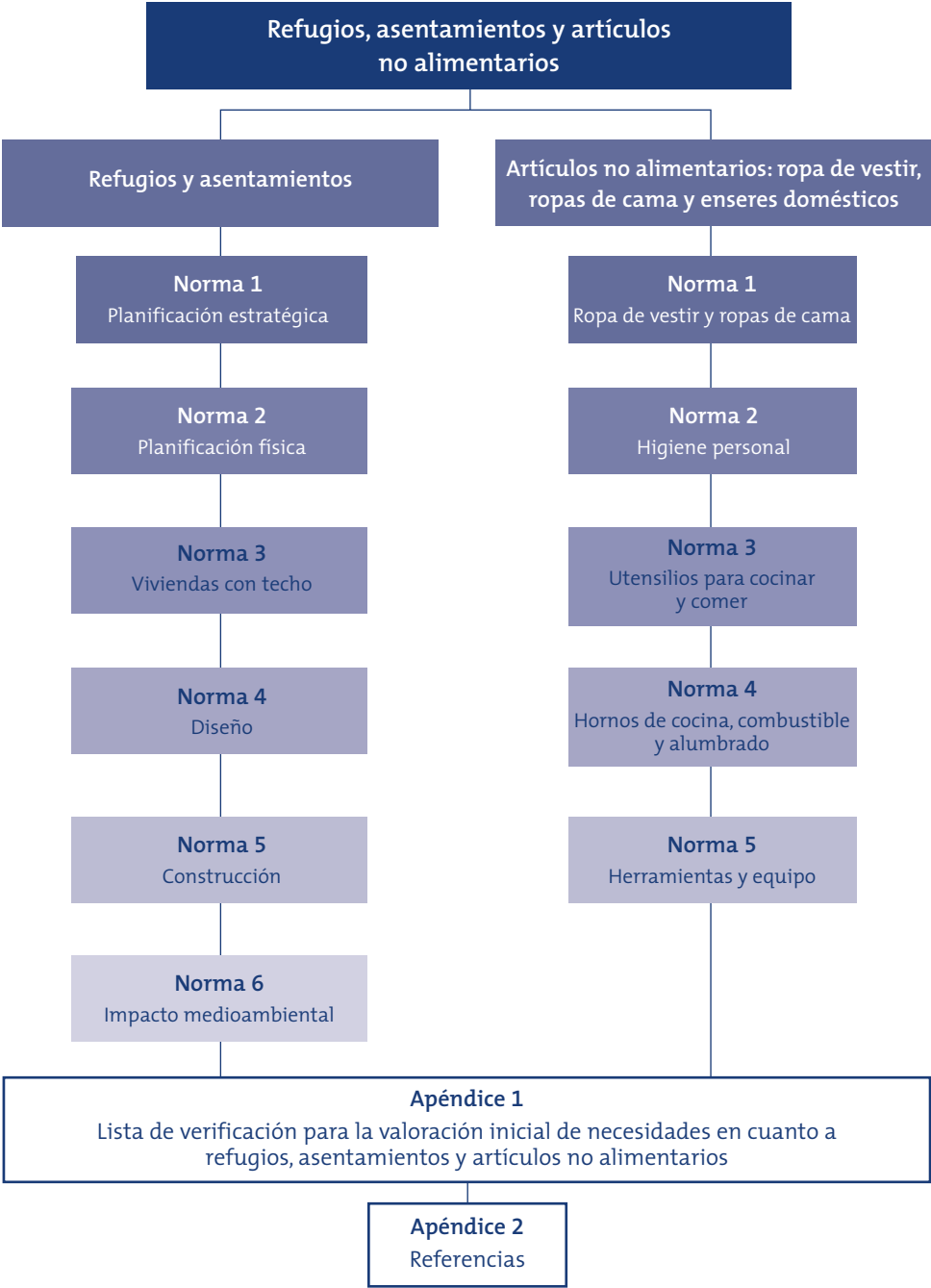
Este capítulo se encuentra dividido en dos secciones: 1) refugios y asentamientos, y 2) artículos no alimentarios: ropa de vestir, ropas de cama y enseres domésticos. En las dos secciones se trata de las normas generales de utilidad en cualquiera de varias modalidades posibles de respuesta, como por ejemplo el retorno a viviendas dañadas y su reparación, alojamiento con familias de acogida, refugios para grupos numerosos de personas en edificios y estructuras existentes, y campamentos temporales planificados o de propia habilitación. En ambas secciones se encontrará lo siguiente:

- *las normas mínimas*, que son de índole cualitativa y especifican los niveles mínimos que hay que alcanzar en respuestas en materia de refugios, asentamientos y artículos no alimentarios;
- *indicadores clave*, que son las “señales” que permiten comprobar si se ha cumplido con la norma y que constituyen un medio de medir y comunicar el impacto o resultado de los programas, así como de los procedimientos o métodos utilizados. Los indicadores pueden ser de carácter cualitativo o cuantitativo;
- *notas de orientación*, que abarcan los puntos que hay que considerar a la hora de aplicar la norma y los indicadores a situaciones diferentes, una guía sobre cómo abordar las dificultades prácticas, y consejos sobre temas prioritarios. En estas notas se tratan también cuestiones de importancia crítica relacionadas con la norma o los indicadores, y se describen dilemas, puntos polémicos o lagunas en los actuales conocimientos.

En el Apéndice 1 figura una lista de verificación para la valoración de necesidades. En el Apéndice 2 se incluye una lista de referencias en las que aparecen otras fuentes de información que servirán de guía sobre cuestiones concretas.

# Índice

Introducción .....	245
1. Refugios y asentamientos .....	250
2. Artículos no alimentarios: ropa de vestir, ropas de cama y enseres domésticos .....	272
Apéndice 1: Lista de verificación para la valoración inicial de necesidades en materia de refugios, asentamientos y artículos no alimentarios .....	281
Apéndice 2: Referencias .....	288



# Introducción

## Enlaces con instrumentos jurídicos internacionales

Las Normas mínimas en materia de refugiados, asentamientos y artículos no alimentarios son una expresión práctica de los principios y derechos enunciados en la Carta Humanitaria. La Carta Humanitaria centra la atención en las exigencias fundamentales a la hora de sustentar la vida y la dignidad de las personas afectadas por calamidades o conflictos, según se consigna en el corpus del derecho internacional relativo a los derechos humanos, el derecho humanitario internacional y el derecho de los refugiados. En la respuesta humanitaria son conocidos los términos “refugio” y “asentamiento”, y estos conceptos caen dentro del ámbito del derecho a tener una vivienda, que está consagrado en el derecho humanitario.

Todos tenemos derecho a disponer de un sitio adecuado donde vivir. Este derecho está reconocido en los instrumentos jurídicos internacionales, e incluye el derecho a vivir en un entorno seguro, en paz y con dignidad, y con seguridad en la posesión de la vivienda. Entre los aspectos fundamentales del derecho a la vivienda están: la disponibilidad de servicios, instalaciones, materiales e infraestructura; la asequibilidad de precio; la habitabilidad; la accesibilidad; la ubicación; y la adecuación cultural. El derecho a la vivienda se extiende también a: bienes y servicios, como por ejemplo el acceso sostenible a recursos naturales y comunes; agua potable salubre; combustible para cocinar y calentar la casa, y para el alumbrado; saneamiento y facilidades para el lavado; medios de conservar alimentos, eliminación de desechos; evacuación de aguas; y servicios de emergencia. Las personas deben poder contar con espacio adecuado y protección contra el frío, la humedad, el calor, la lluvia, el viento y otros riesgos contra la salud, peligros estructurales y enfermedades vectoriales. La ubicación adecuada de los asentamientos y las viviendas deberá facilitar acceso a los servicios sanitarios, escuelas, guarderías y otras instalaciones sociales, y a oportunidades de lograr medios de subsistencia. La construcción de los lugares de alojamiento, los

materiales de construcción usados y las políticas que les sirven de apoyo deben permitir la expresión apropiada de la identidad cultural y la diversidad de vivienda.

El derecho a la vivienda está inseparablemente relacionado con otros derechos humanos, entre ellos el de protección contra el desahucio forzoso, el acoso y otras amenazas contra la seguridad física y el bienestar, el derecho de todos a ser protegidos contra el desplazamiento arbitrario lejos de su hogar o lugar de residencia habitual, y la prohibición de ataques armados indiscriminados contra objetivos civiles.

Las normas mínimas de que versa este capítulo no constituyen la expresión plena del derecho a la vivienda. Sin embargo, las normas de Esfera reflejan el contenido fundamental del derecho a la vivienda y contribuyen a la progresiva realización de este derecho a nivel global.

## **La importancia de refugios, asentamientos y artículos no alimentarios en casos de desastre**

El refugio es un determinante de importancia crítica para la supervivencia en las fases iniciales de cualquier desastre. Más allá de la supervivencia, los refugios son necesarios para proveer seguridad personal y protección contra peligros y frente al clima, así como una mayor resistencia contra los problemas de salud y las enfermedades. Igualmente, son importantes para mantener la dignidad humana y sostener la vida familiar y en comunidad dentro de lo que sea posible en circunstancias difíciles.

Las respuestas relativas a refugios y las intervenciones asociadas con ellas en materia de asentamientos y artículos no alimentarios deberán servir para apoyar las estrategias de afrontamiento de la comunidad, y habrán de incorporar en la mayor medida posible la autosuficiencia y la autogestión en el proceso. Deberán asimismo reducir al mínimo las repercusiones negativas a largo plazo en el medio ambiente, mientras que a la vez se maximizan las oportunidades para que la población afectada mantenga o establezca actividades de apoyo a los medios de subsistencia.

El nivel más individual de respuesta ante la necesidad de refugio y de

mantenimiento de la salud, de privacidad y de dignidad es la provisión de ropa con que abrigarse, mantas y ropas de cama. Además, las personas precisan objetos y suministros básicos para poder atender a sus necesidades en términos de higiene personal, para preparar y comer sus alimentos, y para contar con los niveles necesarios de confort termal. Las familias afectadas por los desastres y las que son desplazadas de los sitios donde viven suelen poseer únicamente lo que pueden aprovechar o llevar consigo, y es posible que sea necesario facilitar artículos apropiados, aparte de la alimentación, para que puedan atender a estas urgencias.

El tipo de respuesta que será necesario formular para atender a las necesidades de personas y hogares afectados por el desastre es determinado por factores clave que abarcan: la naturaleza y escala del desastre y la resultante pérdida de alojamiento; las condiciones climáticas y el entorno local; la situación política y en cuanto a seguridad; el contexto (rural o urbano); y la capacidad de la comunidad para enfrentarse con los problemas. Se deberá prestar consideración, de igual modo, a los derechos y necesidades de aquellos que se ven afectados por el desastre de modo secundario, como por ejemplo la comunidad de acogida. Las respuestas deben estar informadas por las medidas tomadas por las familias afectadas en la etapa inmediatamente posterior al desastre, haciendo uso de sus propias destrezas y recursos materiales para conseguir refugio temporal o comenzar la construcción de nuevas viviendas de mayor duración. Las respuestas en materia de refugios deben permitir a las familias afectadas mejorar su situación de modo incremental, pasando de soluciones de emergencia a refugios duraderos dentro de un periodo de tiempo razonablemente corto y según permitan las restricciones existentes en cuanto a adquisición de los recursos adicionales que se necesiten.

La participación de la mujer en los programas de refugios y asentamientos contribuirá a que ellas y todos los miembros de la población afectada por el desastre tengan acceso equitativo y seguro al refugio, y que cuenten con ropa de abrigo, materiales de construcción, equipo de producción de alimentos y otros suministros esenciales. Se deberá consultar a las mujeres sobre temas varios como son los de

seguridad y privacidad, fuentes y medios de conseguir combustible para cocinar y calentar la casa, y cómo asegurarse de que haya acceso equitativo a la vivienda y las provisiones. Será preciso prestar atención especial a la prevención de la violencia doméstica y la explotación sexual, y a cómo responder. Por lo tanto, es importante fomentar la participación de las mujeres en el diseño e implementación de los programas de refugios y asentamientos siempre que ello sea posible.

## **Enlaces con otros capítulos**

Muchas de las normas que son tratadas en los capítulos relativos a otros sectores son pertinentes para este capítulo. El progreso en alcanzar ciertos niveles de calidad en un sector suele influir, e incluso determinar, el progreso en otros ámbitos. Para que la respuesta sea efectiva hace falta que exista una estrecha coordinación y colaboración con otros sectores. También es necesario coordinar con la autoridad local competente y con otros organismos participantes en la respuesta para lograr que las necesidades sean atendidas, que no se dupliquen los esfuerzos y que se optimicen las respuestas relativas a refugios, asentamientos o artículos no alimentarios.

Por ejemplo, la provisión complementaria de un adecuado abastecimiento de agua e instalaciones de saneamiento en zonas en las que se facilita asistencia en materia de refugios es necesaria para velar por la salud y la dignidad de las familias afectadas. De modo similar, la provisión de refugios adecuados contribuye a la salud y el bienestar de las familias desplazadas, mientras que es preciso contar con utensilios esenciales para cocinar y comer para que la asistencia en lo relativo a alimentos sea utilizada y las necesidades nutricionales queden cubiertas. Cuando ello es pertinente, se hace referencia a normas específicas o notas orientativas de otros capítulos técnicos.

## **Enlaces con normas comunes a todos los sectores**

El proceso mediante el cual se desarrolla e implementa la intervención es de importancia crítica para que ésta resulte efectiva. Este capítulo debe ser utilizado conjuntamente con las normas que son comunes a todos los sectores, las cuales cubren la participación, la valoración

inicial, la respuesta, la selección de beneficiarios, el seguimiento, la evaluación y las competencias y responsabilidades de los trabajadores, así como la supervisión, la gestión y el apoyo del personal (véase el capítulo 1, página 25). En particular, en toda respuesta se deberá maximizar la participación de personas afectadas por el desastre – incluidos los grupos vulnerables mencionados más abajo – para conseguir que dicha respuesta sea apropiada y de calidad.

## **Vulnerabilidades y capacidades de las poblaciones afectadas por los desastres**

Los grupos más frecuentemente expuestos a riesgos en las situaciones de emergencia son las mujeres, las personas de edad, los discapacitados y los que padecen de VIH o sida (personas que viven con el VIH/sida, PVVS). En ciertos contextos algunas personas pueden ser vulnerables a causa de su etnia, por su afiliación religiosa o política, o por ser personas desplazadas. No es ésta una lista exhaustiva, pero incluye a todos aquellos que son identificados con mayor frecuencia. Hay vulnerabilidades específicas que influyen en la capacidad de la gente para enfrentarse con el desastre y sobrevivir, y dentro de cada contexto deberá determinarse cuáles son las personas que corren más peligro.

En este manual se utiliza la expresión “grupos vulnerables” para hacer referencia a todos estos grupos. Cuando un grupo particular se encuentra en peligro, es probable que también otros se vean amenazados. Por lo tanto, se recomienda encarecidamente a los usuarios del libro que, siempre que se mencionen grupos vulnerables, piensen en todos los que incluimos aquí. Debe dedicarse un cuidado especial a proteger y socorrer a todos los grupos afectados, y hacerlo de un modo que no sea discriminatorio y esté basado en sus necesidades específicas. Sin embargo, se debe recordar también que las poblaciones afectadas por los casos de desastre poseen, y adquieren, habilidades y capacidades propias para afrontar la situación, las cuales han de ser reconocidas y apoyadas.

## Normas mínimas

# 1 Refugios y asentamientos

La asistencia en materia de refugios es facilitada a hogares individuales para la reparación o construcción de viviendas o para acomodar a familias desplazadas en el alojamiento disponible o en las comunidades. Si no resulta posible alojar a las personas en diversos sitios se les proporciona refugio colectivo en edificios públicos apropiados o en estructuras grandes, como por ejemplo almacenes, salas grandes, cuarteles, etc., o bien en campamentos planificados, o de propia habilitación, de carácter temporal.

Las soluciones de alojamiento en hogares individuales pueden ser a corto o largo plazo, lo que dependerá del nivel de asistencia facilitado, los derechos de uso de la tierra o derechos de propiedad, la disponibilidad de servicios esenciales y la infraestructura social, así como las oportunidades existentes para mejorar y ampliar las viviendas.

### **Norma 1 relativa a refugios y asentamientos: planificación estratégica**

Se concede prioridad a soluciones basadas en el uso de los actuales refugios y asentamientos para el retorno o acogimiento de familias afectadas por el desastre, y se vela por la seguridad y protección contra peligros, y por la salud y el bienestar de la población afectada.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Las familias afectadas retornan a sus viviendas originales siempre que ello es posible (véase la nota de orientación 1).
- Las familias afectadas que no pueden retornar al lugar de sus viviendas originales son alojadas independientemente dentro de una comunidad de acogida o con familias de acogida siempre que esto es factible (véase la nota de orientación 2).
- Las familias afectadas que no pueden retornar al lugar de sus viviendas originales o que no pueden ser alojadas independientemente dentro de una comunidad de acogida o con familias de acogida son acomodadas en refugios colectivos o en campamentos planificados o de propia habitación de tipo temporal (véase la nota de orientación 3).
- Se hace una valoración de los peligros reales o potenciales contra la seguridad de la población afectada, y las viviendas o asentamientos son ubicados a una distancia prudencial de este tipo de amenazas externas (véase la nota de orientación 4).
- Se reducen al mínimo posible los riesgos relacionados con peligros naturales como terremotos, actividad volcánica, corrimientos de tierras, inundaciones y vientos fuertes, y la zona no es propensa a enfermedades o riesgos significativos relativos a vectores (véanse las notas de orientación 4-5).
- En los lugares ocupados no hay equipo ni materiales potencialmente peligrosos, y los riesgos existentes como por ejemplo estructuras peligrosas, escombros o terrenos inestables son identificados y eliminados, o bien el acceso queda restringido y es vigilado por guardas (véanse las notas de orientación 4, 6 y 7).
- Los derechos de propiedad de edificios y tierras y/o los derechos de usufructo de edificios o lugares son determinados con anterioridad a su ocupación, y se llega a acuerdos pertinentes sobre el uso permitido (véase la nota de orientación 8).
- Se dispone de servicios de agua y saneamiento, así como de instalaciones sociales como centros sanitarios, escuelas y lugares de culto religioso, o bien pueden ser provistos de modo satisfactorio (véase la nota de orientación 9).

- La infraestructura de transportes proporciona acceso al asentamiento para el movimiento de personas y la provisión de servicios (véase la nota de orientación 10).
- Siempre que ello es posible, las familias gozan de acceso a la tierra, mercados o servicios para poder continuar o desarrollar sus actividades de apoyo a los medios de subsistencia (véase la nota de orientación 11).

## Notas de orientación

**1. Retorno:** La oportunidad de retornar a su propia tierra y vivienda es una de las aspiraciones principales de la mayoría de las personas afectadas por casos de desastres. La vivienda que resultó dañada y el terreno circundante son importantes bienes de la familia en la mayor parte de los hogares. Pero el retorno no siempre es posible, sea por factores de seguridad como la ocupación de la casa o la tierra, la continuación del conflicto violento, la tensión étnica o religiosa, el miedo a ser perseguidos, o bien a causa de minas antipersonales o pertrechos de guerra sin explotar. La provisión de refugio mediante la reparación de viviendas dañadas sirve de apoyo a las estrategias de afrontamiento de la comunidad, mantiene las características del asentamiento ya establecidas y posibilita el uso de la actual infraestructura.

**2. Sistema de acogida por parte de familias y comunidades:** Las personas afectadas por el desastre a menudo prefieren quedarse en una comunidad de acogida, con otros miembros de su familia o con personas con las que tienen lazos históricos, religiosos o de otro tipo. En casos en que no es posible atender a estas preferencias, el sistema de acogida por parte de otros grupos dentro de la comunidad es también una posibilidad, si se presta la debida atención a los potenciales riesgos de seguridad o de conflicto social. La asistencia en materia de refugio podrá incluir el apoyo para ampliar o mejorar el refugio y las instalaciones actuales de la familia de acogida, o la provisión de otro refugio al lado del de la familia de acogida. El resultante aumento en densidad de población y en demanda de provisión de servicios sociales e infraestructura deberá ser valorado y abordado. La provisión de refugio mediante la construcción de moradas adicionales o ampliadas en las comunidades de acogida también sirve para apoyar las estrategias de afrontamiento de la comunidad.

**3. Asentamiento colectivo:** Los acampamientos planificados con carácter temporal no deben convertirse en la respuesta que se da cuando fallan las demás. Las soluciones de este tipo en materia de refugios pueden ser necesarias en zonas en las que las amenazas contra la seguridad hacen aumentar el riesgo que confrontan las familias aisladas, o cuando escasean los recursos esenciales como por ejemplo el agua y los alimentos. La provisión de refugio colectivo en edificios o estructuras grandes puede facilitar una rápida protección temporal frente al clima, y resultar preferible en los climas fríos si se dispone de insuficientes recursos materiales para proporcionar el nivel necesario de confort térmico dentro de edificios individuales. Es cierto que muchas veces se utilizan edificios escolares para alojar a las familias afectadas, pero siempre que ello sea posible se deberán buscar otras estructuras para que en las escuelas se pueda continuar la educación de los niños de la comunidad de acogida y potencialmente también de las familias desplazadas. Se debe tener cuidado, además, de que los propios asentamientos colectivos no se conviertan en blancos de ataques o presenten un riesgo de seguridad a la población de la zona.

**4. Valoración de riesgos y vulnerabilidades:** Es de importancia clave que se lleve a cabo una valoración de riesgos y vulnerabilidades, incluyendo las amenazas actuales o posibles contra la seguridad y las particulares vulnerabilidades sociales o económicas de las diferentes agrupaciones sociales dentro de la comunidad afectada y la de acogida (véase la norma relativa a la valoración inicial, página 34).

**5. Peligros naturales:** Los riesgos presentados por el impacto localizado de peligros naturales como terremotos, actividad volcánica, corrimientos de tierras, inundaciones o vientos fuertes en un determinado lugar también tienen que ser valorados. Los sitios cercanos a edificios o estructuras vulnerables a las réplicas de terremotos, las formaciones de tierra vulnerables a corrimientos, los sitios situados en tierras bajas propensas a recibir torrentes de lava adicionales o a la acumulación de gases de escape, los márgenes de ríos y depresiones expuestas a más inundaciones y las ubicaciones a merced de vientos fuertes se deberán evitar hasta que hayan disminuido suficientemente los riesgos valorados del regreso potencial a dichos lugares.

**6. Materiales y productos peligrosos:** Después de desastres naturales como terremotos, inundaciones y tifones, pueden quedar depositados o expuestos materiales y productos potencialmente peligrosos; también es

posible que haya minas y pertrechos de guerra sin explotar procedentes de conflictos armados anteriores o actuales. La presencia de estos peligros y los riesgos potenciales que entraña su eliminación deben ser determinados por personal que cuente con experiencia adecuada. El tiempo y los conocimientos técnicos que hacen falta para su eliminación sin peligro podrán ser razones para excluir la posibilidad de usar una parte o la totalidad de los lugares afectados.

**7. Valoración de estructuras:** La estabilidad de estructuras de edificios situados en zonas habitadas debe ser evaluada por personal competente. En las evaluaciones se deberán incluir los efectos de nuevos debilitamientos estructurales debidos a réplicas de terremotos, nuevas inundaciones y ráfagas de viento, etc. En el caso de alojamientos colectivos, deberá calcularse la capacidad de las estructuras de edificaciones actuales para admitir mayores cargas y el posible aumento en el riesgo de que fallen componentes del edificio como suelos, tabiques internos, techos, etc.

**8. Propiedad y uso de tierras y edificios:** Estos temas suelen ser polémicos, especialmente cuando no existen registros o cuando el conflicto puede haber afectado a la posesión. Deberá determinarse, en la medida en que ello sea posible, a quién corresponde la propiedad del sitio o edificio y quiénes son los usufructuarios por titularidad o por costumbre. También se deberá averiguar cuáles son los derechos de propiedad que poseen grupos vulnerables, y apoyar estos derechos. En ello se incluyen derechos de herencia formales o implícitos, en especial después de un desastre en que el titular de los derechos puede haber fallecido o haber quedado desplazado.

**9. Disponibilidad de servicios e instalaciones:** Deberán ser identificados y utilizados los servicios y las instalaciones actuales o reparadas, siempre que tengan suficiente capacidad, antes de considerar la posibilidad de construir nuevas instalaciones (véase las normas relativas a abastecimiento de agua, saneamiento y fomento de la higiene, página 61).

**10. Acceso a los lugares de asentamiento:** Se deberá valorar también el acceso al asentamiento, el estado de las carreteras locales y la proximidad de pistas de aterrizaje, puertos y cabezas de líneas de ferrocarril, para el suministro de asistencia humanitaria, teniendo en cuenta las limitaciones impuestas por las estaciones del año, los peligros y los riesgos de seguridad. En el caso de refugios colectivos y campamentos planificados

o de propia habilitación de índole temporal, el lugar mismo y los puntos de almacenamiento primario y de distribución de alimentos deberán ser accesibles para camiones grandes desde carreteras utilizables bajo todo tipo de condiciones meteorológicas. Otras instalaciones deberían ser accesibles para vehículos ligeros.

- 11. Apoyo de medios de subsistencia:** El proceso de asentar a las poblaciones afectadas deberá ser guiado por el buen entendimiento de las actividades económicas anteriores al desastre de dichas poblaciones y las oportunidades existentes en el contexto de la situación posterior. En ello se debe incluir: la disponibilidad de tierras y su acceso para cultivos y pastos; la ubicación de las zonas de mercados y su acceso; y la disponibilidad de los servicios locales que puedan ser esenciales para particulares actividades económicas, y el acceso a los mismos. Las diversas necesidades económicas y sociales (y los límites impuestos en ellas) de ciertos grupos vulnerables dentro de las comunidades desplazadas y de acogida deberán asimismo ser valoradas y atendidas debidamente (véanse las normas relativas a seguridad alimentaria, página 141).

## **Norma 2 relativa a refugios y asentamientos: planificación física**

Se hace uso de las prácticas locales en materia de planificación física, siempre que ello resulta posible, con objeto de garantizar el acceso a los refugios y su uso con seguridad y exento de peligros, e igualmente en lo que se refiere a servicios e instalaciones esenciales, y además se consigue adecuada privacidad y separación entre los refugios de familias individuales.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- La planificación en zonas o agrupaciones correspondientes a grupos de familias, vecinos o aldeas, tal como sea apropiado, sirve para apoyar las redes sociales existentes, contribuye a la seguridad y permite la autogestión de la población afectada (véase la nota de orientación 1).

- Todos los miembros de la población afectada cuentan con acceso seguro al agua, las instalaciones de saneamiento, la sanidad, la eliminación de desechos sólidos, y a cementerios e instalaciones sociales (incluidas escuelas) y lugares dedicados al culto religioso, foros de reuniones y zonas recreativas (véanse las notas de orientación 2-4).
- Los campamentos temporales planificados o de propia habilitación de carácter temporal están basados en una superficie mínima de 45 m<sup>2</sup> por persona (véase la nota de orientación 5).
- La topografía de la superficie es utilizada o aumentada para facilitar el avenamiento del agua, y el estado del terreno es apropiado para excavar los pozos de las letrinas, si éste es el sistema primario de saneamiento (véase la nota de orientación 6).
- Existen caminos y sendas que proporcionan acceso seguro y exento de peligros y que son utilizables bajo todo tipo de condiciones meteorológicas, para llegar a las viviendas e instalaciones individuales (véase la nota de orientación 7).
- Los refugios colectivos cuentan con aperturas de entrada/salida que permiten el acceso y la evacuación de emergencia necesarios, y estas aperturas se encuentran ubicadas de tal forma que el acceso está bien supervisado y no presenta un peligro de seguridad para los ocupantes (véase la nota de orientación 8).
- Los riesgos vectoriales son reducidos al mínimo posible (véase la nota de orientación 9).

## **Notas de orientación**

**1. Planificación en agrupaciones:** En el caso de los asentamientos colectivos, la asignación de espacio dentro de los refugios y parcelas de gran capacidad en campamentos planificados con carácter temporal se habrá de guiar por las prácticas sociales vigentes y por la provisión y mantenimiento de recursos compartidos, incluyendo instalaciones de suministro de agua y de saneamiento, preparación de comidas, distribución de alimentos, etc. En el trazado de las parcelas en los campamentos de planificación temporal se deberá preservar la privacidad y la dignidad de las diferentes familias disponiendo adecuadamente las

aperturas/puertas de separación y asegurándose de que cada refugio familiar se abre a un espacio común. Deberán proveerse asimismo zonas de residencia, integradas y seguras, para grupos vulnerables y para comunidades desplazadas que estén compuestas de un número considerable de adultos sin pareja o niños no acompañados. En el caso de los asentamientos dispersos tendrán aplicación igualmente los principios de la planificación en agrupaciones: por ejemplo, agrupando a familias que retornen a una zona geográfica particular o escogiendo familias de acogida de tal forma que los retornados estén unos cerca de otros.

**2. Acceso a servicios e instalaciones:** El acceso a servicios esenciales, incluidos los de abastecimiento de agua, inodoros, instalaciones sociales y de salud deben ser planificados de modo que se optimice el uso de instalaciones utilizables o reparadas mientras que se minimiza el efecto negativo en comunidades vecinas o de acogida. Deberán ser provistas instalaciones adicionales o puntos de acceso, tal como sea preciso para atender a las necesidades de alojamiento de la población beneficiaria, y ser planificadas de modo que se asegure un acceso exento de peligros para todos sus ocupantes. La estructura social y roles asignados a hombres y mujeres dentro de la población afectada, así como las necesidades de los grupos vulnerables, deberán verse reflejados en la planificación y provisión de servicios. Se deben habilitar zonas recreativas seguras para niños, y facilitar el acceso a los centros escolares y otras instalaciones educativas siempre que sea posible (véase el capítulo que trata de abastecimiento de agua, saneamiento y fomento de la higiene, página 61, y la norma 5 relativa a sistemas e infraestructura de sanidad, nota de orientación 1, página 317).

**3. La cuestión de los restos mortales de personas fallecidas:** Se deberán respetar las costumbres sociales en lo que se refiere a cómo tratar los restos mortales de personas fallecidas. Si hay diversas costumbres, se deberá disponer de zonas separadas para que cada grupo social cumpla con sus tradiciones de un modo digno. Si son inadecuadas las instalaciones existentes, como por ejemplo los cementerios o crematorios, se deberán proveer otros lugares o instalaciones. Los cementerios deberían encontrarse situados a una distancia mínima de 30 metros de fuentes de agua subterránea, con el fondo de las tumbas a 1.5 metros por lo menos de la capa freática. Las aguas de superficie procedentes de cementerios no deben penetrar en las zonas habitadas. Además, la comunidad afectada deberá gozar de acceso a materiales con los que atender a necesidades

como piras funerarias culturalmente aceptables y otros ritos funerarios (véase también la norma 5 relativa a sistemas e infraestructura de salud, nota de orientación 8, página 321).

**4. Instalaciones administrativas y zonas de cuarentena:** Se deberá disponer la provisión que sea necesaria de oficinas administrativas, almacenes y alojamiento para el personal de apoyo de las actividades de respuesta al desastre, así como zonas de cuarentena (véase la norma 4 relativa a la lucha contra enfermedades transmisibles, página 331).

**5. Área de superficie:** En la recomendación relativa a una planificación de 45 m<sup>2</sup> por persona se incluye lo siguiente: la parcela de la vivienda y la superficie necesaria para caminos, sendas, instalaciones educativas, líneas cortafuegos, administración, depósitos de agua, zonas de distribución, mercados y almacenamiento, más un espacio limitado para huertos de familias individuales. En la planificación del área se debe considerar también la evolución y crecimiento de la población. Si no se puede proveer la zona mínima de superficie, se deberá estudiar la posibilidad de mitigar las consecuencias de una ocupación de más alta densidad, por ejemplo con separación y privacidad entre familias individuales, espacio para las instalaciones necesarias, etc.

**6. Topografía y condiciones del terreno:** En los campamentos planificados con carácter temporal las cuestas o pendientes no deberán sobrepasar un 6% de inclinación, a menos que se lleven a la práctica extensas medidas de control del avenamiento y la erosión, ni quedar por debajo del 1% para que sea posible el movimiento del agua. Es posible que todavía sea necesario disponer de canales de avenamiento para reducir al mínimo las inundaciones o la formación de charcos de agua. El punto más bajo del emplazamiento no deberá quedar menos de 3 metros más arriba del nivel estimado de la capa freática en la estación de lluvias. Las características del terreno deberán condicionar también la ubicación de las letrinas y otras instalaciones, y por tanto la planificación de los asentamientos; por ejemplo, los terrenos de rocas fisuradas hacen que se dispersen las aguas residuales procedentes de las letrinas; la tierra arcillosa tiene poca percolación hídrica, y por tanto en ellas los pozos negros quedan inservibles bastante pronto; la roca volcánica hace que la excavación de pozos de letrinas sea difícil (véase la norma 2 relativa a evacuación de excretas, página 86, y la norma 1 relativa a avenamiento, página 101).

**7. Acceso a los lugares donde están ubicados los refugios:** En las rutas de acceso existentes o nuevas se debe evitar la proximidad a cualquier tipo de peligro. Siempre que sea posible, se deberá evitar también que con estas rutas se delimiten zonas aisladas u ocultas a la vista que pudieran presentar un riesgo contra la seguridad personal de los usuarios. Siempre que ello sea posible, deberá minimizarse la erosión que es resultado del uso regular de las rutas de acceso, mediante una planificación bien pensada.

**8. Acceso y escape en caso de emergencia:** En los refugios colectivos se debe asegurar el libre acceso de los ocupantes mientras que a la vez se hace posible su adecuada supervisión por los ocupantes mismos, con objeto de reducir los potenciales riesgos de seguridad. Se deben evitar los escalones o desniveles cerca de las salidas de los refugios colectivos, y todas las escaleras y rampas deberán estar provistas de barandillas. Siempre que ello sea posible, a los ocupantes que tengan dificultades para andar sin ayuda se les debe asignar espacio en la planta baja, junto a las salidas o a lo largo de rutas de acceso sin desniveles. Todos los ocupantes de un mismo edificio deberán encontrarse a una distancia razonable consensuada de dos salidas como mínimo, para que puedan contar con dos posibles caminos de escape en caso de incendio, y estas salidas deben ser claramente visibles.

**9. Riesgos vectoriales:** Las zonas bajas, hoyos, edificios vacíos y excavaciones (del tipo que suele verse en construcciones de adobe) pueden convertirse en terrenos de reproducción de animales dañinos que podrían suponer un peligro contra la salud de las familias vecinas (véase la norma 2 relativa a la lucha antivectorial, página 92).

### **Norma 3 relativa a refugios y asentamientos: lugar con techo para vivir**

Las personas cuentan con espacio cubierto suficiente que les proporciona un alojamiento digno. Pueden realizar las actividades esenciales del hogar de modo satisfactorio, y es posible ocuparse en actividades que apoyan sus medios de subsistencia tal como les resulta necesario.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Inicialmente la superficie cubierta por persona es de 3.5 m<sup>2</sup> por lo menos (véanse las notas de orientación 1-3).
- La superficie cubierta permite que haya separación segura y privacidad entre los sexos, entre los diferentes grupos de edad y entre las diversas familias, tal como hace al caso, dentro de cada hogar (véanse las notas de orientación 4-5).
- Las actividades esenciales de las familias se pueden llevar a cabo dentro del refugio (véanse las notas de orientación 6 y 8).
- También tienen cabida las principales actividades de apoyo de los medios de subsistencia, siempre que ello es posible (véanse las notas de orientación 7-8)

## **Notas de orientación**

**1. *Clima y contexto:*** En los climas fríos lo más frecuente es que las actividades del hogar se desarrollen en la zona cubierta. Las personas afectadas por el desastre podrán pasar bastante tiempo en la vivienda, donde se encuentran más abrigadas. En los contextos urbanos las actividades del hogar suelen tener lugar en el interior de la zona cubierta, puesto que lo normal es que haya menos espacio externo adyacente que se pueda usar. En los climas calurosos y húmedos, por otra parte, hace falta espacio que permita la buena circulación del aire, para mantener un entorno saludable. A este fin, a menudo se necesitará una superficie cubierta de más de 3.5 m<sup>2</sup> por persona. Otro factor que interviene es la distancia entre el suelo y el techo: en los climas calurosos y húmedos es preferible contar con una mayor altura ya que así circula mejor el aire, mientras que en los climas fríos conviene que la altura sea menor, pues de este modo hay menos espacio interno que calentar. En los climas cálidos se puede establecer un espacio exterior con sombra junto al refugio, dedicado a la preparación de alimentos y comidas, y a dormir.

**2. *Duración:*** En la etapa inmediatamente posterior al desastre, y en especial cuando se trata de condiciones climatológicas extremas en las que no se puede disponer fácilmente de materiales para construir refugios, podrá ser apropiado reducir la zona cubierta a menos de 3.5 m<sup>2</sup> por individuo para preservar vidas y facilitar un refugio adecuado a corto plazo al mayor número posible de personas que lo necesitan. Bajo estos supuestos, deberá ser

diseñada una respuesta en materia de refugios que alcance los 3.5 m<sup>2</sup> por persona tan pronto como sea posible, puesto que cualquier retraso podría comenzar a tener efectos perjudiciales para la salud y bienestar de los alojados. Si no se puede conseguir un espacio de 3.5 m<sup>2</sup> por persona, o si esta medida excede a la del espacio típico usado por la población afectada o la población vecina, se deberá prestar consideración al efecto que causará en la dignidad, salud y privacidad de las personas el tener una superficie cubierta más pequeña. Deberá darse a conocer ampliamente la decisión de facilitar menos de 3.5 m<sup>2</sup> por persona, junto con las medidas tomadas para mitigar los efectos negativos en la población afectada.

**3. Techos:** Si no se pueden conseguir materiales para construir un refugio completo, se deberá conceder prioridad a la provisión de materiales para hacer techos, junto con el apropiado apoyo estructural, con el fin de proporcionar un mínimo de superficie cubierta. El recinto resultante, sin embargo, tal vez no ofrezca toda la protección que se requiere frente al clima, o la seguridad, la privacidad y la dignidad necesarias, y se deberán tomar medidas para cubrir estas necesidades tan pronto como sea posible.

**4. Prácticas culturales:** Se decidirá la cantidad de superficie cubierta que se considerará necesaria sobre la base de las vigentes prácticas locales en el uso de espacio vital cubierto, por ejemplo para dormir y alojar a los miembros de la familia más amplia. Se deberá consultar también a los miembros de grupos vulnerables, así como a los cuidadores que se encargan de personas con movilidad reducida.

**5. Seguridad y privacidad:** Las mujeres, las adolescentes y los muchachos son vulnerables a ataques, y se deberá procurar facilitarles una adecuada separación de potenciales peligros contra su seguridad personal. Dentro de los refugios para familias individuales se deberán facilitar oportunidades de subdividir internamente la vivienda. En los refugios de mayor escala, los siguientes factores podrán contribuir a facilitar un grado adecuado de privacidad y seguridad personal: la agrupación de familias relacionadas, las rutas bien planificadas de acceso y paso por el edificio o estructura, y la provisión de materiales para separar el espacio personal y del hogar.

**6. Actividades del hogar:** Se deberá proporcionar siempre espacio para dormir, lavarse y vestirse; para el cuidado de los bebés, los niños y las personas enfermas o de salud delicada; para el almacenamiento de alimentos, agua, posesiones del hogar y otros bienes importantes; para

cocinar y comer dentro de casa, cuando haga falta; y para estar juntos los miembros de la familia.

**7. Diseño y provisión de espacio:** Con el uso flexible del espacio cubierto facilitado se podrá, potencialmente, dar cabida a diversos tipos de actividades a diferentes horas del día o de la noche. El diseño de la estructura, la ubicación de las aperturas y las oportunidades de marcar otras subdivisiones internas contribuirán a que sea posible que el espacio interno y el externo que es inmediatamente adyacente se puedan dedicar, si es necesario, a actividades en apoyo de los medios de subsistencia.

**8. Otras funciones del refugio:** Se deberá reconocer que el refugio, además de proporcionar a las familias individuales protección contra los rigores del clima, así como seguridad y privacidad, también es útil para otros fines, entre ellos el de determinar reclamaciones o derechos territoriales, o bien servir de lugar de destino de asistencia humanitaria o de lugar donde se facilita apoyo de tipo psicosocial después del desastre, durante el proceso de reconstrucción. Puede también representar un importante activo financiero para la familia.

## **Norma 4 relativa a refugios y asentamientos: diseño**

El diseño del refugio es aceptable para la población afectada y proporciona confort termal, aire fresco y protección contra los rigores del clima en grado suficiente para asegurar su dignidad, salud, seguridad y bienestar.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Siempre que es posible, para el refugio se usan diseños y materiales con los cuales están familiarizados los beneficiarios y que son cultural y socialmente aceptables (véase la nota de orientación 1).
- Se concede prioridad a la reparación de refugios existentes que han quedado dañados o a la modernización de soluciones iniciales en materia de refugio edificadas por la propia población afectada por el desastre (véase la nota de orientación 2).

- Los materiales alternativos que son necesarios para proveer refugios temporales son durables, prácticos y aceptables para la población afectada (véase la nota de orientación 3).
- El tipo de construcción, los materiales empleados y el tamaño y ubicación de las aperturas facilitan un confort termal y una ventilación óptimos (véanse las notas de orientación 4-7).
- El acceso a fuentes de abastecimiento de agua e instalaciones de saneamiento, y la provisión apropiada para la recogida de agua de lluvia, almacenamiento de agua, avenamiento y gestión de desechos sólidos complementan la construcción de refugios (véase la nota de orientación 8).
- Las medidas de lucha antivectorial son integradas en el diseño, y los materiales son seleccionados para reducir al mínimo los peligros contra la salud (véase la nota de orientación 9).

## Notas de orientación

**1. Diseño participativo:** Todos los hogares afectados deberían participar en el mayor grado posible en la determinación del diseño final y los materiales utilizados. Se deberá otorgar prioridad a las opiniones de los grupos de personas que suelen tener que pasar más tiempo en los refugios. La orientación del refugio individual o zona cubierta, la determinación del tamaño y el trazado de los espacios, la ubicación de puertas y ventanas para gozar de acceso adecuado, luz y ventilación, y las divisiones internas deben reflejar las prácticas locales, si se sabe que éstas están exentas de peligros. Todos estos factores deben estar basados en valoraciones de las formas típicas de viviendas existentes en las que se atiende a las respectivas necesidades (véase la norma relativa a participación, página 32).

**2. Iniciativas locales sobre refugios y la reparación de edificios dañados:**

Las poblaciones afectadas por los desastres con frecuencia improvisan soluciones en materia de refugios aprovechando materiales de sus propias casas dañadas o consiguiéndolos de otro modo a nivel local, y empleando técnicas tradicionales o improvisadas de construcción. En vez de optar por soluciones de refugios colectivos o de estilo desconocido, tal vez prefieran hacer uso del apoyo material y asistencia técnica disponibles para convertir

en habitable una habitación o dos dentro de una casa dañada, o para mejorar refugios improvisados. Deberán tenerse en cuenta: los riesgos derivados de nuevos desastres naturales como réplicas de terremotos y corrimientos de tierras; los potenciales peligros contra la seguridad; y la cuestión de la reconciliación en el caso de familias que retornan a zonas afectadas por conflictos, así como también los riesgos de salud y seguridad que puedan presentar infraestructuras o edificios que han sufrido daños.

**3. Materiales y construcción:** Si los materiales locales o aquellos con los que la gente está familiarizada no son fácilmente obtenibles, o no son aconsejables, se deberá tratar de encontrar diseños y materiales que sean culturalmente aceptables, practicando consultas participativas con la comunidad afectada. Es frecuente, en la etapa inicial de la respuesta al desastre, proporcionar a las familias lonas de plástico reforzado, a veces con cuerdas y materiales de soporte como maderas obtenidas a nivel local, tubos de plástico o secciones de acero galvanizado. Estas lonas deberán cumplir con las especificaciones aceptadas por la comunidad humanitaria internacional.

**4. En climas templados y húmedos:** Los refugios deben estar orientados y diseñados de forma que se optimice la ventilación y que dé directamente el sol lo menos posible. Se debe evitar la obstrucción (por ejemplo, por refugios vecinos) de las aperturas, con el fin de que circule bien el aire. El techo debería tener una inclinación razonable para que se deslice fácilmente el agua de lluvia, y contar con amplios salientes. La construcción del refugio debe ser ligera, puesto que no es preciso que tenga alta capacidad termal. Se deberán tener en cuenta las lluvias estacionales, y prestar consideración al avenamiento adecuado de las aguas de superficie alrededor del refugio y a elevar los suelos de la vivienda para evitar en lo posible que pueda penetrar el agua. La vegetación circundante puede incrementar la absorción del agua por el terreno.

**5. En climas cálidos y secos:** Los refugios deben ser de construcción sólida a fin de garantizar la alta capacidad termal y permitir que los cambios de temperatura durante el día y la noche calienten y enfríen el interior alternativamente, o bien ser de construcción ligera con aislamiento adecuado. Se debe prestar suficiente atención al diseño estructural de las construcciones pesadas en zonas de riesgos sísmicos. Si se dispone solamente de lonas de plástico o de tiendas de campaña, se deberá

instalar un techo con dos capas, con ventilación entre ellas para reducir la acumulación de calor radiante. La ubicación de las aperturas de puertas y ventanas en contra de la dirección de los vientos dominantes contribuirá a reducir el aumento de temperatura causado por los vientos cálidos y la irradiación del terreno circundante. También se puede aprovechar la sombra y la protección de los vientos cálidos que proporcionan los refugios y formas naturales de tierra o árboles adyacentes. Los suelos deben ser contiguos con las paredes externas, para que no penetre la arena.

**6. En climas fríos:** Es preciso hacer uso de construcciones sólidas con gran capacidad termal en los refugios que tienen ocupación durante todo el día. La construcción ligera con baja capacidad termal es más apropiada para refugios que son ocupados únicamente por la noche. La circulación del aire dentro del refugio debe ser la mínima necesaria para el confort personal, mientras que a la vez debe ser suficiente para la ventilación de los calentadores ambientales o los hornos de cocinar. Las aperturas de puertas y ventanas deben ser diseñadas para reducir las corrientes de aire. Las estufas u otras formas de calefacción ambiental son necesarias, y deben ser idóneas para el refugio. Para que no escape el calor corporal el suelo ha de tener aislamiento, y se deben usar esterres de dormir con aislamiento, colchones o camas elevadas (véase la norma 1 relativa a artículos no alimentarios, página 272).

**7. Ventilación:** Se deberá incorporar en el diseño del refugio una ventilación adecuada para mantener un entorno interior saludable y limitar el riesgo de que se propaguen enfermedades como la tuberculosis por infección transmitida por la inhalación de gotículas.

**8. Prácticas locales relativas a la adquisición de agua, saneamiento y eliminación de desechos:** Se deberá averiguar cuáles eran con anterioridad al desastre las formas como se obtenía agua y qué métodos se practicaban en la defecación y la gestión de desechos, así como también las oportunidades y límites impuestos en dichas prácticas en la situación posterior al desastre. La ubicación de los inodoros y la gestión de desechos sólidos no deben entrar en conflicto con los aspectos culturales, medioambientales, sociales o relativos a la seguridad del diseño o trazado de los refugios individuales o del asentamiento (véase el capítulo sobre abastecimiento de agua, saneamiento y fomento de la higiene, página 61).

**9. Identificación de riesgos vectoriales:** El diseño del refugio y las subsiguientes medidas de lucha antivectorial se deben basar en la

comprensión de las prácticas locales en materia de construcción, las características del uso de los refugios por parte de las personas desplazadas y la selección de materiales. Los riesgos más frecuentes son los que presentan los mosquitos, las ratas y las moscas, así como animales dañinos como serpientes, escorpiones y termitas (véanse las normas 1-3 relativas a la lucha antivectorial, páginas 90-96).

## **Norma 5 relativa a refugios y asentamientos: construcción**

El enfoque adoptado en la construcción está de acuerdo con las prácticas locales en este campo y optimiza las oportunidades locales de encontrar medios de subsistencia.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Se utilizan materiales y mano de obra de adquisición local sin que ello tenga efectos negativos en la economía de la zona o en el medio ambiente (véanse las notas de orientación 1-2).
- Se cumple con normas de calidad de fabricación y de materiales basadas en criterios locales (véase la nota de orientación 3).
- Las especificaciones de construcción y materiales contribuyen a reducir los efectos de futuros desastres naturales potenciales (véase la nota de orientación 4).
- El tipo de construcción y materiales usados hace posible el mantenimiento y mejora de refugios individuales para familias empleando herramientas y recursos de que se dispone en la localidad (véase la nota de orientación 5).
- La compra de materiales y la contratación de mano de obra, así como la supervisión del proceso de construcción, son trámites transparentes de los que se rinde cuentas y que concuerdan con las prácticas administrativas internacionalmente aceptadas en materia de licitación, adquisición y construcción (véase la nota de orientación 6).

## Notas de orientación

### **1. Fuentes de suministro de materiales y mano de obra para la construcción de refugios:**

El apoyo de los medios de subsistencia debe ser fomentado mediante la compra de materiales de construcción y la contratación de especialistas y de mano de obra en la zona local. Pero si es probable que la compra y suministro de materiales locales tenga un considerable efecto negativo en la economía local o en el medio ambiente, será necesario hacer uso de fuentes múltiples, materiales alternativos y otros procesos de producción, o bien de materiales de origen regional o internacional o sistemas de refugios de marcas comerciales. Deberá ser impulsada la reutilización, siempre que sea factible, de materiales recuperados de edificios dañados como materiales primarios de construcción (ladrillos o piedra de mampostería, maderaje de techos, tejas, etc.). Deberán ser identificados de manera consensuada los derechos de propiedad o de usufructo de dicho material (véase la norma 6 relativa a refugios y asentamientos, nota de orientación 3, página 270).

### **2. Participación de las familias afectadas:**

Con programas de adquisición de destrezas y planes de aprendizaje se pueden acrecentar las oportunidades de participación durante la construcción, especialmente en el caso de personas que no posean las habilidades o experiencia necesarias en cuanto a construcción. Podrán aprovecharse las aportaciones complementarias de aquellos que sean menos capaces de realizar tareas física o técnicamente difíciles, contribuciones que podrían consistir en el seguimiento y control de inventarios, el cuidado de los niños o la provisión de alojamiento temporal y comidas para los que trabajan en las obras, y también apoyo de tipo administrativo. Pero se deberán tener en cuenta las restantes demandas que ya pesan sobre el tiempo y recursos de mano de obra de la población afectada. La inclusión de iniciativas del tipo “alimentos por trabajo” puede facilitar la necesaria seguridad alimentaria que permitirá a las familias afectadas participar activamente. Las mujeres sin pareja, las que son cabeza de familia y las que padecen de alguna discapacidad están expuestas a riesgos especiales de explotación sexual cuando piden asistencia para la construcción de sus refugios. Se podría complementar las aportaciones de los beneficiarios con la provisión de asistencia procedente de equipos de cooperantes de la comunidad o de mano de obra contratada (véase la norma relativa a participación, página 32).

**3. Normas de construcción:** Deberán ser acordadas con las autoridades correspondientes las normas de buenas prácticas para el cumplimiento de los requisitos de seguridad y calidad del trabajo. En los lugares donde habitualmente no ha habido adherencia a los códigos locales o nacionales en materia de construcción, o no se ha exigido su cumplimiento, se deberá buscar un acuerdo sobre su introducción incremental.

**4. Prevención y mitigación de desastres:** El diseño deberá ser coherente con las condiciones climáticas conocidas y ser capaz de resistir la posible fuerza del viento y de aguantar las cargas de nieve que se presenten en climas fríos. Deberá estimarse también la resistencia a los terremotos y la capacidad de aguante de presión del terreno. Después de realizar consultas con las autoridades locales y con la población afectada por el desastre, los cambios recomendados o necesarios a consecuencia del desastre deberán ser integrados en las normas de edificación o prácticas comunes en la construcción.

**5. Modernización y mantenimiento:** Como las respuestas de emergencia en materia de refugios suelen proporcionar únicamente un nivel mínimo de espacio cubierto y asistencia material, las familias afectadas tendrán que buscar medios alternativos de incrementar el grado o calidad del espacio cubierto facilitado. El estilo de la construcción y los materiales empleados deberán ser tales que permitan que las familias individuales adapten o mejoren de modo paulatino el refugio o aspectos del diseño para poder cubrir sus necesidades a largo plazo, y que lleven a cabo reparaciones utilizando herramientas y materiales de los que se dispone en la zona local.

**6. Gestión de la tramitación de compras y la construcción:** Se deberá establecer una cadena de abastecimiento y un sistema de gestión de la construcción que sean eficientes y tengan sensibilidad en la respuesta, y en los que haya rendición de cuentas en todo lo relativo a materiales, mano de obra y supervisión de los terrenos de edificación, y que además incluyan los aspectos de búsqueda de fuentes de suministro, compras, transporte, manejo y administración desde el punto de origen hasta el respectivo punto de destino.

## Norma 6 relativa a refugios y asentamientos: impacto medioambiental

Las repercusiones negativas en el medio ambiente son reducidas al mínimo posible mediante el asentamiento de las familias afectadas por el desastre, la búsqueda de fuentes de suministro de materiales y las técnicas empleadas en la construcción.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- En el proceso de asentar temporal o permanentemente a la población afectada se considera la medida en que se dispone de recursos naturales (véanse las notas de orientación 1-2).
- Los recursos naturales son administrados para atender a las necesidades actuales de la población desplazada y la población de acogida (véanse las notas de orientación 1-2).
- En la producción y suministro de material de construcción y el proceso de edificación se reduce al mínimo posible la merma a largo plazo de los recursos naturales (véanse las notas de orientación 2-3).
- Siempre que es posible se retienen los árboles y otra vegetación para que acrecienten la retención del agua, minimicen la erosión del suelo y proporcionen sombra (véase la nota de orientación 4).
- Los lugares de refugios colectivos o campamentos de planificación temporal son devueltos a su estado original, a menos que se acuerde otra cosa, cuando ya no son necesarios para su uso como refugios de emergencia (véase la nota de orientación 5).

## Notas de orientación

- 1. Temas de sostenibilidad y gestión de los recursos medio-ambientales:** En los entornos en los cuales los recursos naturales son insuficientes para sostener un aumento sustancial de habitantes, se deberán realizar esfuerzos para contener la presión no sostenible ejercida en el medio ambiente. Se deberán proveer fuentes externas sostenibles de

combustible y opciones gestionadas de pastos de ganado, producción agrícola y actividades de apoyo de los medios de subsistencia dependientes de recursos naturales. En los entornos con abundantes recursos naturales que podrían sostener un incremento considerable de habitantes, se deberá dispersar a la población afectada, si es necesario, repartíendola por varios asentamientos pequeños, ya que así será menos probable que en los más grandes que se causen daños medioambientales. Se habrán de determinar los derechos de acceso a actuales recursos naturales tales como combustible, agua, madera de construcción, piedra y arena, etc., así como la forma como se suele utilizar y mantener la tierra y las zonas arboladas.

**2. Mitigación del impacto medioambiental a largo plazo:** Si la necesidad de proveer refugios para las poblaciones afectadas produce un significativo impacto perjudicial en el medio ambiente, por ejemplo por merma de los recursos naturales locales, se deberán realizar esfuerzos por reducir al mínimo los efectos a largo plazo mediante actividades complementarias de gestión y rehabilitación del medio ambiente.

**3. Búsqueda de fuentes de materiales de construcción:** Se deberán valorar las repercusiones medioambientales de las prácticas relativas a búsqueda de fuentes de materiales que existían anteriormente al desastre, y también de las demandas formuladas tras el desastre en cuanto a recursos naturales como agua, madera de construcción, arena, tierra y yerbas, y combustible para la cocción de ladrillos y tejas, determinando quiénes suelen ser los usuarios, el ritmo de extracción y de regeneración, y quién posee o controla dichos recursos. Si se utilizan fuentes alternativas o complementarias de suministros, ello puede servir de apoyo a la economía local y reducir el impacto negativo a largo plazo en el entorno natural local. Se deberán especificar múltiples fuentes de provisión y la reutilización de materiales recuperados, el uso de materiales alternativos y métodos de producción (empleando, por ejemplo, bloques de tierra estabilizados), y a la vez adoptar prácticas sostenibles tales como programas de replantación complementaria o de regeneración.

**4. Erosión:** Se deberá efectuar una valoración del uso característico de la tierra, de la distribución de la vegetación existente y de los modelos de avenamiento del agua de superficie con el fin de estimar el impacto del desmonte de terrenos que pueda hacer falta. El uso de tierras agrícolas o

de pastos deberá ser planificado, con el fin de reducir el impacto negativo que pueda tener en el hábitat natural de la zona. También habrán de ser planificadas las soluciones de refugios para que se conserven los árboles actuales y otra vegetación con que mantener la estabilidad del suelo que dicha vegetación proporciona, y con el fin de optimizar las oportunidades de contar con sombra y protección frente a las inclemencias del tiempo. Los caminos, sendas y redes de avenamiento se deberán planificar de forma que utilicen los contornos naturales del terreno a fin de reducir las posibilidades de erosión y de inundaciones. Si esto no se puede conseguir, se deberán tomar otras medidas satisfactorias para contener la probable erosión, tales como la provisión de canales de desagüe excavados, tendidos de tuberías de drenaje bajo los caminos, u orillas de tierra plantadas con las que reducir el escurrimiento de aguas (véase la norma 1 relativa a avenamiento, página 101).

- 5. Entrega:** La regeneración natural del medio ambiente en (o alrededor de) los refugios colectivos y los campamentos temporales planificados o de propia habilitación deberá ser complementada tomando medidas apropiadas de regeneración medioambiental durante la vida útil del asentamiento temporal. A su debido tiempo, se tendrá que gestionar la finalización de los asentamientos temporales de forma que se logre eliminar satisfactoriamente todo el material o los desechos que no resulte posible reciclar o que puedan tener un efecto perjudicial en el medio ambiente.

## *2 Artículos no alimentarios: ropa de vestir, ropas de cama y enseres domésticos*

Las mantas, prendas de vestir y ropas de cama satisfacen las necesidades humanas más personales para la protección contra los rigores del clima y el mantenimiento de la salud, la privacidad y la dignidad. Es necesario contar con productos y suministros básicos que permitan a las familias atender a sus necesidades en materia de higiene personal, preparar y consumir los alimentos, disfrutar de confort termal y construir, mantener o reparar los refugios.

### **Norma 1 relativa a artículos no alimentarios: ropa de vestir y ropas de cama**

Las personas afectadas por el desastre disponen de suficientes mantas, prendas de vestir y ropas de cama para asegurar su dignidad, seguridad y bienestar.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Las mujeres, las adolescentes, los hombres y los muchachos cuentan con un conjunto completo de ropa por lo menos, de la talla correcta y de un tipo apropiado para su cultura, estación del año y clima. Los bebés y los niños de hasta dos años disponen también de una manta de un mínimo de 100 cm x 70 cm (véanse las notas de orientación 1-4).

- Las personas tienen acceso a una combinación de mantas, ropas de cama o esteras de dormir que proporcionan confort termal y permiten dormir separadamente unos de otros, de acuerdo con las necesidades de las personas (véanse las notas de orientación 2-4).
- Las personas que más riesgos afrontan tienen ropa de vestir y ropas de cama adicionales para atender a sus necesidades (véase la nota de orientación 5).
- Cuando ello es necesario, se dispone de la mortaja culturalmente apropiada para el entierro de los muertos.

## Notas de orientación

- 1. Mudas de ropa:** Las personas deben tener acceso a suficientes cambios de ropa para su confort termal, dignidad y seguridad, lo cual podría suponer la provisión de más de un conjunto de prendas esenciales, especialmente de ropa interior, para posibilitar el lavado de ropa.
- 2. Idoneidad:** La ropa de vestir debe ser apropiada para las condiciones climáticas y las prácticas culturales, y ser adecuada separadamente para hombres, mujeres, chicas y chicos, y del tamaño apropiado para su edad. Siempre que sea posible, las ropas de cama deben reflejar las prácticas culturales y ser suficientes en cantidad para que las personas puedan dormir por separado, tal como sea necesario entre los miembros de familias individuales.
- 3. Efectividad termal:** Se deberá prestar consideración a las características de termoaislamiento de la ropa de vestir y las ropas de cama y al efecto de las condiciones climáticas de lluvia o humedad en su efectividad termal. Se debe proporcionar una combinación adecuada de ropas de ambos tipos con las que obtener un nivel satisfactorio de abrigo. Para contrarrestar el escape del calor a través del suelo podrá ser más eficaz distribuir esteras de dormir con aislamiento que proveer más mantas.
- 4. Durabilidad:** La ropa de vestir y las ropas de cama que se proporcionen deberán ser suficientemente duraderas y resistentes al desgaste por el uso prolongado debido a la falta de artículos alternativos.
- 5. Necesidades especiales:** Se deberán facilitar cambios de ropa

adicionales, siempre que sea posible, a las personas que sufren incontinencia, a las que viven con el VIH/sida (PVVS) y padecen de la diarrea relacionada, a las mujeres embarazadas y lactantes, a las personas de edad, a las discapacitadas y a las que tengan movilidad reducida. Los bebés y los niños son más propensos a la pérdida de calor que los adultos a causa de la proporción entre la superficie del cuerpo y la masa corporal, y pueden necesitar más mantas, etc. para mantener un nivel apropiado de confort termal. Dada su falta de movilidad, los ancianos y los enfermos y personas de salud delicada, incluyendo las personas que viven con VIH/sida (PVVS), podrán requerir también atención especial, como la provisión de colchones o camas elevadas.

## **Norma 2 relativa a artículos no alimentarios: higiene personal**

Todas las familias afectadas por el desastre tienen acceso a suficiente jabón y otros productos con los que atender a su higiene personal, salud, dignidad y bienestar.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Cada persona tiene acceso a 250 g de jabón de baño por mes (véanse las notas de orientación 1-3).
- Cada persona tiene acceso a 200 g al mes de jabón para lavar la ropa (véanse las notas de orientación 1-3).
- Las mujeres y las adolescentes disponen de material sanitario para la menstruación (véanse las notas de orientación 4).
- Los bebés y los niños de hasta dos años cuentan con 12 pañales lavables, si es que el uso de los mismos es generalizado.
- Es posible obtener acceso a otros artículos esenciales para la higiene personal, la dignidad y el bienestar de las personas (véanse las notas de orientación 5).

## Notas de orientación

- 1. Idoneidad:** A la hora de especificar los artículos que se van a proveer se deben tener en cuenta las prácticas culturales vigentes y cuáles son los productos con los que la gente está familiarizada, teniendo cuidado de evitar aquéllos que no serían usados por ser desconocidos o que podrían ser mal utilizados (por ejemplo, porque se pueden confundir con productos alimenticios). Se puede especificar que se faciliten polvos de lavar en vez de jabón, o bien fomentar el uso de alternativas como ceniza o arena limpia, si estos productos son más apropiados culturalmente o son preferidos.
- 2. Reposición:** Se deberá prestar consideración a la reposición de artículos de consumo cuando sea necesario.
- 3. Necesidades especiales:** Se deben facilitar cantidades adicionales de jabón de baño y para lavar la ropa, siempre que sea posible, a las personas con problemas de incontinencia, las que viven con el VIH/sida (PVVS) y la diarrea relacionada, y a las personas de edad, las discapacitadas y las que padecen de movilidad reducida.
- 4. Protección sanitaria:** Las mujeres y las adolescentes deben recibir materiales apropiados para la menstruación. Es importante que tales materiales sean apropiados y discretos, y que participen las mujeres en las decisiones sobre lo que se les proporciona.
- 5. Otros artículos de higiene:** Las prácticas sociales y culturales vigentes podrán requerir que exista acceso a otros artículos de higiene personal. Si se dispone de ellos, entre estos artículos se podría incluir (por persona y por mes): 75 ml/100 g de pasta de dientes; un cepillo de dientes; 250 ml de champú; 250 ml de loción para bebés y niños de hasta dos años; una maquinilla de afeitar desechable. Por familia, se podría incluir también un cepillo de pelo y/o un peine, y un corta uñas.

### Norma 3 relativa a artículos no alimentarios: utensilios para cocinar y comer

Todos los hogares afectados por el desastre tienen acceso a utensilios para cocinar y comer.

## Indicadores clave (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Todas las familias tienen acceso a una olla de cocinar grande con mango para asirla y con una sartén que hace de tapadera; otra olla de cocinar de tamaño mediano con mango y tapadera; una fuente para preparar la comida y servirla; un cuchillo de cocina; y dos cucharones de madera para servir (véase la nota de orientación 1).
- Todas las familias tienen acceso a dos recipientes para agua con cabida de entre 10 y 20 litros, con tapadera o tapón (un bidón de 20 litros con tapón a rosca y un cubo de 10 litros con tapadera), y otros recipientes para conservar el agua o los alimentos (véanse las notas de orientación 1-2).
- Cada persona tiene acceso a un plato de comer, una cuchara de metal y un tazón o vaso para beber (véanse las notas de orientación 1-4).

## Notas de orientación

- 1. Idoneidad:** Los artículos que se proporcionan son culturalmente apropiados y se pueden usar sin peligro. Las mujeres o las personas que con más frecuencia supervisan la preparación de los alimentos y la recolección del agua deben ser consultadas a la hora de especificar dichos artículos. Los utensilios de cocinar y de comer, y los recipientes para recoger el agua deben ser de un tamaño que convenga a las personas de edad, los discapacitados y los niños, según proceda.
- 2. Productos de plástico:** Todos los productos de plástico (cubos, cuencos, bidones, recipientes para el agua, etc.) deben ser de material de plástico adecuado para uso alimentario (véase también la norma 3 relativa al abastecimiento de agua, nota de orientación 1, página 81).
- 3. Productos metálicos:** Todos los cubiertos, cuencos, platos y tazones deben ser de acero inoxidable u otro material no ferroso.
- 4. Alimentación de bebés:** No se deben entregar biberones para lactantes, a menos que haya circunstancias excepcionales que requieran la provisión de sucedáneos de la leche materna (véase la norma 2 relativa al apoyo nutricional general, nota de orientación 1, página 168).

## **Norma 4 relativa a artículos no alimentarios: hornos de cocina, combustible y alumbrado**

Todos los hogares afectados por el desastre cuentan con acceso a instalaciones colectivas de preparación de alimentos o a un horno de cocina, así como un suministro accesible de combustible para cocinar y usar para su confort termal. También tienen acceso a medios apropiados de proveerse de alumbrado artificial sostenible para asegurar su seguridad personal.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Si los alimentos son cocinados individualmente en el seno de cada familia, cada hogar dispondrá de un horno de cocina y de combustible con que atender a sus necesidades esenciales en materia de cocina y calefacción (véanse las notas de orientación 1-2).
- Se determinan las fuentes de combustible que son sostenibles medioambiental y económicamente, y se les concede prioridad con respecto a fuentes externas (véase la nota de orientación 3).
- El combustible es obtenido de una manera segura y exenta de peligros, y no hay informes de incidentes en que las personas hayan sufrido daños durante la recolección rutinaria de combustible (véase la nota de orientación 4).
- Se dispone de espacio seguro para el almacenamiento de combustible.
- Todos los hogares tienen acceso a medios sostenibles de usar luz artificial, como por ejemplo linternas o velas.
- Todos los hogares tienen acceso a fósforos (cerillas) o un medio alternativo de prender fuego al combustible o encender las velas, etc.

## Notas de orientación

- 1. Hornos de cocinar:** Deberán ser tenidas en cuenta las prácticas locales al especificar las soluciones en lo relativo a hornos de cocina y combustible. Se deben fomentar las prácticas de cocinar que sean más eficientes en cuanto al uso de energía, incluyendo la preparación de la leña, la gestión del fuego, la preparación de los alimentos, la preparación colectiva de comidas, etc. Aquí se podrían incluir posibles cambios en el tipo de producto alimenticio que se va a preparar, tales como las raciones facilitadas por programas de asistencia alimentaria: por ejemplo, las leguminosas tienen un tiempo de cocción muy largo, y por tanto requieren mucho combustible. Si las poblaciones desplazadas son alojadas en refugios colectivos, será preferible hacer uso de instalaciones de cocina y calefacción comunitarias o centralizadas, en vez de proporcionar a las familias hornos individuales de cocinar, para reducir el peligro de incendios y la contaminación del humo dentro de casa.
- 2. Ventilación:** Si se usan dentro de un recinto cerrado, los hornos de cocinar deben estar provistos de conductos de humos para dar salida al exterior a los gases o humos sin causar peligros. De modo alternativo, se podrán situar, dentro del recinto del refugio, los hornos de cocinar de forma que se aprovechen los espacios de entrada y salida que están protegidos contra los rigores del tiempo para conseguir una ventilación adecuada y reducir el riesgo de la contaminación interior y los problemas respiratorios. Los hornos de cocinar habrán de estar diseñados para minimizar el peligro de incendio y de contaminación interior y exterior.
- 3. Fuentes sostenibles de combustible:** Deberán ser bien administradas las fuentes de combustible, tomando medidas para reponer y regenerar los recursos con el fin de asegurar la sostenibilidad del suministro.
- 4. Recolección de combustible:** Se deberá consultar a las mujeres sobre la ubicación del combustible a utilizar para la cocina y para la calefacción, y los medios de recolectarlo, abordando los temas de seguridad personal. Se deberán afrontar las demandas relativas a la recolección de combustible en el caso de grupos especialmente vulnerables como hogares en que el cabeza de familia es una mujer y familias que cuidan a personas que viven con el VIH/sida (PWS). Siempre que sea posible se deberán hacer provisiones especiales, tales como la elección de combustibles más fáciles de recolectar, el uso de hornos que usan menos combustible y fuentes accesibles de combustible.

## Norma 5 relativa a artículos no alimentarios: herramientas y equipo

Todos los hogares afectados por el desastre que se encargan de la construcción o mantenimiento y uso sin peligros de su refugio tienen acceso a las herramientas y equipo necesarios.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Si se encargan de la construcción de una parte (o la totalidad) de su refugio, o de llevar a cabo el mantenimiento esencial del mismo, todas las familias tendrán acceso a herramientas y equipo con los que realizar estas tareas de forma segura (véanse las notas de orientación 1-2).
- Si es necesario, se imparte formación o guía en el uso de las herramientas y en las tareas de construcción o mantenimiento del refugio (véase la nota de orientación 3).
- A fin de proteger a todos los miembros de la familia, se proporcionan materiales para reducir la propagación de enfermedades transmitidas por vectores, como por ejemplo mosquiteros (véanse las normas 1-3 relativas a la lucha antivectorial, páginas 90-96).

### Notas de orientación

- 1. Herramientales típicos:** Dependiendo de cuáles sean las prácticas locales, entre los conjuntos de herramientas generalmente provistos podrá haber un martillo o mazo, un hacha o machete, y una pala o azadón. Sus características deberían permitir que estas herramientas sean reparadas fácilmente en la zona local con la tecnología disponible. Además, las comunidades desplazadas deberán contar con suficientes herramientas para excavar canales de evacuación de aguas de superficie y para atender a las exequias de personas fallecidas por el método apropiado, sea mediante la construcción de ataúdes, la excavación de sepulturas individuales o comunes o la preparación de piras funerarias.

- 2. Actividades relacionadas con los medios de subsistencia:** Siempre que sea posible, las herramientas provistas serán también apropiadas para realizar actividades que contribuyan a apoyar los medios de subsistencia.
- 3. Asistencia técnica:** En los hogares en que el cabeza de familia sea una mujer, así como entre otros grupos vulnerables identificados, podrá ser necesario que presten ayuda los miembros de la familia extendida, los vecinos, o bien personas contratadas que se encarguen de la construcción designada o los trabajos de mantenimiento.

# Apéndice 1

## **Lista de verificación para la valoración inicial de necesidades en materia de refugios, asentamientos y artículos no alimentarios**

Esta lista de preguntas servirá de guía para asegurarse de que se obtiene información apropiada que deberá influir en la respuesta posterior al desastre en lo relativo a refugios. Esta lista no es preceptiva, y debe ser utilizada y adaptada tal como convenga. Se supone que se obtendrá separadamente la información sobre las causas subyacentes del desastre, la situación en cuanto a seguridad, los datos demográficos básicos sobre la población desplazada y la población de acogida, y acerca de quiénes son las personas principales a las que contactar y consultar (véase la norma relativa a la valoración inicial, página 34).

### **1. Refugios y asentamientos**

#### *Datos demográficos*

- ¿De cuántas personas se compone una familia típica?
- ¿Hay en la comunidad afectada grupos de personas que no forman familias típicas, tales como niños no acompañados, o grupos minoritarios especiales entre los cuales los números de integrantes de los hogares no son los típicos?
- ¿Cuántas familias se encuentran sin refugio, o en refugio inadecuado, y dónde están?
- ¿Cuántas personas que no son miembros de hogares individuales se encuentran sin refugio, o en refugio inadecuado, y dónde están?

#### *Riesgos*

- ¿Qué peligro inminente de perder la vida presenta la falta de refugio o el refugio inadecuado, y cuántas personas se encuentran ante este peligro?

- ¿Qué riesgos potenciales amenazan la vida, la salud y la seguridad de la población afectada a causa de su falta de refugio?
- ¿Con qué riesgos potenciales, o con qué tipo de impacto, se enfrentan las poblaciones de acogida a causa de la presencia de las familias desplazadas?
- ¿Qué otros riesgos potenciales suponen una amenaza para la vida, la salud y la seguridad de la población afectada como resultado de los efectos continuados del desastre en la provisión de refugios?
- ¿Quiénes son las personas vulnerables de la población, considerando también a los que viven con el VIH o sida?
- ¿Cuáles son los riesgos particulares que corren las personas vulnerables, y por qué?

### ***Actividades de las familias***

- ¿Cuáles son las actividades del hogar y de apoyo de los medios de subsistencia que tienen lugar por lo general en los refugios de la población afectada, y de qué modo la provisión y el uso resultantes de espacio son reflejo de estas actividades?
- ¿Cuáles son las actividades de hogar y apoyo de los medios de subsistencia que tienen lugar por lo general en las zonas externas que hay junto a los refugios de la población afectada, y de qué modo la provisión y el uso resultantes de espacio son reflejo de estas actividades?

### ***Materiales y diseño***

- En lo relativo a los refugios, ¿qué soluciones o materiales iniciales han sido facilitados hasta la fecha por las familias afectadas u otros interventores?
- ¿Qué materiales pueden ser aprovechados, procedentes de los lugares dañados (si ello tiene aplicación), para su uso en la reconstrucción de refugios?
- En materia de construcción, ¿cuáles son las prácticas generalizadas de las poblaciones desplazadas y las poblaciones de acogida, y cuáles son los materiales diferentes que se usan para construir la estructura de soporte y el techo, y las paredes externas?

- ¿De qué soluciones de diseño o materiales alternativos se podría disponer potencialmente que sean conocidas o aceptables para la población afectada?
- ¿De qué modo pueden las potenciales soluciones identificadas para refugios ser una respuesta para cuestiones preocupantes relativas a prevención y mitigación de desastres aislados y múltiples?
- Por lo general, ¿cómo han sido construidos los refugios, y por quién?
- ¿Qué es lo que se hace con mayor frecuencia para obtener los materiales de construcción, y quién se encarga de esto?
- ¿De qué forma puede impartirse formación o prestar ayuda a las mujeres, los jóvenes y las personas de edad para que participen en la construcción de sus propios refugios, y cuáles son los obstáculos?

### ***Recursos locales y restricciones***

- ¿Con qué recursos materiales, económicos y humanos cuentan actualmente las familias afectadas y la comunidad, y qué obstáculos hay en la tarea de atender a algunas de sus necesidades urgentes en materia de refugios, o a todas ellas?
- ¿Cuáles son las oportunidades presentadas o las restricciones impuestas por los actuales modelos de propiedad y uso de la tierra y de disponibilidad de tierras vacantes, en la tarea de ayudar a atender a necesidades urgentes en materia de refugios?
- ¿Cuáles son las oportunidades presentadas o las restricciones impuestas por la población de acogida en la tarea de alojar a las familias desplazadas en sus propias viviendas o en tierras adyacentes?
- ¿Cuáles son las oportunidades presentadas o las restricciones impuestas por la utilización de edificios o estructuras actuales disponibles y no afectados donde alojar temporalmente a familias desplazadas?
- ¿Sería apropiado desde el punto de vista topográfico y medioambiental usar tierras vacantes accesibles para instalar en ellas asentamientos temporales?

- ¿Cuáles serían los requisitos y las limitaciones determinantes de las normativas de las autoridades locales para desarrollar soluciones en materia de refugios?

### ***Servicios e instalaciones esenciales***

- ¿Cuál es la disponibilidad actual de agua potable y para la higiene personal, y qué posibilidades y restricciones habría en la tarea de atender a las necesidades previstas en materia de saneamiento?
- ¿Qué provisión existe actualmente en cuanto a instalaciones sociales (clínicas/centros sanitarios, escuelas, lugares dedicados al culto, etc.), y qué oportunidades y restricciones hay para acceder a estos lugares?

### ***Repercusiones en la comunidad de acogida y en el medio ambiente***

- ¿Cuáles son los temas que preocupan a la comunidad de acogida?
- ¿Cuáles son las cuestiones a resolver en lo relativo a la organización y planificación del alojamiento de familias desplazadas dentro de la comunidad de acogida o en asentamientos temporales?
- ¿Cuáles son las preocupaciones medioambientales en cuanto a proveer la necesaria asistencia en materia de refugios (materiales de construcción y acceso) y prestar apoyo a las familias desplazadas (combustible, saneamiento, eliminación de desechos, pasto para animales si hace al caso)?
- ¿Qué oportunidades existen para construir refugios locales y proveer asentamientos, y para adquirir capacidades de gestión?
- ¿Qué oportunidades en apoyo de los medios de subsistencia se pueden facilitar mediante la adquisición de materiales y la construcción de soluciones en materia de refugios y asentamientos?

## 2 Artículos no alimentarios: ropa de vestir, ropas de cama y artículos de hogar

### *Ropa de vestir y ropas de cama*

- ¿Cuál es la provisión habitual de prendas de vestir, mantas y ropas de cama para mujeres, hombres, niños y bebés, mujeres embarazadas, mujeres lactantes y personas mayores, y qué consideraciones particulares de tipo social y cultural se deben tener presentes?
- ¿Cuántas mujeres y hombres de todas las edades, niños y bebés tienen cantidad insuficiente o inadecuada de ropa de vestir, mantas o ropas de cama para enfrentarse con los rigores del clima y mantener su salud, dignidad y bienestar, y por qué?
- ¿Con qué riesgos inminentes de perder la vida se enfrentan las personas por la falta de adecuadas ropa de abrigo, mantas o ropas de cama, y cuántas personas se encuentran en esta situación?
- ¿Cuáles son los riesgos potenciales que amenazan la vida, la salud y la seguridad personal de la población afectada a causa de su necesidad de prendas de vestir, mantas o ropas de cama adecuadas?
- ¿Qué grupos sociales corren mayores riesgos, y por qué? ¿Cuál es el mejor modo de prestar apoyo a estos grupos para que puedan adquirir poderes?

### *Higiene personal*

- ¿A qué artículos esenciales para atender a su higiene personal tenía acceso una familia típica antes del desastre?
- ¿A qué artículos esenciales no tienen ahora acceso las familias afectadas?
- ¿Cuáles son las necesidades particulares de las mujeres, las adolescentes, los niños y los bebés?
- ¿Qué artículos adicionales son considerados social o culturalmente importantes para mantener la salud y la dignidad de las personas afectadas?

### ***Preparación de comidas y consumo de alimentos, hornos de cocinar y combustible***

- ¿A qué utensilios para cocinar y para comer tenía acceso una familia típica antes del desastre?
- ¿Cuántas familias no tienen acceso a suficientes utensilios para cocinar y para comer, y por qué?
- ¿A qué tipo de horno de cocina y forma de calentar la vivienda tenía acceso una familia típica, dónde se cocinaba en relación con el actual refugio y el área circundante, y qué combustible se usaba por regla general?
- ¿Cuántas familias no tienen acceso a un horno para cocinar y calentar la vivienda, y por qué?
- ¿Cuántas familias no tienen acceso a cantidades adecuadas de combustible para cocinar y calentar la vivienda, y por qué?
- ¿Cuáles son las oportunidades y las restricciones, y en particular las preocupaciones en cuanto al medio ambiente, relativas a la adquisición de cantidades adecuadas de combustible para las familias desplazadas y la comunidad de acogida (tal como proceda)?
- ¿Qué consecuencias tiene para las mujeres de la comunidad desplazada el que sean ellas quienes se encargan de obtener cantidades suficientes de combustible?
- ¿Qué consideraciones deben tenerse en cuenta en lo relativo a usos culturales y habituales y prácticas exentas de peligros?

### ***Herramientas y equipo***

- ¿A qué herramientas básicas tienen acceso las familias para construir, mantener o reparar los refugios?
- ¿En qué actividades en apoyo de los medios de subsistencia se pueden utilizar también las herramientas básicas para la construcción, mantenimiento y reparación de refugios?
- ¿Obliga el clima o el entorno natural a cubrir el suelo para mantener niveles apropiados de salud y dignidad, y qué soluciones materiales apropiadas es posible facilitar?

- ¿Qué medidas de lucha antivectorial, y en particular la provisión de mosquiteros, es necesario tomar para velar por la salud y el bienestar de las familias?

# Apéndice 2

## Referencias

Gracias al programa *Forced Migration Online* ( Migración forzada en línea) del Refugee Studies Centre (Centro de Estudios de Refugiados) de la Universidad de Oxford, muchos de estos documentos cuentan ahora con permiso de copyright y han sido incluidos en un enlace especial de Esfera: <http://www.forcedmigration.org>

Nota: En la medida de lo posible, se facilitan los títulos oficiales de los documentos, pero en algunos casos la traducción de títulos de documentos, informes o publicaciones insertada entre paréntesis se proporciona únicamente a fines informativos al no existir o ser desconocida la versión aceptada.

## Instrumentos jurídicos internacionales

*El derecho a vivienda adecuada* (Artículo 11 (1) del *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights* (Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), CECSR Comentario General 4, 12 de diciembre de 1991. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

*Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer* (1981); Artículo 14(2)(h).

*Convención sobre los Derechos del Niño* (1990); Artículo 27(3).

*Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial* (1969), Artículo 5(e)(iii).

*Convención Internacional sobre el Estatuto de los Refugiados* (1951), Artículo 21.

*Declaración Universal de Derechos Humanos* (1948), Artículo 25.

## General

ACNUR (1996), *Environmental Guidelines* (Directrices sobre temas de medio ambiente). ACNUR. Ginebra.

ACNUR (2002), *Environmental Considerations in the Life Cycle of Refugee Camps* (Consideraciones medioambientales en el ciclo de vida de los campamentos de refugiados). ACNUR. Ginebra.

ACNUR (1993), *First International Workshop on Improved Shelter Response and Environment for Refugees* (Primer taller internacional sobre mejores respuestas y entorno para refugiados). ACNUR. Ginebra.

ACNUR (1991), *Guidelines on the Protection of Refugee Women* (Directrices sobre la protección de mujeres refugiadas). ACNUR. Ginebra.

ACNUR (1999), *Handbook for Emergencies* (Manual para casos de emergencia). ACNUR. Ginebra.

ACNUR (2001), *Policy for Older Refugees: A Resource for the Refugee Community* (Política sobre refugiados de edad: un recurso para la comunidad de refugiados). ACNUR. Ginebra.

ACNUR (1998), *Refugee Operations and Environmental Management: Key Principles of Decision-Making* (Operaciones con refugiados y gestión medioambiental: principios clave en la toma de decisiones). ACNUR. Ginebra.

ACNUR (1995), *Sexual Violence Against Refugees* (Violencia sexual contra refugiados). ACNUR. Ginebra.

Chalinder, A (1998), *Good Practice Review 6: Temporary Human Settlement Planning for Displaced Populations in Emergencies* (Revisión 6 de buenas prácticas: Planificación de asentamientos humanos temporales para poblaciones desplazadas en casos de emergencia) Overseas Development Institute/Relief and Rehabilitation Network (Instituto de Desarrollo Exterior/Red de Auxilio y Rehabilitación) Londres.

Davis, I (1978), *Shelter After Disaster* (Refugios tras desastres). Oxford Polytechnic Press.

Davis, J y Lambert, R (1995), *Engineering in Emergencies: A Practical Guide for Relief Workers* (Trabajos de ingeniería en casos de emergencia: guía práctica para trabajadores de asistencia humanitaria). RedR/IT Publications. Londres.

Hamdi, N (1995), *Housing Without Houses: Participation, Flexibility, Enablement* (Alojamiento sin casas; participación, flexibilidad, capacitación). IT Publications, Londres.

CICR (2002), *Emergency Items Catalogue* (Catálogo de artículos de emergencia). CICR. Ginebra.

Kelly, C (2002), *Guidelines in Rapid Environmental Impact Assessment in Disasters* (Directrices para valoración rápida del impacto medioambiental en casos de desastre). Centro de Investigación Benfield Hazard, University College, Londres.

MSF (1997), *Guide of Kits and Emergency Items. Decision-Maker Guide* (Guía de kits y artículos de emergencia. Guía sobre la toma de decisiones). Cuarta edición en inglés. Médecins Sans Frontières. Bélgica.

Shelterproject.org (2004), *Guidelines for the Transitional Settlement of Displaced Populations* (Directrices para el asentamiento transitorio de poblaciones desplazadas). Cambridge.

PNUD (1995), *Emergency Relief Items, Compendium of Generic Specifications*. Vol 1: Telecommunications, Shelter and Housing, Water Supply, Food, Sanitation and Hygiene, Materials Handling, Power Supply (Artículos de auxilio humanitario en casos de emergencia, Compendio de especificaciones genéricas. Vol. 1: telecomunicaciones, refugios y viviendas, abastecimiento de agua, alimentos, saneamiento e higiene, manejo de materiales, suministro de energía). Inter-Agency Procurement Services Office, PNUD. Copenhague.

UNDRO (United Nations Disaster Relief Coordinator – Coordinador de las Naciones Unidas para el auxilio en casos de desastre (1982), *Shelter After Disaster: Guidelines for Assistance* (Refugios tras desastres: directrices de asistencia humanitaria). UNDRO. Ginebra.

USAID (1994), *Field Operations Guide for Disaster Assessment and Response* (Guía de operaciones en el terreno para la valoración y respuesta al desastre). Office of Foreign Disaster Assistance (Oficina de asistencia exterior en casos de desastre), USAID.

Zetter, R (1995), *Shelter Provision and Settlement Policies for Refugees: A State of the Art Review* (Políticas de provisión de refugios y asentamientos para refugiados: Examen del estado de la cuestión). Studies on Emergency and Disaster Relief No. 2. (Estudios sobre auxilio humanitario en casos de emergencia y desastres núm. 2) Noriska Afrikainstitutet. Suecia.

Zetter, R, Hamdi, N y Ferretti, S (2003), *From Roofs to Reintegration* (Desde techos hasta reintegración). Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC, Agencia suiza para el desarrollo y la cooperación). Ginebra.

## *Notas*

## *Notas*

## *Notas*



## Capítulo 5: Normas mínimas en materia de servicios de salud

# Cómo usar este capítulo

Este capítulo se encuentra dividido en tres secciones principales: 1) sistemas e infraestructura de salud; 2) lucha contra enfermedades transmisibles; y 3) lucha contra enfermedades no transmisibles. La organización del capítulo favorece la adopción de un enfoque basado en sistemas en el diseño, la implementación, el seguimiento y la evaluación de los servicios de salud durante un caso de desastre, lo cual parece ser la manera más fiable de asegurarse de que las necesidades prioritarias en materia de salud son identificadas y atendidas de un modo eficaz y efectivo. A lo largo de todo el capítulo, se pone de relieve la importancia de principios como el de prestar apoyo a los sistemas de salud nacionales y locales, la coordinación y la estandarización.

Cada una de las secciones contiene lo siguiente:

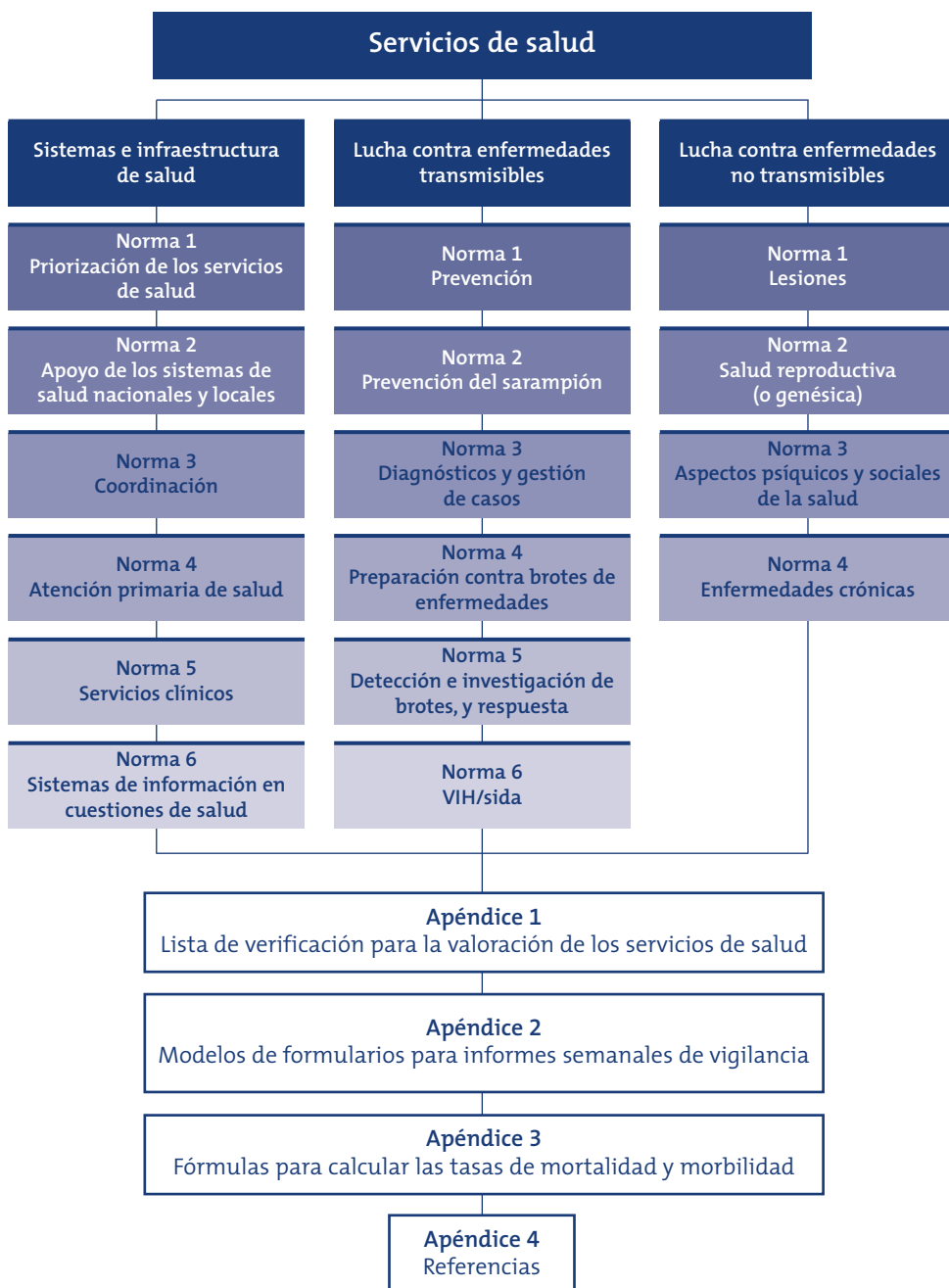
- *las normas mínimas*, que son de índole cualitativa y especifican los niveles mínimos que hay que alcanzar en la provisión de servicios de salud;
- *indicadores clave*, que son las “señales” que permiten comprobar si se ha cumplido con la norma y que constituyen un medio de medir y comunicar el impacto o resultado de los programas, así como de los procedimientos o métodos utilizados. Los indicadores pueden ser de carácter cualitativo o cuantitativo;
- *notas de orientación*, que abarcan los puntos que hay que considerar a la hora de aplicar la norma y los indicadores a situaciones diferentes, una guía sobre cómo abordar las dificultades prácticas, y consejos sobre temas prioritarios. En estas notas se tratan también cuestiones de importancia crítica relacionadas con la norma o los indicadores, y se describen dilemas, puntos polémicos o lagunas en los actuales conocimientos.

En los apéndices que figuran al final del capítulo se incluye: una lista de verificación para valoraciones, modelos de formularios de recogida de datos, fórmulas para calcular las tasas de mortalidad y morbilidad, y una lista de referencias selectas en la que se indican las fuentes de información sobre temas generales y sobre cuestiones específicas relacionadas con el contenido de este capítulo.



# Índice

Introducción .....	301
1. Sistemas e infraestructura de salud .....	307
2. Lucha contra enfermedades transmisibles.....	325
3. Lucha contra enfermedades no transmisibles.....	339
 Apéndice 1: Lista de verificación para la valoración de los servicios de salud .....	 351
Apéndice 2: Modelos de formularios para informes semanales de vigilancia .....	 354
Apéndice 3: Fórmulas para calcular las tasas de mortalidad y morbilidad .....	 357
Apéndice 4: Referencias .....	360



# Introducción

## Enlaces con instrumentos jurídicos internacionales

Las Normas mínimas en materia de servicios de salud son una expresión práctica de los principios y derechos enunciados en la Carta Humanitaria. La Carta Humanitaria centra la atención en las exigencias fundamentales a la hora de sustentar la vida y la dignidad de las personas afectadas por calamidades o conflictos, según se consigna en el corpus del derecho internacional relativo a los derechos humanos, el derecho internacional humanitario y el derecho de los refugiados.

Todos tenemos derecho a disponer de servicios de salud, tal como está reconocido en una serie de instrumentos jurídicos internacionales. En ello se incluye no sólo el derecho a tener acceso equitativo a los servicios de salud sino también a los determinantes que subyacen a la salud, todos los cuales suponen el disfrute de otros derechos humanos, tales como el acceso a agua salubre y saneamiento adecuado; una cantidad adecuada de alimentos inocuos, nutrición y vivienda; condiciones medioambientales saludables; acceso a educación y a información sobre temas de salud; no discriminación; y dignidad humana y afirmación de la autoestima individual.

El derecho a la salud se puede garantizar únicamente si la población goza de protección, si los profesionales responsables del sistema de salud están bien preparados y han adquirido el compromiso de observar los principios éticos universales y alcanzar normas profesionales, si el sistema en que trabajan ha sido diseñado para cumplir con normas mínimas en la atención a necesidades y si el Estado está dispuesto a establecer y asegurar estas condiciones de seguridad y estabilidad. Desde esta perspectiva de derechos humanos son de importancia esencial los temas de dignidad y equidad y las obligaciones de los Estados y los agentes no estatales de dar cumplimiento al derecho del individuo a servicios de salud. En tiempos de conflictos armados los hospitales civiles y las instalaciones médicas no pueden en ningún tipo de circunstancias ser objeto de ataques, y el personal médico y sanitario tiene derecho a ser respetado y protegido.

Las Normas mínimas tratadas en este capítulo no son la expresión completa del derecho a la salud. Sin embargo, las normas de Esfera incorporan el contenido central del derecho a la salud y contribuyen a la progresiva realización de este derecho a escala global.

## **La importancia de los servicios de salud en casos de desastre**

Los servicios de salud constituyen un determinante de gran importancia para la supervivencia en las fases iniciales de cualquier desastre. Los desastres casi siempre producen impactos significativos en la salud pública y en el bienestar de las poblaciones afectadas. Los impactos en la salud pública se puede decir que son directos (por ejemplo, lesiones físicas, traumas psicológicos) o indirectos (como aumento en la incidencia de enfermedades infecciosas, desnutrición, complicaciones de enfermedades crónicas). Estos efectos indirectos suelen estar relacionados con factores como la escasez y mala calidad del agua, los fallos en el saneamiento, la interrupción en el suministro de alimentos, los trastornos en los servicios de salud, el hacinamiento de personas y los desplazamientos de población.

Las metas primarias de la respuesta humanitaria ante los desastres son: 1) prevenir y reducir la mortalidad y la morbilidad excesivas, y 2) favorecer el retorno a la normalidad. Hay distintos tipos de desastres que se relacionan con diferentes escalas y patrones de mortalidad y morbilidad (véase la tabla que aparece en la página 306), y por tanto las necesidades médicas y de salud pública de la comunidad afectada variarán de acuerdo con la índole y extensión del desastre.

La priorización de los servicios de salud presupone una clara comprensión del estado de salud de la comunidad afectada, de sus necesidades, riesgos de salud, recursos y capacidades con anterioridad al desastre. En las primeras etapas del desastre es posible que la información sea incompleta, y tendrán que tomarse importantes decisiones sobre cuestiones de salud pública sin contar con todos los datos pertinentes y/o sin haberlos analizado. Por consiguiente, se deberá llevar a cabo cuanto antes una valoración multisectorial en la que tomen parte representantes de la comunidad, con el fin de

determinar el impacto del desastre en la salud pública, las necesidades prioritarias en este campo, la disponibilidad de recursos locales y la necesidad de asistencia externa (véase la norma relativa a valoración inicial, página 34, y el apéndice 1).

En general, las intervenciones prioritarias de salud pública son diseñadas para aportar el mayor beneficio en términos de salud al mayor número posible de personas. En la medida de lo posible, las intervenciones se deben fundamentar en el principio de prácticas basadas en pruebas, dando preferencia a aquellas actuaciones cuyo beneficio en cuanto a salud pública esté demostrado. Por lo general, en dichas intervenciones se incluye facilitar cantidades adecuadas de agua salubre, saneamiento, servicios nutricionales, seguridad y ayuda alimentarias, refugios y atención clínica básica. En los servicios preventivos y clínicos se deberá aspirar primariamente a luchar contra enfermedades que podrían convertirse en epidemias.

Una de las prioridades más importantes será la que se debe otorgar a una campaña de vacunación en masa contra el sarampión, en el caso de las poblaciones expuestas al riesgo de que surja un brote de esta enfermedad, especialmente entre refugiados y personas afectadas por emergencias complejas. En la mayoría de los contextos de desastres los servicios de envío de enfermos a centros médicos especializados y los cuidados basados en hospitales, aunque son importantes, tendrán un menor impacto en la salud pública que las intervenciones de atención primaria de salud.

Es esencial contar con la participación de las comunidades afectadas por el desastre en el diseño, la implementación, el seguimiento y la evaluación de los servicios de salud. Durante este proceso se deberán realizar esfuerzos por identificar las capacidades existentes dentro del sector de la sanidad y construir sobre esta base. El desarrollo de capacidades locales en colaboración con las poblaciones afectadas es probablemente el medio más eficaz de ayudar a las comunidades a recuperarse de los desastres y de prepararlas para futuras ocurrencias del mismo tipo. Es probable que los refugiados y las personas desplazadas dentro de su propio país ejerzan presiones adicionales en los servicios de salud de las poblaciones de acogida. Se deberá por tanto tratar de integrar en el mayor grado posible los esfuerzos

humanitarios con los servicios de salud de las poblaciones de acogida y a la vez prestarles apoyo.

En la mayoría de las situaciones de desastre son la mujer y el niños los principales usuarios de los servicios de atención médica, y es importante conocer las opiniones de las mujeres como medio de asegurarse de que dichos servicios son equitativos, apropiados y accesibles para la población afectada en su conjunto. Las mujeres pueden contribuir a un mejor entendimiento de los factores culturales y las costumbres que afectan a la salud, y también de las necesidades específicas de las personas vulnerables que viven dentro de la población afectada. Ellas deberán, por lo tanto, participar activamente en la planificación e implementación de los servicios sanitarios desde el principio.

## **Enlaces con otros capítulos**

Muchas de las normas que son tratadas en los capítulos relativos a otros sectores son pertinentes para este capítulo. El progreso en alcanzar ciertos niveles de calidad en un sector suele influir, e incluso determinar, el progreso en otros ámbitos. Para que la respuesta sea efectiva hace falta una estrecha coordinación y colaboración con otros sectores. También es necesario coordinar con la autoridad local competente y con otros organismos participantes en la respuesta para lograr que las necesidades sean atendidas, que no se dupliquen los esfuerzos y que se optimice la calidad de los servicios de salud. Hacemos referencia a normas específicas o notas de orientación de otros capítulos técnicos cuando ello hace al caso.

## **Enlaces con normas comunes a todos los sectores**

El proceso mediante el cual se desarrolla e implementa la intervención es de importancia crítica para que ésta resulte efectiva. Este capítulo debe ser utilizado conjuntamente con las normas que son comunes a todos los sectores, las cuales cubren la participación, la valoración inicial, la respuesta, la selección de beneficiarios, el seguimiento, la evaluación y las competencias y responsabilidades de los trabajadores, así como la supervisión, la gestión y el apoyo del personal (véase el capítulo 1, página 25). En particular, en toda respuesta se deberá

maximizar la participación de personas afectadas por el desastre – incluidos los grupos vulnerables mencionados más abajo – para conseguir que dicha respuesta sea apropiada y de calidad.

## **Vulnerabilidades y capacidades de las poblaciones afectadas por los desastres**

Los grupos más frecuentemente expuestos a riesgos en las situaciones de emergencia son las mujeres, las personas de edad, los discapacitados y los que padecen de VIH o sida (personas que viven con el VIH/sida – PVVS). En ciertos contextos algunas personas pueden ser vulnerables a causa de su etnia, por su afiliación religiosa o política, o por ser personas desplazadas. No es ésta una lista exhaustiva, pero incluye a todos aquellos que son identificados con mayor frecuencia. Hay vulnerabilidades específicas que influyen en la capacidad de la gente para enfrentarse con el desastre y sobrevivir, y dentro de cada contexto deberá determinarse cuáles son las personas que corren más peligro.

En este manual se utiliza la expresión “grupos vulnerables” para hacer referencia a todos estos grupos. Cuando un grupo particular se encuentra en peligro, es probable que también otros se vean amenazados. Por lo tanto, se recomienda encarecidamente a los usuarios del libro que, siempre que se mencionen grupos vulnerables, piensen en todos los que incluimos aquí. Debe dedicarse un cuidado especial a proteger y socorrer a todos los grupos afectados, y hacerlo de un modo que no sea discriminatorio y esté basado en sus necesidades específicas. Sin embargo, se debe recordar también que las poblaciones afectadas por los casos de desastre poseen, y adquieren, habilidades y capacidades propias para afrontar la situación, las cuales han de ser reconocidas y apoyadas.

Impacto en materia de salud pública de una selección de desastres					
Efecto	Emergencias complejas	Terremotos	Vientos fuertes (sin inundaciones)	Inundaciones	Riadas/olas sísmicas
Muertes	Muchas	Muchas	Pocas	Pocas	Muchas
Lesiones graves	Varía	Muchas	Cantidad moderada	Pocas	Pocas
Aumento del riesgo de enfermedades transmisibles	Grande	Pequeño	Pequeño	Varía	Pequeño
Escasez de alimentos	Frecuente	Infrecuente	Infrecuente	Varía	Frecuente
Desplazamientos considerables de población	Frecuente (puede ocurrir en zonas urbanas severamente dañadas)	Infrecuente	Infrecuente	Frecuente	Varía

*Fuente:* adaptado de la Pan American Health Organization (Organización Panamericana de la Salud), *Emergency Health Management After Natural Disaster* (Gestión de temas de salud en situaciones de emergencia tras un desastre natural) Office of Emergency Preparedness and Disaster Relief Coordination (Oficina de preparación para casos de emergencia y coordinación de auxilio humanitario en casos de desastre); Publicación científica núm. 47. Washington, DC. Pan American Health Organization, 1981.

Nota: Incluso cuando se trata de tipos específicos de desastres, las características de morbilidad y mortalidad varían significativamente de un contexto a otro. Por ejemplo, la observancia de normativas de construcción puede reducir en gran medida el número de muertes y lesiones graves vinculadas con terremotos. En algunas emergencias complejas las enfermedades transmisibles y la desnutrición son los causantes principales de mortalidad y morbilidad, mientras que en otros casos los traumas de índole violenta son la primera causa de mortalidad y las complicaciones de enfermedades crónicas son una razón principal de la morbilidad excesiva.

## Normas mínimas

# *1 Sistemas e infraestructura de salud*

Durante la respuesta a un caso de emergencia, en situaciones en que con frecuencia suben las tasas de mortalidad o podría pronto suceder así, las intervenciones prioritarias se deben concentrar principalmente en las necesidades urgentes de supervivencia, en las cuales se incluye la atención médica básica. Una vez que las necesidades de supervivencia han sido atendidas, se deberá desarrollar una cantidad mayor de servicios de salud. Durante todas las fases de la respuesta la adopción de un enfoque basado en sistemas de salud en el diseño, la implementación, el seguimiento y la evaluación de los servicios contribuirá a garantizar que serán atendidas las necesidades más importantes, que la cobertura será apropiada, que se optimizará el acceso y que se fomentará la calidad.

Las normas que siguen tienen aplicación en todos los contextos de desastres, pero son particularmente pertinentes en las situaciones en que los recursos escasean. Las normas han sido concebidas principalmente para que las comunidades afectadas por el desastre tengan acceso a servicios sanitarios de buena calidad durante la respuesta al desastre. Es de especial importancia fomentar la sostenibilidad de los servicios de salud tras el desastre si ha tenido lugar un trastorno considerable de la infraestructura y los servicios sanitarios. Sin embargo, para garantizar la sostenibilidad hace falta considerar factores muy diversos, entre ellos algunos de índole política, administrativa, institucional, financiera y técnica, los cuales quedan fuera del ámbito del presente escrito. Los organismos y el personal sanitario deben tener en cuenta que muchas veces las decisiones tomadas durante la respuesta a un desastre podrán llevar a resultados opuestos, sirviendo para estimular o para socavar la sostenibilidad a largo plazo de los servicios.

## **Norma 1 relativa a sistemas e infraestructura de salud: priorización de los servicios sanitarios**

Todas las personas gozan de acceso a servicios de salud a los que se ha concedido prioridad para afrontar las causas principales de la mortalidad y la morbilidad excesivas.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Las causas principales de la mortalidad y la morbilidad son determinadas, documentadas y seguidas.
- Los servicios sanitarios prioritarios abarcan las intervenciones más apropiadas y eficaces para reducir el exceso de morbilidad y mortalidad (véase la nota de orientación 1).
- Todos los miembros de la comunidad, incluidos los grupos vulnerables, tienen acceso a intervenciones prioritarias en materia de salud (véase la nota de orientación 2).
- En el diseño e implementación de las intervenciones prioritarias de salud participan las autoridades locales de sanidad y los miembros de la comunidad.
- Existe colaboración activa con otros sectores en el diseño e implementación de las intervenciones sanitarias prioritarias, incluyendo las relativas a agua y saneamiento, seguridad alimentaria, nutrición, refugios y protección.
- La tasa bruta de mortalidad general se mantiene en menos del doble de la línea de base documentada con respecto a esta población con anterioridad al desastre, o se reduce a esta proporción (véase la nota de orientación 3)
- La tasa de mortalidad infantil para niños menores de 5 años se mantiene en menos del doble de la línea de base documentada con respecto a esta población con anterioridad al desastre, o se reduce a esta proporción (véase la nota de orientación 3)

## Notas de orientación

1. **Las intervenciones prioritarias en materia de salud** varían según el contexto, incluyendo el tipo de desastre y su impacto. Si el diseño de estas intervenciones se basa en principios de salud pública será posible proporcionar el mayor beneficio sanitario al mayor número de personas. Entre las intervenciones prioritarias de salud están: el suministro adecuado de agua salubre, saneamiento, alimentación y refugios; la lucha contra enfermedades infecciosas (por ejemplo, vacunación contra el sarampión); la atención clínica básica; y la vigilancia de las enfermedades. Se otorga una prioridad aún más alta a la ampliación de los servicios clínicos, incluyendo la atención a casos de trauma, tras los desastres que causan numerosos casos de lesiones, como por ejemplo los terremotos.
2. **Acceso a los servicios de salud:** El acceso se deberá basar en el principio de la equidad, tratando de conseguir un acceso igual que responda a las necesidades y sin que haya ningún tipo de discriminación que pudiera llevar a la exclusión de grupos específicos. En la práctica, la ubicación y la dotación de personal de los servicios de salud deben ser organizadas de forma que se logre un acceso y una cobertura óptimos. A la hora de diseñar los servicios de salud se deberá encarar la cuestión de las necesidades particulares de grupos vulnerables que puedan no haber tenido acceso fácil a las prestaciones. Si se cobra por el servicio, las prestaciones se habrán de disponer de tal forma que aquellos que no puedan pagar también tengan acceso, por ejemplo mediante dispensa de pagos, cupones, etc.
3. **Tasa bruta de mortalidad y tasa de mortalidad de niños menores de 5 años:** La tasa bruta de mortalidad (TBM) diaria es el indicador sanitario más específico y útil para efectuar el seguimiento en una situación de desastre. Si la línea de base de la TBM se multiplica por dos, ello es indicativo de que existe una emergencia importante de salud pública que requiere una respuesta inmediata. El promedio de la línea de base de la tasa bruta de mortalidad en los países menos desarrollados es aproximadamente de 0.38 muertes por día por cada diez mil personas; en el África subsahariana es de 0.44; en los países industrializados es del orden de 0.25 por día por cada diez mil personas. Si no se conoce la línea de base los organismos sanitarios deberán tratar de mantener la tasa

bruta de mortalidad en menos de 1.0 por día por cada 10.000 personas. La línea de base de la tasa de mortalidad para niños menores de 5 años (TMM5) en los países menos desarrollados es aproximadamente de un 1.03 por día por cada diez mil niños, y en el África subsahariana de 1.14, mientras que en el caso de los países industrializados es del orden de 0.04 por día por cada diez mil niños de menos de 5 años. Si la línea de base es desconocida, los organismos de salud deberán intentar mantener la tasa bruta de mortalidad en menos de 2.0 por día por cada diez mil niños menores de 5 años (véanse los Apéndices 2-3 y la tabla que sigue).

Datos de referencia sobre la línea de base de la mortalidad por región				
Región	TBM (muertes/día /10.000)	TBM umbral de emergencia	TMM5 (muertes/día/ 10.000 -5 años)	TMM5 umbral de emergencia
África subsahariana	0.44	0.9	1.14	2.3
Oriente Medio y África del norte	0.16	0.3	0.36	0.7
Sur de Asia	0.25	0.5	0.59	1.2
Este de Asia y Pacífico	0.19	0.4	0.24	0.5
América Latina y Caribe	0.16	0.3	0.19	0.4
Europa Central y del Este / CEI y Estados Bálticos	0.30	0.6	0.20	0.4
Países industrializados	0.25	0.5	0.04	0.1
Países en desarrollo	0.25	0.5	0.53	1.1
Países menos desarrollados	0.38	0.8	1.03	2.1
Mundo	0.25	0.5	0.48	1.0

Fuente: Estado Mundial de la Infancia 2003, de UNICEF (datos de 2001).

## Norma 2 relativa a sistemas e infraestructura de salud: apoyo de los sistemas sanitarios nacionales y locales

Los sistemas de salud han sido diseñados para apoyar a los sistemas, las estructuras y los proveedores ya existentes en el sector de la salud.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Los representantes del Ministerio de Sanidad lideran la respuesta del sector sanitario siempre que ello resulta posible.

- Si el Ministerio de Sanidad no posee la capacidad necesaria, se busca un organismo con la correspondiente capacidad para liderar la respuesta del sector sanitario (véanse las notas de orientación 1-2).
- Los servicios locales de sanidad son apoyados y fortalecidos por los organismos encargados de la respuesta (véanse las notas de orientación 1-2).
- Los trabajadores locales de sanidad son apoyados e integrados en los servicios de salud, teniendo en cuenta el equilibrio étnico y entre hombres y mujeres (véase la nota de orientación 3).
- Los servicios de salud incorporan o adaptan las normas y directrices nacionales existentes del país afectado por el desastre o el país de acogida (véase la nota de orientación 4).
- No se establecen instalaciones y servicios de salud paralelos ni alternativos, incluyendo a este respecto hospitales de campaña extranjeros, a menos que las capacidades locales estén desbordadas o que la población no tenga acceso fácil a los servicios actuales. La autoridad sanitaria líder es consultada sobre este tema (véase la nota de orientación 5).

## **Notas de orientación**

- 1. Autoridad sanitaria líder:** Si el Ministerio de Sanidad carece de la capacidad para asumir el papel de autoridad sanitaria líder, generalmente se encargará de ello un organismo de las Naciones Unidas, por ejemplo la OMS, el ACNUR, UNICEF. En ocasiones, si no poseen capacidad a nivel regional, local o del distrito ni el Ministerio de Sanidad ni los organismos de las Naciones Unidas, se podrá encargar a otro organismo participante que coordine las actividades, al menos temporalmente. La autoridad sanitaria líder deberá comprobar que los organismos de salud que organizan la respuesta apoyan y fortalecen las capacidades de los sistemas sanitarios locales. Además, la autoridad sanitaria líder se encargará de que las actividades de los organismos de salud procedan de forma coordinada y mutuamente complementaria.
- 2. Estrategia y política del sector de sanidad:** Una importante responsabilidad de la autoridad sanitaria líder será la de desarrollar la

estrategia global y las políticas generales para la respuesta de emergencia dentro del sector de sanidad. Lo ideal sería preparar un documento de política a seguir en que se especifiquen las prioridades y objetivos del sector sanitario y se presente un marco de referencia para alcanzar estas metas. Este documento debería ser elaborado tras consultar con los correspondientes organismos y con los representantes de la comunidad.

3. **Trabajadores sanitarios locales:** Los profesionales de la salud y otros trabajadores sanitarios de las comunidades afectadas por el desastre, incluidas las parteras o auxiliares tradicionales de parto, deben quedar integrados en los servicios de salud siempre que ello sea apropiado. El equilibrio entre hombres y mujeres, aunque siempre es preferible, tal vez no sea factible en comunidades en las que los proveedores de atención sanitaria son predominantemente de un mismo sexo.
4. **Normas y directrices nacionales:** En general, los organismos deben adherirse a las normas y directrices sanitarias del país en el que se lleva a cabo la respuesta al desastre, incluyendo aquí los protocolos de tratamientos y las listas de medicamentos esenciales (véase la norma 5 relativa a sistemas e infraestructura de salud). Estas normas y líneas directrices deben ser revisadas consultando con el Ministerio de Sanidad o la autoridad sanitaria líder en la primera fase de la respuesta al desastre, para determinar su idoneidad. Si han quedado anticuadas o no reflejan las prácticas basadas en pruebas documentadas, deberán ser actualizadas.
5. **Hospitales de campaña extranjeros:** Es posible que alguna vez sea el hospital de campaña la única manera de facilitar atención sanitaria, si los hospitales existentes no funcionan bien. No obstante, suele ser más eficaz proporcionar recursos a hospitales existentes para que puedan volver a funcionar o sean capaces de dar cabida a nuevas demandas. Podría ser apropiado establecer un hospital de campaña que se encargue de la atención inmediata de lesiones traumáticas (primeras 48 horas), la atención secundaria de lesiones traumáticas y las emergencia de tipo rutinario (días 3-15), o bien como servicio provisional en sustitución de un hospital local dañado hasta que éste sea reconstruido (lo que podrá llevar varios años). Para poder determinar si es apropiado montar un hospital de campaña tiene que existir una necesidad clara, el hospital de campaña debe ser capaz de proveer servicios adecuados, no debe suponer una carga para los recursos locales, y debe presentar una buena relación entre la efectividad y el coste.

## **Norma 3 relativa a sistemas e infraestructura de salud: coordinación**

Las personas tienen acceso a servicios que están bien coordinados entre todos los organismos y sectores con el fin de conseguir la máxima efectividad.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Se implantan mecanismos de coordinación al nivel central (nacional o regional) y al nivel del terreno dentro del sector de sanidad, y entre el sector sanitario y otros sectores.
- Las responsabilidades específicas de cada organismo de salud son clarificadas y documentadas en consultación con la autoridad sanitaria líder, a fin de lograr que la cobertura de la población sea óptima y que los servicios se complementen unos a otros (véase la nota de orientación 1).
- Al nivel local, así como en el terreno, tienen lugar reuniones periódicas de coordinación del sector de sanidad a las que asisten partners locales y externos (véase la nota de orientación 2).

### **Notas de orientación**

- 1. Coordinación entre organismos de salud:** Independientemente de que la autoridad sanitaria líder sea el Ministerio de Sanidad u otro organismo, todas las organizaciones del sector sanitario deben establecer coordinación con los servicios sanitarios nacionales y locales. En los contextos de refugiados, los organismos deberán coordinar con el sistema de salud del país de acogida. Si intervienen en el terreno varios organismos sanitarios, con la asignación coordinada de responsabilidades se podrán cubrir las lagunas existentes en el sector sanitario y evitar las duplicaciones de esfuerzos.
- 2. Las reuniones de coordinación** facilitarán un foro para compartir información, determinar prioridades y efectuar su seguimiento,

desarrollar y adaptar estrategias comunes en cuanto a servicios sanitarios, asignar tareas específicas y acordar protocolos e intervenciones estandarizados. Inicialmente las reuniones deberán celebrarse por lo menos una vez por semana.

## **Norma 4 relativa a sistemas e infraestructura de salud: atención primaria de salud**

Los servicios de salud están basados en los pertinentes principios de atención primaria de salud.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Todas las personas tienen acceso a información sobre temas de salud que les permite proteger y fomentar su salud y bienestar propios (véase la nota de orientación 1).
- Los servicios de salud son facilitados al nivel apropiado del sistema de salud: hogar/comunidad, instalaciones sanitarias periféricas, instalaciones sanitarias centrales, hospital especializado (véase la nota de orientación 2).
- Ha sido establecido por la autoridad sanitaria líder un sistema estandarizado de envío a servicios médicos especializados, y es utilizado por los organismos de salud. Se organiza transporte adecuado para que los pacientes se trasladen al hospital especializado.
- Los servicios y las intervenciones de salud se fundamentan en métodos de solvencia científica y están basados en pruebas documentadas, siempre que ello es posible
- Los servicios y las intervenciones de salud hacen uso de tecnología apropiada, y son social y culturalmente aceptables.

## Notas de orientación

- 1. Información y educación sobre temas de salud:** En consulta con las autoridades sanitarias locales y representantes de la comunidad, debe ponerse en marcha un programa activo de educación y promoción de la salud comunitaria en el que se tendrán en cuenta las conductas beneficiosas para la salud y las creencias de la población en el campo de la salud y se facilitará información sobre los principales problemas endémicos y riesgos de salud, la disponibilidad y ubicación de los servicios sanitarios y el tipo de conducta con que se protege y fomenta la buena salud. En los mensajes públicos y en los materiales sobre temas de salud se deberá utilizar un lenguaje y medios adecuados, y habrán de ser culturalmente sensitivos. En lo posible, el contenido de los mensajes prioritarios en materia de salud debe ser coherente entre los organismos sanitarios que intervienen en la implementación.
- 2. Ambulatorios:** Es posible que durante algunos desastres sea necesario hacer uso de ambulatorios o clínicas móviles para atender a las necesidades de comunidades aisladas o en movimiento que tengan dificultades de acceso a servicios sanitarios. La experiencia demuestra, que si se organizan bien, estas clínicas pueden cumplir una función de gran importancia. Cuando no son organizadas de modo adecuado pueden emplearse poco, desplazar a los servicios existentes y representar un uso ineficiente de recursos limitados. Los ambulatorios deben ser introducidos solamente tras haber consultado con la autoridad sanitaria líder y los representantes locales del sector sanitario.

## **Norma 5 relativa a sistemas e infraestructura de salud: servicios clínicos**

Las personas gozan de acceso a servicios clínicos que han sido estandarizados y que se adhieren a los protocolos y directrices aceptados.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- El número, nivel y ubicación de las instalaciones sanitarias son apropiados para atender a las necesidades de la población (véanse las notas de orientación 1-2).
- El número, las competencias profesionales y el equilibrio étnico/entre hombres y mujeres del personal de todas las instalaciones de sanidad son apropiados para atender a las necesidades de la población (véanse las notas de orientación 1-2).
- Se han alcanzado niveles adecuados de dotación de personal, y por tanto no se exige a los profesionales clínicos que examinen constantemente a más de 50 pacientes al día. Si este umbral es excedido con regularidad, se recluta a personal clínico adicional (véase el Apéndice 3).
- Se efectúa un seguimiento de las tasas de utilización de las instalaciones de sanidad, y se toman medidas correctivas si son usadas de modo excesivo o insuficiente (véase la nota de orientación 3).
- Han sido establecidos por la autoridad sanitaria líder protocolos estandarizados de gestión de casos, y los organismos de sanidad se adhieren a ellos (véase la nota de orientación 4).
- Ha sido determinada por la autoridad sanitaria líder una lista de medicamentos esenciales, y los organismos de sanidad se atienen a ella (véase la nota de orientación 4).
- Se supervisa y se imparte formación al personal clínico en el uso de los protocolos y de la lista de medicamentos esenciales (véanse las notas de orientación 5-6).

- Las personas tienen acceso a un suministro continuo de medicamentos esenciales a través de un sistema estandarizado de gestión de medicamentos en el que se observan las directrices aceptadas (véase la nota de orientación 7).
- Los donativos de medicamentos son aceptados únicamente si muestran observancia de las directrices reconocidas internacionalmente. Los medicamentos donados que no se adhieren a estas directrices no son usados y son desechados de modo seguro.
- Los restos mortales de las personas fallecidas son tratados de manera digna y culturalmente apropiada, basada en buenas prácticas de salud pública (véase la nota de orientación 8).

## Notas de orientación

- 1. Instalaciones sanitarias y personal:** El número y la ubicación de las instalaciones de sanidad de que será necesario disponer y el número y competencias del personal a cada nivel podrán variar de un contexto a otro. Si entre el personal se incluye a una trabajadora de sanidad (aunque sea sólo una) o un representante de un grupo étnico minoritario se aumentará de modo significativo el acceso de las mujeres o las personas de grupos minoritarios a los servicios de salud. Estará prohibido realizar actos o actividades que comprometan la neutralidad de los servicios sanitarios, como por ejemplo llevar armas.
- 2. Dotación de personal:** Las siguientes directrices pueden ser una referencia útil, pero tendrán que ser adaptadas de acuerdo con el contexto. La expresión “trabajador(a) sanitario(a) cualificado/a” significa un proveedor de cuidados clínicos que ha recibido una formación profesional de carácter oficial, como por ejemplo un médico, una enfermera, un colaborador clínico o un ayudante sanitario.
  - a. Nivel de la comunidad: un trabajador comunitario de sanidad por cada 500-1000 personas; una partera o auxiliar tradicional de parto por cada 2000 habitantes; un supervisor por cada 10 visitantes domésticos; un supervisor responsable.
  - b. Instalación periférica de salud (por cada 10.000 personas aproximadamente): un total de dos a cinco miembros del personal; un

mínimo de un trabajador sanitario cualificado, sobre la base de un médico por cada 50 consultas al día; personal no cualificado para la administración de terapia de rehidratación oral (TRO), vendas, etc. y para llevar registros, trabajo administrativo, etc.

- c. Instalación central de sanidad (por cada 50.000 personas aproximadamente): un mínimo de cinco trabajadores sanitarios cualificados, un mínimo de un médico; un trabajador sanitario cualificado por cada 50 consultas al día (consultas externas); un trabajador sanitario cualificado por cada 20-30 camas, en servicios de 24 horas (pacientes ingresados). Un trabajador sanitario no cualificado para administrar la terapia de rehidratación oral; uno o dos para la farmacia; uno o dos para vendas, inyecciones, esterilización. Un técnico de laboratorio. Personal no cualificado para llevar registros, garantizar la seguridad, etc.
- d. Hospital especializado: variable. Por lo menos un médico cirujano; una enfermera por cada 20-30 camas y para cada turno de servicio.

**3. Tasas de utilización de los servicios de salud:** El número de pacientes que acude a las instalaciones sanitarias determinará la tasa de utilización. No hay un umbral fijo de utilización, ya que ésta variará de un contexto a otro, e incluso muchas veces de una estación del año a otra. No obstante, este umbral asciende de un modo significativo entre las poblaciones afectadas por los desastres. Si se trata de poblaciones estables, las tasas de utilización son del orden de 0.5-1.0 nuevas consultas por persona por año. Entre las poblaciones desplazadas se puede esperar un promedio de 4.0 nuevas consultas por persona por año. Si la tasa es más baja que lo que se espera, ello podrá indicar un acceso inadecuado a las instalaciones de sanidad, por ejemplo a causa de baja capacidad en los servicios de salud. Si la tasa es más alta, la razón de ello podría estar en una utilización excesiva debida a un problema específico de salud pública (como el brote de una enfermedad infecciosa), o un cálculo estimativo bajo de la población beneficiaria. Al analizar las tasas de utilización se deberá prestar consideración también a los factores de sexo, edad, origen étnico y discapacidad, para asegurarse de que los grupos vulnerables no están insuficientemente representados (véase el Apéndice 3).

**4. Protocolos de estandarización de tratamientos y listas de medicamentos esenciales:**

La mayoría de los países han determinado listas de medicamentos esenciales o formularios nacionales, y muchos de ellos tienen protocolos de tratamientos para la gestión de enfermedades y lesiones corrientes. Estos protocolos y listas de medicamentos deben ser revisados consultando al Ministerio de Sanidad o la autoridad sanitaria líder en la primera fase de la respuesta al desastre, para determinar su idoneidad. Puede que alguna vez sea necesario hacer cambios en protocolos nacionales y listas de medicamentos ya establecidos, por ejemplo si existen datos que indican resistencia a antibióticos recomendados o agentes antipaludismo. Si no existen protocolos o listas de medicamentos esenciales, se deberán seguir las directrices publicadas por la OMS o el ACNUR, por ejemplo el “*New Emergency Health Kit*” (Nuevo kit [botiquín] sanitario de emergencia).

**5. Formación y supervisión del personal:**

A los trabajadores sanitarios se les deberá impartir la capacitación y las competencias apropiadas a su nivel de responsabilidad. Los organismos de salud tienen la obligación de formar al personal y asegurarse de que sus conocimientos están al día. La formación y la supervisión son dos temas de alta prioridad, sobre todo cuando el personal no ha recibido educación ininterrumpida, o cuando se introducen nuevos sistemas y protocolos de salud. En la medida de lo posible, los programas de formación deberán estar estandarizados y vinculados con los programas nacionales.

**6. Derechos de los pacientes:**

Hay muchos factores relacionados con los desastres que pueden hacer difícil exigir de modo consistente el cumplimiento de los derechos del paciente a privacidad, confidencialidad y consentimiento informado. Sin embargo, el personal sanitario deberá intentar salvaguardar y promocionar estos derechos en el mayor grado posible. Las instalaciones y servicios de salud deben ser diseñados de una manera que permita mantener la privacidad y la confidencialidad (véase la norma 6 relativa a sistemas e infraestructura de salud, nota de orientación 3). Se deberá tratar de obtener el consentimiento informado de los pacientes antes de iniciar un tratamiento médico o intervención quirúrgica. Los pacientes tienen derecho a saber lo que implica cada tratamiento, los beneficios que se esperan, los riesgos potenciales, el coste y la duración.

**7. Gestión de medicamentos:**

Es necesario que, además de hacer uso de

la lista de medicamentos esenciales, los organismos de salud implanten un sistema eficaz de gestión de medicamentos. El objetivo de este tipo de sistema es garantizar el uso eficiente, racional y rentable de los medicamentos. El sistema deberá estar basado en los cuatro elementos clave de la gestión de medicamentos: selección, adquisición, distribución y uso (véase la publicación de Management Sciences for Health (1997) titulada *Managing Drug Supply* (Gestión del suministro de medicamentos)).

#### **8. Disposiciones relativas a los restos mortales de personas**

**fallecidas:** Será preciso contar con disposiciones relativas a lo que se debe hacer con los cadáveres si se trata de desastres con altas tasas de mortalidad. Los restos mortales no se pueden arrojar sin ceremonias a una fosa común. Hacerlo así no sería justificable como medida de salud pública, pero además sería una violación de importantes normas sociales y podría suponer un despilfarro de recursos escasos. La gestión en masa de los restos mortales se suele basar en la falsa creencia de que representan un peligro de epidemia si no son enterrados o cremados inmediatamente. En realidad, el peligro de salud que presentan los cadáveres normalmente es insignificante. Únicamente en algunos casos especiales presentan los restos humanos riesgos de salud y se hace necesario tomar precauciones específicas, por ejemplo si la muerte es consecuencia del cólera o de fiebres hemorrágicas. Las familias deberán tener la oportunidad de celebrar funerales y entierros culturalmente apropiados. Si los que son enterrados fueron víctimas de la violencia, se deberán considerar los temas relativos a las cuestiones médico-legales (véase también la norma 2 relativa a refugios y asentamientos, nota de orientación 3, página 257).

### **Norma 6 relativa a sistemas e infraestructura de salud: sistemas de información sobre temas de salud**

El diseño y desarrollo de los servicios de salud se guían por una continua y coordinada recopilación, análisis y utilización de los pertinentes datos sobre salud pública.

## **Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Es implementado por todos los organismos de salud un sistema estandarizado de información sobre temas de salud (SIS) para recoger sistemáticamente datos pertinentes sobre demografía, mortalidad, morbilidad y servicios de salud (véanse las notas de orientación 1-2 y los apéndices 2-3).
- Ha sido designado un organismo (u organismos) como coordinador de dicho sistema, y se encarga de organizarlo y supervisarlo.
- A intervalos regulares, las instalaciones y organismos de salud presentan los datos de vigilancia a la entidad designada para coordinar el SIS. La frecuencia de estos informes varía según el contexto, pudiendo ser diaria, semanal o mensual.
- El organismo coordinador del SIS elabora un informe periódico de epidemiología que incluye el análisis e interpretación de datos, y este informe es comunicado a los demás organismos, personas que toman decisiones y miembros de la comunidad. La frecuencia de estos informes varía según el contexto, pudiendo ser diaria, semanal o mensual.
- Los organismos toman precauciones adecuadas en cuanto a la protección de datos para garantizar la seguridad de las personas individuales y/o las poblaciones (véase la nota de orientación 3).
- En el mencionado SIS se incluye un componente de alerta previa para detectar los brotes de enfermedades infecciosas (véase la norma 5 relativa a la lucha contra enfermedades transmisibles, página 334).
- En la interpretación de los datos de vigilancia se usa de modo consistente información complementaria procedente de otras fuentes pertinentes que sirve de guía en el proceso de toma de decisiones (véase la nota de orientación 4).

## Notas de orientación

1. **Sistema de información sobre temas de salud (SIS):** Siempre que ello es posible, este sistema se apoya en el sistema de vigilancia que existía anteriormente. En algunos casos de emergencia es posible que haga falta contar con un sistema paralelo, el cual será determinado consultando con la autoridad sanitaria líder. El sistema de información debe ser diseñado de forma que tenga flexibilidad y pueda evolucionar con el tiempo. Durante la respuesta al desastre los datos de salud deberán incluir los siguientes puntos, aunque sin limitarse a ellos:
  - a. tasa bruta de mortalidad
  - b. tasa de mortalidad de niños menores de 5 años
  - c. mortalidad proporcional
  - d. tasa de mortalidad por causas específicas
  - e. tasas de incidencia de las enfermedades más corrientes
  - f. tasas de utilización de las instalaciones de salud
  - g. número de consultas por médico por día
2. **Desglose de datos:** Los datos deberán ser desglosados por edad y por sexo dentro de lo que resulte práctico, para que puedan servir de guía en el proceso de toma de decisiones. El desglose en detalle podrá ser difícil durante las primeras fases de un desastre. Pero los datos de mortalidad y morbilidad relativos a niños de menos de cinco años deberán quedar documentados desde el principio, ya que este grupo se suele encontrar expuesto a riesgos especiales. Además, el desglose por sexo de la mortalidad y la morbilidad resulta útil para detectar las diferencias específicas entre hombres y mujeres. Si el tiempo disponible y las condiciones existentes lo permiten, se deberá tratar de elaborar un desglose más pormenorizado con el fin de descubrir otras diferencias según la edad (por ejemplo, entre 0 y 11 meses, 1-4 años, 5-14 años, 15-49 años, 50-59 años y 60+ años) y el sexo.
3. **Confidencialidad:** Se debe asegurar el carácter confidencial de los registros y datos médicos. Se deben tomar adecuadas precauciones para proteger la seguridad de la persona individual, así como de los datos

misimos. Los miembros del personal no deben revelar información sobre los pacientes a persona alguna que no participe en el cuidado del paciente sin permiso de éste. Los datos que se refieren a traumas causados por torturas o por otras violaciones de los derechos humanos deben ser tratados con el mayor cuidado. Se podrá considerar la posibilidad de transmitir esta información a las personas o instituciones apropiadas, si el interesado da su consentimiento.

**4. Fuentes de otros datos:** Las fuentes de los datos pertinentes relativos a la salud abarcan los informes de laboratorios, las encuestas, los informes de casos, las mediciones de la calidad del servicio y otros sectores programáticos.

Véanse en el Apéndice 2 los modelos de formularios semanales de mortalidad y morbilidad, y en el apéndice 3 las fórmulas utilizadas para calcular las tasas de mortalidad y morbilidad.

## 2 *Lucha contra enfermedades transmisibles*

El aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad debido a enfermedades transmisibles se produce con más frecuencia en relación con casos de emergencias complejas que cuando sobrevienen otros tipos de desastres. En muchos de estos contextos, y especialmente si se trata de países en vías de desarrollo, entre el 60% y el 90% de las defunciones se atribuyen a una de las cuatro siguientes enfermedades infecciosas importantes: sarampión, diarrea, infecciones respiratorias agudas y paludismo. La desnutrición grave suele estar relacionada con tasas más altas de letalidad de estas enfermedades, en especial entre los niños pequeños. En algunos contextos se han presentado también brotes de otras enfermedades transmisibles, tales como la meningitis meningocócica, la fiebre amarilla, la hepatitis viral y la fiebre tifoidea.

Los brotes de enfermedades transmisibles se relacionan con mucha menos frecuencia con desastres naturales que tienen un comienzo repentino. Cuando aquellos surgen, por lo general están vinculados con trastornos en el saneamiento y con el consumo de aguas de mala calidad. El uso potencial de agentes biológicos como armas ofensivas por parte de terroristas y fuerzas militares es causa de nuevas preocupaciones para los organismos de respuesta en casos de desastre y las personas que intervienen en la asistencia humanitaria. La respuesta a incidentes relacionados con armas biológicas no es abordada específicamente en las siguientes normas, aunque algunas de estas normas e indicadores tienen aplicación a este tipo de incidentes.

## Norma 1 relativa a la lucha contra enfermedades transmisibles: prevención

Las personas disponen de acceso a información y servicios que han sido diseñados para prevenir aquellas enfermedades transmisibles que contribuyen más significativamente a la morbilidad y la mortalidad excesivas.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Se desarrollan e implementan medidas generales de prevención que son coordinadas con otros sectores pertinentes (véase la nota de orientación 1).
- Los mensajes de educación comunitaria sobre temas de salud proporcionan a las personas información acerca de la prevención de las enfermedades contagiosas comunes y los medios de acceso a los correspondientes servicios (véase la norma 4 relativa a sistemas e infraestructura de salud, página 315).
- Son implementadas medidas específicas de prevención, como por ejemplo una campaña de vacunación en masa contra el sarampión y el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), de la forma que queda indicada (véanse la nota de orientación 2 y la norma 2 relativa a la lucha contra enfermedades transmisibles).

### Notas de orientación

**1. Medidas generales de prevención:** La mayoría de estas intervenciones son desarrolladas en coordinación con otros sectores, incluyendo:

- agua y saneamiento: suficiente cantidad y adecuada calidad de agua; suficiente saneamiento; fomento de la higiene; lucha antivectorial, etc. (véase la sección sobre agua, saneamiento y fomento de la higiene, página 61).
- seguridad alimentaria, nutrición y ayuda alimentaria: acceso a alimentos adecuados y gestión de la desnutrición (véase la sección sobre seguridad alimentaria, nutrición y ayuda alimentaria, página 121).

- refugios: suficientes refugios adecuados (véase la sección sobre refugios, asentamientos y artículos no alimentarios, página 241).

## 2. **Prevención del sarampión y Programa Ampliado de Inmunización**

**(PAI):** A causa de que el sarampión posee un alto potencial de brotes y mortalidad, la vacunación en masa de los niños contra esta enfermedad suele recibir alta prioridad entre las poblaciones afectadas por los desastres, especialmente las poblaciones desplazadas y/o afectadas por un conflicto. La vacunación contra otras enfermedades infantiles a través del PAI suele ser un objetivo de menor prioridad, porque los brotes de estas enfermedades son menos frecuentes y los riesgos relacionados con ellas más bajos. Por lo tanto, en el PAI suelen introducirse otras vacunas solamente cuando ya se ha atendido a las necesidades perentorias de la población. Entre las excepciones a esta regla están los brotes de enfermedades como la pertussis (tos ferina) o la difteria, que cuando se presentan exigen que se otorgue prioridad a la vacunación contra ellas.

### **Norma 2 relativa a la lucha contra enfermedades transmisibles: prevención del sarampión**

Todos los niños de edades entre 6 meses y 15 años son vacunados contra el sarampión.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- En el comienzo de la respuesta a la emergencia se hace un cálculo estimativo de la cobertura de la vacunación contra el sarampión de niños entre 9 meses y 15 años, para determinar la prevalencia de susceptibilidad al sarampión (véase la nota de orientación 1).
- Si se estima que la cobertura de inmunización es de menos del 90%, se inicia una campaña de vacunación en masa para niños de entre 6 meses y 15 años de edad (se incluye la administración de vitamina A a los niños de 6-59 meses). La campaña de vacunación, incluyendo en ella el PAI, es coordinada con las autoridades de salud nacionales y locales (véase la nota de orientación 2)

- Al finalizar la campaña:
  - por lo menos el 95% de los niños de entre 6 meses y 15 años han sido vacunados contra el sarampión;
  - por lo menos el 95% de los niños de entre 6 meses y 59 meses han recibido una dosis apropiada de vitamina A.
- Todos los niños pequeños de entre 6 y 9 meses reciben una segunda dosis de vacuna contra el sarampión al llegar a los 9 meses (véase la nota de orientación 3).
- Se establece la vacunación rutinaria continua de los niños de 9 meses para asegurar el mantenimiento de una cobertura mínima del 95%. Este sistema queda vinculado con el Programa Ampliado de Inmunización.
- En el caso de las poblaciones desplazadas o móviles, se implanta un sistema continuo para lograr que por lo menos el 95% de los niños recién llegados de 6 meses a 15 años son vacunados contra el sarampión.

## **Notas de orientación**

1. **Prevención del sarampión:** El virus del sarampión es uno de los más contagiosos que se conocen, y puede causar altas tasas de mortalidad. Siempre que se trate de contextos de emergencia con hacinamiento de personas, desplazamientos de núcleos de población y elevados niveles de desnutrición existirá un claro peligro de que haya un brote de sarampión. A las campañas de vacunación en masa contra el sarampión se les deberá otorgar, por lo tanto, el más alto nivel de prioridad en el primer momento posible dentro de estos contextos, habilitando cuanto antes los necesarios contingentes de personal, vacunas, equipos de cadenas de frío y todo lo necesario para desarrollar una campaña a gran escala. Si no se conoce la cobertura de inmunización existente entre la población, la campaña deberá proceder sobre la base de que la cobertura es inadecuada.
2. **Edades para la vacuna contra el sarampión:** Algunos de los niños mayores podrán haber quedado fuera de las campañas anteriores de inmunización contra el sarampión y sin embargo no haber contraído la

enfermedad. Estos niños siguen encontrándose en riesgo de enfermar de sarampión y pueden constituir fuentes de infección de otros niños pequeños y de jóvenes que podrían verse en peligro de morir de esta enfermedad. Por esta razón, se recomienda vacunar hasta la edad de 15 años. Sin embargo, cuando se trata de contextos en que escasean los recursos puede que no sea factible vacunar a todos los niños de 6 meses a 15 años, y en estos casos se deberá conceder prioridad a los niños de edades comprendidas entre los 6 y los 59 meses.

- 3. Segunda vacuna de sarampión para niños de 6-9 meses:** La segunda vacuna contra el sarampión se debe administrar tan pronto como el niño llegue a los 9 meses, excepto en el caso de niños que recibieron la primera dosis después de cumplir los 8 meses, que deberán recibir la segunda después de un intervalo mínimo de 30 días.

### **Norma 3 relativa a la lucha contra enfermedades transmisibles: diagnósticos y gestión de casos**

Las personas tienen acceso a diagnósticos y tratamientos eficaces de aquellas enfermedades contagiosas que contribuyen más significativamente al exceso evitable de morbilidad y mortalidad.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- En el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades contagiosas más comunes se hace uso de modo consistente de protocolos estandarizados de gestión de casos (véase la nota de orientación 1; véase también la norma 5 relativa a sistemas e infraestructura de salud).
- Los mensajes de educación en salud pública instan a las personas a acudir pronto al médico si se observan casos de fiebre, tos, diarrea, etc., especialmente entre los niños, las mujeres embarazadas y las personas mayores.

- En las regiones donde el paludismo es endémico se ha implantado un protocolo para obtener pronto (<24 horas) el diagnóstico de casos de fiebre y el tratamiento con medicamentos de primera línea que poseen una gran efectividad (véase la nota de orientación 2).
- Existen servicios de laboratorio y son utilizados en los casos indicados (véase la nota de orientación 3).
- Si se introduce un programa de lucha antituberculosis, se hace después de considerar los criterios reconocidos (véase la nota de orientación 4).

## Notas de orientación

- 1. Gestión integrada de enfermedades infantiles:** Si en el país en cuestión se ha desarrollado el sistema de gestión integrada de enfermedades infantiles y las directrices clínicas han sido adaptadas, lo mejor es incorporar estas directrices a los protocolos estandarizados. Se ha demostrado que dicho sistema sirve para mejorar la calidad de la atención médica prestada a niños de menos de cinco años.
- 2. Paludismo:** En zonas donde la enfermedad es endémica, es probable que aumente la incidencia de paludismo en los días o semanas siguientes a los movimientos de población a gran escala. Existe una extensa (y creciente) resistencia a la cloroquina y la sulfadoxina-pirimetamina (Fansidar), y por esta razón es posible que sea necesario usar fármacos antipaludismo más eficaces, lo cual será especialmente importante en el caso de poblaciones no inmunes y vulnerables al paludismo falciparum (paludismo pernicioso). Son preferibles las terapias en que se combinan derivados de la artemisinina. La elección de medicamentos deberá ser determinada consultando a la autoridad sanitaria líder y después de considerar los datos de efectividad del fármaco. Deberá hacerse uso de los protocolos estandarizados de la OMS para evaluar la efectividad de los fármacos.
- 3. Servicios de laboratorio:** Durante la fase inicial de la mayoría de los desastres no es prioritario establecer un laboratorio clínico. Normalmente las enfermedades transmisibles más comunes se pueden diagnosticar clínicamente, y el tratamiento por lo general será presuntivo. La mayor utilidad de las pruebas de laboratorio es que confirman el diagnóstico

cuando se sospecha que hay un brote frente al cual podrá estar indicado llevar a cabo una inmunización en masa (por ejemplo, contra la meningitis meningocócica) o si las pruebas de cultivos y la sensibilidad a los antibióticos pueden influir en las decisiones sobre gestión de casos (por ejemplo, con la disentería). Por lo tanto, será importante seleccionar un laboratorio ya establecido en el mismo país o en otro en el cual realizar las pertinentes investigaciones microbiológicas. Será necesario contar con directrices sobre recolección correcta de especímenes y transporte de muestras.

4. **Lucha contra la tuberculosis:** Sabemos que a menudo se constata una alta incidencia de tuberculosis (TB) entre los refugiados y otras poblaciones afectadas por la guerra. Sin embargo, los programas de lucha contra TB mal implementados tienen el potencial de causar más daño que beneficio al prolongar la ineficacia y contribuir a la propagación de bacilos resistentes a múltiples fármacos. La gestión de pacientes individuales afectados de TB puede ser posible durante las emergencias, pero los programas de amplio alcance de lucha anti-TB se deberán introducir únicamente después de considerar los criterios establecidos (véase la publicación de la OMS *Tuberculosis Control in Refugee Situations: an Integrated Field Manual* (Lucha anti-TB en contextos de refugiados: manual integrado de campo)). Si son implementados, los programas de lucha anti-TB en estos contextos deben quedar integrados con el programa nacional o del país de acogida, y seguir la conocida y acreditada estrategia DOTS (*Directly-Observed Therapy, Short-course*, Terapia de observación directa, corta duración).

## **Norma 4 relativa a la lucha contra enfermedades transmisibles: preparación para afrontar brotes de enfermedades**

Se toman medidas para estar preparados para afrontar los brotes de enfermedades infecciosas y darles respuesta.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Se prepara un plan de investigación del brote y de lucha contra la enfermedad (véase la nota de orientación 1).
- Se dispone de protocolos para la investigación y la lucha contra brotes comunes, y son enviados al personal correspondiente.
- Se imparte formación a los miembros del personal sobre los principios de investigación y lucha, incluyendo los pertinentes protocolos de tratamiento.
- Se dispone de reservas de medicamentos esenciales, productos médicos, vacunas y material de protección básica, y se pueden obtener con rapidez (véase la nota de orientación 2).
- Son determinadas las fuentes de vacunas para los brotes en cuestión (por ejemplo, de sarampión, meningitis meningocócica, fiebre amarilla, etc.), a fin de poder conseguir las y usarlas en seguida. Están implantados los mecanismos para obtenerlas rápidamente (véase la nota de orientación 2).
- Son seleccionados anticipadamente los centros a utilizar para el aislamiento y tratamiento de pacientes infecciosos, por ejemplo centros de tratamiento del cólera.
- Se escoge un laboratorio local, regional, nacional o de otro país que podrá facilitar confirmación de los diagnósticos (véase la nota de orientación 3).
- Se dispone *in situ* de materiales de muestreo y de medios de transporte para los agentes infecciosos que con mayor probabilidad pueden causar un brote repentino, lo que permite enviar las muestras al laboratorio indicado. Adicionalmente, puede haber varios tests rápidos conservados *in situ* (véase la nota de orientación 4).

## Notas de orientación

**1. Investigación del brote y plan de lucha:** Los siguientes temas deben ser abordados en el plan:

- a. circunstancias en que se habrá de convocar al equipo encargado de la lucha contra el brote;

- b. composición del equipo encargado de la lucha contra el brote, incluidos los representantes de los sectores correspondientes, como sanidad, agua y saneamiento;
- c. funciones y responsabilidades específicas de las organizaciones y cometidos a desempeñar dentro del equipo;
- d. disposiciones para consultar e informar a las autoridades al nivel local y nacional;
- e. recursos/instalaciones disponibles para investigar los brotes y dar respuesta.

**2. Reservas:** Entre las reservas mantenidas *in situ* se deberán incluir materiales para usar en las respuestas a brotes que son probables. Entre estas existencias podrían conservarse: sales de rehidratación oral, fluidos intravenosos, antibióticos, vacunas y productos médicos de consumo. Se deberá disponer de jeringuillas de un solo uso/autodestructibles y de estuches de jeringuillas de seguridad para prevenir la propagación de la hepatitis viral y el VIH. En algunas circunstancias estará indicado el uso de un “kit” preempaquetado de tratamiento del cólera. Es posible que no sea factible guardar ciertas existencias *in situ*, como por ejemplo la vacuna meningocócica. En el caso de estos productos se deberán determinar anticipadamente los mecanismos para conseguirlos, transportarlos y almacenarlos de forma rápida, a fin de poder contar con ellos sin pérdida de tiempo.

**3. Laboratorios de referencia:** Se deberá seleccionar un laboratorio de referencia a nivel regional o internacional al que poder recurrir cuando sea necesario realizar pruebas más sofisticadas, por ejemplo de sensibilidad antibiótica frente a *Shigella* o para efectuar diagnósticos serológicos de fiebres hemorrágicas virales.

**4. Medios de transporte y pruebas rápidas:** Los materiales de muestreo (por ejemplo, hisopos rectales) y los medios de transporte (por ejemplo, Cary-Blair, medios Amies o Stuarts para el cólera, *Shigella*, *E. Coli* y *Salmonella*; Translocate para la meningitis) deberán ser accesibles *in situ*, o fácilmente accesibles. Además, existen varios tests rápidos que se pueden usar en el terreno para confirmar diagnósticos de enfermedades transmisibles, entre ellas el paludismo y la meningitis.

## **Norma 5 relativa a la lucha contra enfermedades transmisibles: detección e investigación de brotes, y respuesta**

Los brotes de enfermedades transmisibles son detectados, investigados y controlados con prontitud y efectividad.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- El sistema de información sobre temas de salud incluye un componente de alerta previa (véanse las notas de orientación 1-2).
- En las 24 horas siguientes a su notificación se pone en marcha la investigación del brote.
- El brote es descrito con mención de momento, lugar y persona, lo que lleva a la identificación de los grupos en riesgo grave de contraer la enfermedad. Se toman adecuadas precauciones para proteger la seguridad de las personas y los datos.
- Para luchar contra el brote son implementadas lo más pronto posible medidas apropiadas que son específicas para la enfermedad y el contexto (véanse las notas de orientación 3-4).
- Las tasas de letalidad se mantienen a niveles aceptables (véase la nota de orientación 5):
  - cólera: 1% o menor
  - disentería *Shigella*: 1% o menor
  - tifus: 1% o menor
  - meningitis meningocócica: varía (véase la nota de orientación 6)

### **Notas de orientación**

- 1. Sistema de alerta previa para brotes de enfermedades contagiosas:** Entre los elementos esenciales de un sistema de este tipo se encuentran los siguientes:

- las definiciones de casos y los umbrales son formulados y enviados a todas las instalaciones de sanidad de las que se reciben informes;
- los trabajadores comunitarios de salud reciben, dentro de la comunidad, formación sobre detección y elaboración de informes relativos a brotes potenciales;
- si se sospecha que puede haber un brote, en las siguientes 24 horas a su detección se envía un informe al siguiente nivel apropiado del sistema de salud;
- se han implantado sistemas de comunicaciones con los que lograr una rápida notificación a las correspondientes autoridades de sanidad: por ejemplo, por radio o por teléfono.

**2. Confirmación de la existencia de un brote:** No siempre es fácil determinar si existe un brote. Además, no en todos los casos existen definiciones claras de los umbrales de brotes de todas las enfermedades.

- a. Hay enfermedades cuya presencia en un solo caso puede indicar la existencia de un brote: el cólera, el sarampión, la fiebre amarilla, Shigella, fiebres hemorrágicas virales.
- b. Meningitis meningocócica: en el caso de poblaciones de más de 30.000 personas, 15 casos por 100.000 personas por semana en una misma semana constituyen indicación de un brote. Sin embargo, si existe un alto riesgo de que surja el brote (es decir, no ha habido un brote en 3+ años y la cobertura de inmunización es <80%), este umbral baja a 10 casos por 100.000 personas por semana. Si se trata de poblaciones de menos de 30.000 personas, o de una incidencia de cinco casos en una misma semana, o si el número de casos se multiplica por dos en un periodo de tres semanas, todo ello confirma la existencia de un brote.
- c. Paludismo: existen definiciones menos específicas. No obstante, el aumento del número de casos por encima de lo que se espera para la época del año en una población dada dentro de una zona determinada podrá indicar la presencia de un brote.

**3. Lucha contra el brote:** Se deben desarrollar medidas específicas para luchar contra el brote impidiendo la transmisión del agente que causa la enfermedad. Con frecuencia se dispondrá de conocimientos anteriores sobre el agente que podrán servir de guía para diseñar medidas

apropiadas de lucha en situaciones específicas. En general, las actividades de respuesta abarcan las siguientes:

- control del foco. Las intervenciones podrán incluir la mejora de la calidad y la cantidad del agua (por ejemplo, en casos de cólera), el rápido diagnóstico y tratamiento (por ejemplo, del paludismo), el aislamiento (disentería), el control de las reservas de animales (peste, fiebre de Lassa).
- protección de grupos propensos. En las intervenciones se pueden incluir: inmunización (por ejemplo, contra sarampión, meningitis, fiebre amarilla), quimiopprofilaxis (por ejemplo, prevención de paludismo para mujeres embarazadas), mejoras en la nutrición (infecciones respiratorias agudas).
- interrupción de la transmisión. Las intervenciones podrán ir desde el fomento de la higiene (en el caso de todas las enfermedades transmitidas por la ruta fecal-oral), hasta la lucha antivectorial (paludismo, dengue).

(Véase también el capítulo 2: agua, saneamiento y fomento de la higiene, página 61)

- 4. Lucha antivectorial y paludismo:** Durante un brote de paludismo las medidas de lucha antivectorial tales como los programas de rociamiento residual dentro de casa y el reparto de redes de cama impregnadas de insecticida deberán guiarse por valoraciones entomológicas y conocimientos especializados. Estas intervenciones requieren un sustancial apoyo logístico y un seguimiento que posiblemente no sean factibles en la fase inicial del desastre. En el caso de poblaciones que ya cuenten con un alto nivel de uso de redes de cama impregnadas de insecticida (>80%), la rápida impregnación de redes con piretroides podrá contribuir a frenar la transmisión (véase las normas 1-2 relativas a la lucha antivectorial, páginas 90-95)
- 5. Tasas de letalidad:** Si estas tasas exceden los niveles especificados, se deberá efectuar una evaluación inmediata de las medidas de control y disponer actuaciones correctivas para lograr que tales casos se mantengan dentro de niveles aceptables.
- 6. Tasas de letalidad por meningitis meningocócica:** La tasa de letalidad aceptable para la meningitis meningocócica varía según el contexto general y la accesibilidad de los servicios sanitarios. En general, los organismos de salud deben tratar de conseguir una mortalidad que sea lo más baja posible, aunque durante los brotes es posible que llegue hasta el 20%.

## Norma 6 relativa a la lucha contra enfermedades transmisibles: VIH y sida

Las personas tienen acceso al paquete mínimo de servicios preventivos de la transmisión del VIH/sida.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Las personas tienen acceso al siguiente paquete esencial de servicios durante la fase del desastre:
  - condones gratuitos y fomento del uso correcto del condón;
  - precauciones universales para impedir la transmisión iatrogénica o nosocomial en contextos de emergencia y de centros sanitarios;
  - suministro de sangre inocua;
  - información y educación apropiadas para que las personas puedan tomar medidas para protegerse a sí mismas contra la transmisión del VIH;
  - gestión de casos sindrómicos de infecciones de transmisión sexual;
  - prevención y gestión de las consecuencias de la violencia sexual;
  - atención médica básica para personas que viven con el VIH/sida (PVVS).
- Son iniciados planes para ampliar los servicios de lucha contra el VIH en la fase posterior al desastre (véase la nota de orientación 1).

### Notas de orientación

1. **Lucha anti-VIH:** Durante la fase posterior a la emergencia y la fase de rehabilitación, la ampliación de las actividades de lucha anti-VIH se basará en la valoración de las necesidades y circunstancias locales. Para alcanzar el éxito será de gran importancia que participen los miembros de la comunidad, y en especial las personas que viven con el VIH/sida (PVVS) y sus cuidadores, en el diseño, la implementación, el seguimiento y la

evaluación del programa. Además de los servicios ya llevados a la práctica se deberán introducir los de vigilancia, prevención, tratamiento, atención y apoyo de más amplio alcance. La provisión de medicamentos antirretrovirales para tratar a las PVVS no es actualmente factible en la mayoría de los contextos humanitarios en la fase posterior al desastre, aunque esto podría cambiar en el futuro si desaparecen las barreras económicas y de otros tipos que lo impiden. Los programas de protección y educación para reducir el estigma y defender a las personas contra la discriminación deben ser implementados lo más pronto que sea posible.

---

### Nota

Los miembros de Caritas Internationalis no pueden aceptar la norma 6 de la sección sobre la lucha contra enfermedades transmisibles porque se refiere al fomento del uso de condones, ni tampoco la norma 2 de la sección sobre la lucha contra enfermedades no transmisibles acerca del “*Minimum Initial Service Package*” (PSIM, Paquete de servicios iniciales mínimos). Del mismo modo, los miembros de Caritas Internationalis no respaldan las normas relacionadas con el uso de condones o el PSIM, que pueden figurar en otras partes de este manual.

### 3. *Lucha contra enfermedades no transmisibles*

Los aumentos de morbilidad y mortalidad que se deben a enfermedades no transmisibles son característicos de muchos casos de desastre. La causa principal suele ser una lesión padecida tras el comienzo de un desastre natural grave, como un terremoto o un huracán. Las lesiones recibidas como consecuencia de agresión física se relacionan también con todas las emergencias complejas, y pueden ser una causa importante del exceso de mortalidad durante este tipo de crisis. Las necesidades en términos de salud reproductiva (o salud genésica) de las poblaciones afectadas por los desastres han sido objeto de una mayor atención en los últimos años, especialmente en vista del aumento de concienciación sobre problemas como el VIH o sida, la violencia basada en el género (VBG), las necesidades de atención obstétrica de emergencia y la baja disponibilidad incluso de servicios básicos de salud reproductiva en muchas comunidades. La necesidad de mejores programas de salud reproductiva ha sido reconocida especialmente en relación con casos de emergencias complejas, pero es igualmente pertinente en muchos otros tipos de desastres.

Aunque la cuantificación es difícil, la salud mental y los problemas psicológicos tienen también relación con cualquier clase de desastre y con el contexto posterior al desastre. Los horrores, pérdidas, incertidumbres y otros factores estresantes que suelen acompañar a los desastres pueden hacer que las personas se encuentren expuestas a mayores riesgos frente a problemas de índole psiquiátrica, psicológica y social. Finalmente, existen datos

indicativos de que hay una mayor incidencia de complicaciones graves de enfermedades crónicas relacionadas con desastres, complicaciones que suelen ser debidas a trastornos de regímenes de tratamientos en marcha. Pero hay una amplia variedad de otros factores causantes de estrés que pueden asimismo precipitar el agudo deterioro de una enfermedad crónica.

## **Norma 1 relativa a la lucha contra enfermedades no transmisibles: lesiones**

Las personas cuentan con acceso a servicios apropiados para la gestión de lesiones.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- En situaciones en que hay un número elevado de pacientes con lesiones, se implanta un sistema de “triage” (categorización de pacientes y recursos médicos) que servirá a los proveedores de atención sanitaria de guía sobre la valoración, priorización, resucitación básica y envío del paciente a un servicio especializado (véanse las notas de orientación 1-2).
- Se han implantado directrices estandarizadas para la provisión de primeros auxilios y resucitación básica (véase la nota de orientación 3).
- Se han implantado protocolos para el envío de pacientes con lesiones a centros de cuidados avanzados, incluyendo servicios quirúrgicos. Se organiza transporte adecuado para trasladar a los pacientes al centro especializado.
- Los servicios definitivos de traumatología y cirugía son implantados solamente por organismos que poseen los conocimientos y recursos apropiados (véase la nota de orientación 4).

- En situaciones en las que hay un elevado número potencial de pacientes con lesiones, se desarrollan planes de contingencia para la gestión de víctimas numerosas en las correspondientes instalaciones de atención médica. Estos planes se relacionan con los planes regionales y del distrito.

## Notas de orientación

1. **Priorización de servicios de traumatología:** En la mayoría de los desastres no es posible determinar el número de personas con lesiones que necesitarán atención clínica. Tras los desastres repentinos como los terremotos, el 85-90% de las personas que son rescatadas con vida suelen ser extraídas por el personal local de emergencia o por sus vecinos y familiares en un plazo de 72 horas. Por lo tanto, a la hora de planificar las operaciones de auxilio humanitario en regiones propensas a desastres el énfasis principal se deberá poner en preparar a la población local para que pueda facilitar cuidados iniciales. Es importante observar que las intervenciones prioritarias en materia de salud son diseñadas para reducir el exceso evitable de mortalidad. Durante los conflictos armados la mayoría de las muertes violentas causadas por traumas tienen lugar en regiones inseguras lejos de las instalaciones sanitarias, y por tanto no suele ser posible prevenirlas con atención médica. Lo que hace falta para impedir estas muertes es emprender intervenciones con las que tratar de proteger a la población civil. En las intervenciones en materia de salud implementadas durante los conflictos se deberá poner el énfasis en temas de salud pública y atención médica básica basados en la comunidad, incluso en situaciones en que haya una alta incidencia de lesiones debidas a actos violentos.
2. **Categorización de pacientes y recursos (triage):** Se conoce como “triage” el proceso de categorizar pacientes según la gravedad de sus lesiones o enfermedad, otorgando prioridad a tratamientos según la disponibilidad de recursos y las posibilidades que el paciente tenga de sobrevivir. El principio subyacente a la idea del “triage” es asignar recursos limitados de un modo que beneficie lo más posible al mayor número de personas. Este sistema no significa necesariamente que los pacientes con las lesiones más graves vayan a tener prioridad. Si se trata de un contexto en el que hay un elevado número de víctimas y son escasos los recursos,

las personas que padecen lesiones graves que ponen en peligro su vida podrían, en realidad, tener una prioridad más baja que otras que tienen lesiones a las que podrán sobrevivir. No hay un sistema estandarizado de “triage”, se usan varios a nivel internacional. En la mayoría de ellos se especifican entre dos y cinco categorías de lesiones, y la cantidad más frecuente es cuatro.

**3. Primeros auxilios y atención médica básica:** Es posible que no se pueda contar con servicios médicos definitivos de carácter traumatológico y quirúrgico, especialmente en contextos de escasez de recursos. Pero es importante observar que los procedimientos de primeros auxilios, resucitación e intervenciones no operativas pueden salvar vidas incluso en casos de lesiones graves. Hay intervenciones simples como el desbloqueo de vías respiratorias, el control de las hemorragias y la inyección de fluidos intravenosos que pueden contribuir a estabilizar a las personas que sufren lesiones que ponen su vida en peligro, antes de su traslado al centro de referencia. La calidad de la gestión médica inicial que se facilite podrá, por tanto, afectar de modo significativo a la posibilidad de que sobreviva el paciente. También hay otros procedimientos no operativos, como la limpieza y vendaje de las heridas, o la administración de antibióticos y la profilaxis de tétano, que son importantes. Muchos pacientes con lesiones graves pueden sobrevivir durante días o incluso semanas sin cirugía, con tal que sean atendidos con primeros auxilios y cuidados médicos y de enfermería adecuados.

**4. Atención traumatológica y quirúrgica:** Todos los proveedores de cuidados médicos deben ser capaces de practicar primeros auxilios y resucitación básica a pacientes con lesiones. Además, es importante la capacidad del sistema de “triage” para salvar vidas en ciertos puntos estratégicos, si está vinculado con el envío del paciente al nivel superior. Sin embargo, la atención definitiva en casos de traumas y la cirugía de guerra son campos especializados que requieren formación específica y recursos que pocos organismos poseen. La cirugía inapropiada o inadecuada puede causar más daño que simplemente no hacer nada, y por consiguiente únicamente las organizaciones y los especialistas que posean los conocimientos necesarios deberán implantar estos sofisticados servicios.

## **Norma 2 relativa a la lucha contra enfermedades no transmisibles: salud reproductiva**

Las personas gozan de acceso al *Minimum Initial Service Package* (PSIM, Paquete de Servicios Iniciales Mínimos) con el que se atiende a sus necesidades en materia de salud reproductiva.

**Indicadores clave** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Se identifica una organización (o más de una) y una persona (o más de una) que facilitarán la coordinación e implementación del PSIM consultando con la autoridad sanitaria líder (véase la nota de orientación 1).
- Los organismos de salud toman medidas para impedir y afrontar las consecuencias de la violencia basada en el género (VBG) en coordinación con otros sectores pertinentes, especialmente en lo relativo a protección y servicios comunitarios (véase la nota de orientación 2).
- Se efectúa el seguimiento del número de casos de violencia sexual y otros tipos de VBG notificados a los servicios de salud y a los encargados de protección y seguridad, y se envían informes a un organismo (o más de uno) designado como líder en temas de VBG. Las reglas de confidencialidad son aplicadas a la recolección y estudio de datos.
- Se implementa el paquete mínimo de servicios para impedir la transmisión del VIH/sida (véase la norma 6 relativa a la lucha contra enfermedades transmisibles).
- Se dispone de cantidades adecuadas de botiquines (o “kits”) para partos higiénicos, sobre la base del número de partos previstos para cada periodo determinado, y estos botiquines son repartidos a mujeres visiblemente embarazadas y parteras o auxiliares tradicionales de parto para fomentar los partos higiénicos en el hogar.

- Se reparten a los centros de salud cantidades adecuadas de botiquines para partos con matrona profesional (tipo UNICEF o equivalente) para que los partos sean higiénicos y seguros.
- Se implanta un sistema estandarizado de envío de pacientes a servicios médicos especializados, y este sistema es promocionado dentro de la comunidad incorporando a las matronas profesionales y a las auxiliares tradicionales de parto, para gestionar las urgencias obstétricas. Se organiza transporte adecuado para trasladar a las pacientes a los centros especializados (véase la nota de orientación 3).
- Se inician planes para implementar cuanto antes servicios de salud reproductiva de más amplio alcance integrados en la atención primaria (véase la nota de orientación 4).

## Notas de orientación

1. **Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM):** Este paquete ha sido concebido para responder a las necesidades en materia de salud reproductiva de la población afectada en la primera fase de un desastre. El PSIM no consiste únicamente en un conjunto de productos y equipo, sino que es también una serie de actividades sanitarias específicas. Sus objetivos son: seleccionar una organización (o más de una) o a una persona (o más de una) para facilitar su coordinación e implementación; prevenir y hacer frente a las consecuencias de la violencia basada en el género (VBG); reducir la transmisión del VIH; impedir el exceso de mortalidad y morbilidad neonatales y maternas; y planificar la prestación de amplios servicios de salud reproductiva. El botiquín (o “kit”) de salud reproductiva del FNUAP ha sido diseñado específicamente para facilitar la implementación del PSIM, y consta de una serie de 12 “sub-kits” que se pueden usar en cada nivel secuencial de atención: comunidad, puesto sanitario, centro de salud y centro médico especializado.
2. **Violencia basada en el género (VBG):** Una característica frecuente de muchas emergencias complejas, e incluso de numerosos desastres naturales, es que van acompañados de abusos como violaciones, violencia doméstica, explotación sexual, matrimonios forzosos, prostitución forzada, tráfico de personas y secuestros. Para prevenir y hacer frente a estos tipos de violencia es necesario que exista colaboración y coordinación entre los

miembros de la comunidad y los organismos. En los servicios de salud se deberá incluir la gestión médica de los sobrevivientes de agresiones sexuales, la asistencia sociopsicológica de carácter confidencial, y el envío de la persona afectada a otras consultas donde pueda recibir la atención apropiada. El modelo de trazado de los asentamientos, la distribución de artículos esenciales y el acceso a los servicios sanitarios y otros programas deberán ser diseñados para reducir el potencial de VBG. La explotación sexual de las poblaciones afectadas por los desastres (especialmente los niños y los jóvenes) por parte del personal de organismos humanitarios, militares y otros que ocupan puestos de influencia se debe prevenir y afrontar activamente. Se deberán desarrollar códigos de conducta e implantar medidas disciplinarias para casos de infracciones (véase la norma relativa a competencias y responsabilidades de los trabajadores de ayuda humanitaria, página 46).

3. **Cuidados obstétricos de emergencia:** Aproximadamente un 15% de las mujeres embarazadas padecen complicaciones que requieren cuidados obstétricos esenciales, y hasta un 5% de ellas necesitan que se les practique algún tipo de cirugía, incluyendo la cesárea. Los servicios obstétricos básicos y esenciales deben ser implantados al nivel del centro de salud tan pronto como sea posible, y habrán de incluir: valoración inicial; valoración del bienestar del feto; episiotomía; gestión de hemorragias; gestión de infecciones; gestión de eclampsia; partos múltiples; presentación de nalgas; uso de extracción al vacío (ventosa); y cuidados especiales para mujeres que han sufrido mutilación genital. Se deberá disponer, a la mayor brevedad, de amplios servicios de obstetricia esencial en el hospital especializado que incluyan: intervenciones de cesárea; laparotomías; reparaciones de desgarramientos cervicales y vaginales de tercer grado; tratamiento de las complicaciones del aborto inseguro; y un servicio seguro de transfusión de sangre.
4. **Servicios inclusivos de salud reproductiva:** Los organismos de sanidad deberán planificar la subsiguiente integración de servicios completos de salud reproductiva en la atención primaria. Estos servicios no deben ser implantados como programas verticales independientes. Además de las intervenciones incluidas en el PSIM, hay otros elementos importantes de servicios de salud reproductiva completos e integrados, como los de asesoramiento para la maternidad sin peligros; planificación

familiar y orientación; servicios completos relativos a la VBG; gestión completa de ITS (infecciones de transmisión sexual) y del VIH/sida; las necesidades específicas de los jóvenes en materia de salud reproductiva; y seguimiento y vigilancia.

### **Norma 3 relativa a la lucha contra enfermedades no transmisibles: aspectos psíquicos y sociales de la salud**

Las personas disponen de acceso a servicios sociales y de salud mental con los que reducir la morbilidad de índole mental, la discapacidad y los problemas sociales.

**Indicadores clave de intervenciones sociales<sup>1</sup>** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

Durante la fase aguda del desastre se debe poner el énfasis en las intervenciones sociales.

- Las personas tienen acceso todo el tiempo a fuentes de información fidedigna sobre el desastre y los esfuerzos humanitarios relacionados (véase la nota de orientación 1).
- Los actos culturales y religiosos normales continúan o son restablecidos, incluyendo ritos de duelo funerario dirigidos por los correspondientes ministros espirituales y religiosos. Las personas pueden celebrar exequias fúnebres (véase la nota de orientación 2).
- Tan pronto como los recursos lo permiten, los niños y los adolescentes tienen acceso a educación de tipo formal o informal, y a actividades recreativas normales.

---

<sup>1</sup> Los indicadores sociales y psicológicos reciben tratamiento aparte. La expresión “intervención social” es usada con referencia a actividades cuyo fin primario es lograr efectos sociales. El término “intervención psicológica” se usa para referirse a intervenciones cuyo objetivo primordial es conseguir un efecto psicológico (o psiquiátrico). Se reconoce que las intervenciones sociales tienen efectos secundarios psicológicos y que las de índole psicológica tienen efectos secundarios sociales, tal como sugiere el término “psicosocial”.

- Los adultos y los adolescentes pueden participar en actividades concretas de interés común dedicadas a fines determinados, como por ejemplo actividades de auxilio humanitario en casos de emergencia.
- Las personas que están solas, tales como los niños separados o huérfanos, los niños soldados, los viudos y las viudas, las personas mayores u otras sin familia, tienen acceso a actividades que facilitan su inclusión en redes sociales.
- Si ello es necesario, se establece un servicio de localización de personas para que se vuelvan a reunir las personas y las familias.
- Si hay personas que han quedado desplazadas, se organizan refugios con el fin de que sigan juntos los miembros de las familias y las comunidades.
- Se consulta a la comunidad con respecto a las decisiones sobre dónde ubicar los centros religiosos, las escuelas, los puntos de suministro de agua y las instalaciones de saneamiento. En el diseño de asentamientos para personas desplazadas se incluyen espacios recreativos y culturales (véanse las normas 1-2 relativas a refugios y asentamientos, páginas 250-259)

### **Indicadores clave de intervenciones psicológicas y psiquiátricas** (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Las personas que padecen angustia mental grave tras haber estado expuestas a factores estresantes traumáticos tienen acceso a primeros auxilios psicológicos en las instalaciones de servicios de salud y en la comunidad (véase la nota de orientación 3).
- A través del sistema de atención primaria de salud se dispone de tratamiento para trastornos psiquiátricos urgentes. Las medicaciones psiquiátricas esenciales, compatibles con la lista de medicamentos esenciales, se obtienen en las instalaciones de atención primaria de salud (véase la nota de orientación 4).
- Las personas que ya padecían trastornos psiquiátricos continúan recibiendo el correspondiente tratamiento, y se evita la interrupción repentina y perjudicial de las medicaciones. Se hace frente a las

necesidades básicas de los enfermos internados en sanatorios psiquiátricos.

- Si el desastre dura más tiempo, se ponen en marcha planes para prestar una gama más amplia de servicios con intervenciones basadas en la comunidad en la fase posterior del desastre (véase la nota de orientación 5).

## Notas de orientación

- 1. Información:** El acceso a la información no es solamente un derecho humano, sino que además reduce los innecesarios sufrimientos y ansiedad públicos. Se debe facilitar información sobre la naturaleza y la escala del desastre y sobre los esfuerzos realizados para velar por la seguridad física de la población. Además, se deberá informar a la población acerca de los tipos específicos de actividades de auxilio humanitario que están llevando a cabo el gobierno, los poderes locales y las organizaciones humanitarias, y sobre dónde tienen lugar. Toda esta información debe ser divulgada de acuerdo con los principios de la comunicación sobre los riesgos, es decir, debe ser sencilla (fácil de entender para niños locales de 12 años) y tener empatía (debe mostrar una comprensión de la situación de los sobrevivientes del desastre).
- 2. Entierros:** Las familias deben tener la opción de ver el cadáver de una persona allegada fallecida para decir adiós, si esto es culturalmente apropiado. Se debe evitar la determinación sin ceremonia de los restos mortales (véase la norma 5 relativa a sistemas e infraestructura de salud, nota de orientación 8, página 321).
- 3. Primeros auxilios psicológicos:** Tanto entre la población general como entre los trabajadores humanitarios, la mejor forma de gestionar la intensa angustia que se siente tras experimentar estrés de tipo traumático es seguir los principios de los primeros auxilios psicológicos, es decir, dedicar a la persona atención pragmática básica y sin intrusión, con el énfasis en escuchar pero sin obligar a hablar; valorando las necesidades y asegurándose de que se atiende a aquellas que son básicas; animando pero sin forzar la compañía de otros allegados; y protegiendo de más daños. Este tipo de primeros auxilios lo pueden aprender rápidamente los cooperantes voluntarios y los profesionales. A los trabajadores sanitarios

se les advierte que no se deben recetar con demasiada frecuencia las benzodiazepinas, porque pueden crear dependencia.

4. **Atención a trastornos psiquiátricos de carácter urgente:** Los estados psiquiátricos que requieren tratamiento urgente son aquellos que implican peligrosidad para uno mismo y para otros, las psicosis, la depresión grave y los estados maniáticos.
5. **Intervenciones psicológicas basadas en la comunidad:** Las intervenciones deberán basarse en una valoración de los servicios existentes y un buen entendimiento del contexto sociocultural, y deben incluir el uso de los mecanismos funcionales de afrontamiento cultural de que disponen las personas y las comunidades para volver a hacerse con el control de sus propias circunstancias. Se recomienda, siempre que sea factible, la colaboración con líderes de la comunidad y curadores autóctonos. Se deberá incentivar la creación de grupos de autoayuda basados en la comunidad. Los trabajadores comunitarios deben ser formados y supervisados para prestar asistencia a los trabajadores sanitarios y para que realicen actividades de extensión a fin de poder atender a los grupos vulnerables y minoritarios.

## **Norma 4 relativa a la lucha contra enfermedades no transmisibles: enfermedades crónicas**

En los casos de poblaciones en que las enfermedades crónicas causan una alta proporción de la mortalidad, las personas tienen acceso a terapias esenciales para conservar la vida.

**Indicadores clave** clave (que se deben leer conjuntamente con las notas de orientación)

- Se designa a un organismo específico (o más de uno) para que coordine(n) los programas dedicados a personas que padecen enfermedades crónicas en las cuales el cese repentino de la terapia probablemente causaría la muerte (véase la nota de orientación 1).
- Son identificadas de forma activa, y registradas, las personas afectadas por enfermedades crónicas.

- Las medicaciones para la gestión rutinaria y continua de las enfermedades crónicas se pueden obtener a través del sistema de atención primaria de salud, siempre que estas medicinas estén incluidas en la lista de medicamentos esenciales.

## Notas de orientación

1. **Enfermedades crónicas:** No existen notas de orientación generalmente aceptadas y previamente establecidas acerca de la gestión de las enfermedades crónicas durante los casos de desastre. En las recientes emergencias complejas que ha habido en países en que los pacientes anteriormente habían tenido acceso a tratamiento continuo de enfermedades crónicas, se concedió prioridad a las condiciones en que la interrupción súbita de la terapia probablemente habría llevado a la muerte, como casos de fallo renal crónico dependiente de diálisis, diabetes dependiente de insulina y ciertos tipos de cánceres infantiles. No se trataba de nuevos programas, sino de la continuación de tratamientos ya en marcha que sostenían la vida. Es posible que en desastres futuros también sean de relevancia programas dedicados a otras enfermedades crónicas. No es apropiado introducir nuevos regímenes terapéuticos ni programas para la gestión de condiciones crónicas durante el esfuerzo humanitario si la población no tenía acceso a estas terapias con anterioridad al desastre. La gestión rutinaria y continua de enfermedades crónicas estabilizadas se debe recibir a través del sistema de atención primaria de salud, utilizando medicaciones incluidas en la lista de medicamentos esenciales.

# Apéndice 1

## Lista de verificación para la valoración de los servicios de salud

### *Preparación*

- Obtener del país de acogida y de fuentes internacionales la información disponible acerca de la población afectada por el desastre y los recursos.
- Obtener mapas y fotografías aéreas.
- Obtener datos demográficos y acerca de la salud del país de acogida y de fuentes internacionales.

### *Seguridad y acceso*

- Determinar la existencia de peligros actuales naturales o causados por el ser humano.
- Determinar la situación general en cuanto a seguridad, teniendo en cuenta la presencia de fuerzas armadas o milicias.
- Determinar el acceso que las agencias humanitarias tienen a la población afectada.

### *Demografía y estructura social*

- Determinar cuál es el total de población afectada por el desastre y la proporción de niños de menos de cinco años de edad.
- Determinar la composición por edad y sexo de la población.
- Determinar qué grupos están expuestos a riesgos más considerables, por ejemplo las mujeres, los niños, las personas mayores, los discapacitados, las personas que viven con el VIH o sida (PVVS), los miembros de ciertas etnias o grupos sociales.
- Determinar el tamaño medio de las familias y estimar el número de hogares en que el cabeza de familia es un niño o una mujer.

- Determinar cuál es la actual estructura social, incluyendo las posiciones de autoridad o influencia y el papel de las mujeres.

### ***Información de fondo sobre temas de salud***

- Averiguar cuáles eran los problemas de salud y las prioridades que existían anteriormente al desastre en la zona afectada por el desastre, así como la epidemiología de las enfermedades locales.
- Si hay refugiados, averiguar cuáles eran los problemas de salud y las prioridades que existían con anterioridad al desastre en su país de origen, así como la epidemiología de enfermedades en dicho país.
- Averiguar qué peligros hay contra la salud, por ejemplo potenciales enfermedades epidémicas.
- Averiguar quiénes eran los proveedores previos de servicios de salud.
- Averiguar cuáles eran los puntos fuertes y la cobertura de los programas locales de salud pública en el país de origen de los refugiados.

### ***Tasas de mortalidad***

- Calcular la tasa general de mortalidad.
- Calcular la tasa de mortalidad para niños menores de 5 años (TMM5: tasa de mortalidad específica por edad para niños menores de 5 años).
- Calcular las tasas de mortalidad por causas específicas.

### ***Tasas de morbilidad***

- Determinar las tasas de incidencia de las principales enfermedades que tienen importancia en términos de salud pública.
- Determinar las tasas de incidencia específica por edad y por sexo de las principales enfermedades, dentro de lo posible.

### ***Disponibilidad de recursos***

- Determinar la capacidad del Ministerio de Sanidad del país o países afectado(s) por el desastre, y su respuesta.
- Determinar el estado en que se encuentran los centros nacionales de salud, incluyendo el número total, clasificación y niveles de atención prestada, su situación física y funcional, y el acceso a los mismos.
- Determinar el número y las competencias del personal de sanidad disponible.
- Determinar la capacidad y situación funcional de los actuales programas de salud pública, como por ejemplo el Programa Ampliado de Inmunización (PAI).
- Determinar la disponibilidad de los protocolos estandarizados, medicamentos esenciales, suministros de productos y equipo.
- Determinar la situación en que se encuentran los actuales sistemas de envío de pacientes al nivel superior.
- Determinar la situación en que se encuentran los actuales sistemas de información sobre temas de salud (SIS).
- Determinar la capacidad de los actuales sistemas logísticos, especialmente por lo que se refiere a la adquisición, la distribución y el almacenamiento de medicamentos, vacunas y productos médicos esenciales.

### ***Consideración de datos procedentes de otros sectores pertinentes***

- Estado nutricional
- Condiciones medioambientales
- Alimentos y seguridad alimentaria

# Apéndice 2 Modelos de formularios para informes semanales de vigilancia

## Formulario 1 de vigilancia de la mortalidad\*

Localidad.....

Fecha desde el lunes..... Al domingo:.....

Población total al principio de la semana:.....

Nacimientos esta semana:..... Defunciones esta semana:.....

Llegadas esta semana (si tiene aplicación):..... Salidas esta semana:.....

Población total al final de la semana:..... Población total de niños menores de 5 años:.....

	0-4 años		5+ años		Total
	varones	mujeres	varones	mujeres	
<b>Causa inmediata</b>					
Infección aguda de las vías respiratorias inferiores					
Cólera (se sospecha)					
Diarrea – con sangre					
Diarrea – líquida					
Lesión – no accidental					
Paludismo					
Muerte materna – directa					
Sarampión					
Meningitis (se sospecha)					
Neonatal (0-28 días)					
Otra causa					
Causa desconocida					
Total por edad y sexo					
<b>Causa subyacente</b>					
Sida (se sospecha)					
Desnutrición					
Muerte materna – indirecta					
Otra causa					
Total por edad y sexo					

\* Este formulario se usa cuando se producen numerosas muertes y por tanto no se puede registrar información más detallada sobre defunciones individuales por falta de tiempo.

- La frecuencia de los informes (i.e. diaria o semanal) dependerá del número de defunciones.
- Se podrán añadir otras causas de mortalidad según el contexto y las características epidemiológicas.
- La edad se puede desagregar con más detalle (0-11 meses, 1-4 años, 5-14 años, 15-49 años, 50-59 años, 60+ años), tal como sea factible.
- No se debe remitir la simple notificación de las defunciones desde la instalación de sanidad del asentamiento, sino que se deben adjuntar informes de los líderes del asentamiento y religiosos, trabajadores comunitarios, grupos de mujeres y hospitales especializados.
- Siempre que ello sea posible, se deberá escribir en el reverso del formulario la definición del caso.

Formulario 2 de vigilancia de la mortalidad\*

Localidad.....

Fecha desde el lunes..... Al domingo:.....

Población total al principio de la semana:.....

Nacimientos esta semana:..... Defunciones esta semana:.....

Llegadas esta semana (si tiene aplicación):..... Salidas esta semana:.....

Población total al final de la semana:..... Población total de niños menores de 5 años:.....

		Causa directa de muerte											Causas subyacentes				fecha (dd/mm/aa)	Ubicación dentro del asenta- miento (por ejemplo, número del bloque.)	Falleció en el hospital o en casa
Núm	Sexo (varón, mujer)	Edad (días=d meses=m años=a)	Infección aguda de las vías respiratorias inferiores	Cólera (se sospecha)	Diarrea - con sangre	Diarrea - líquida	Lesión - no accidental	Paludismo	Muerte materna - directa	Sarampión	Meningitis (se sospecha)	Neonatal (0-28 días)	Otra causa (especificar)	Causa desconocida	Sida (se sospecha)	Desnutrición	Muerte materna-indirecta	Otra causa (especificar)	
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			

\* Este formulario se debe usar cuando se cuenta con bastante tiempo para registrar datos sobre defunciones individuales; el formulario permite efectuar un análisis por edad, investigar el brote según el lugar, y determinar las tasas de utilización de la instalación.

- La frecuencia de los informes (i.e. diaria o semanal) dependerá del número de defunciones.
- Se podrán añadir otras causas de muerte tal como determine la situación vigente.
- No se debe remitir la simple notificación de las defunciones desde la instalación de sanidad del asentamiento, sino que se deben adjuntar informes de los líderes del asentamiento y religiosos, trabajadores comunitarios, grupos de mujeres y hospitales especializados.
- Siempre que ello sea posible, se deberá escribir en el reverso del formulario la definición del caso.

## Formulario para informes semanales de vigilancia de la morbilidad

Localidad.....  
 Fecha desde el lunes..... Al domingo:.....  
 Población total al principio de la semana:.....  
 Nacimientos esta semana:..... Defunciones esta semana:.....  
 Llegadas esta semana (si tiene aplicación):..... Salidas esta semana:.....  
 Población total al final de la semana:..... Población total de niños menores de 5 años:.....

Morbilidad Diagnóstico(s)*	Menos de 5 años (nuevos casos)			5 años y más (nuevos casos)			Total	Casos repetidos
	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	nuevos casos	Total
Infecciones respiratorias agudas**								
Sida (se sospecha)								
Anemia								
Cólera (se sospecha)								
Diarrea – con sangre								
Diarrea – líquida								
Enfermedades oculares								
Paludismo								
Desnutrición								
Sarampión								
Meningitis (se sospecha)								
Lesiones – accidental								
Lesiones – no accidental								
Infecciones de transmisión sexual								
Úlcera genital								
Excreción uretral masculina								
Excreción vaginal								
Dolores de vientre								
Sarna								
Enfermedades de la piel (excluyendo la sarna)								
Vermes								
Otras								
Causa desconocida								
Total								

\* Es posible señalar más de un diagnóstico; se pueden agregar o restar enfermedades, tal como determine la situación vigente.

\*\* Infecciones graves del tracto respiratorio: en algunos países se podrá subdividir esta categoría en infecciones del tracto superior o inferior.

– Se podrán agregar o restar causas de morbilidad, según el contexto y las características epidemiológicas.

– La edad se puede desagregar con más detalle (0-11 meses, 1-4 años, 5-14 años, 15-49 años, 50-59 años, 60+ años) tal como sea factible.

Visitas al centro sanitario	Menores de 5 años			5 años y más			Total	
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer
Total de visitas								

**Tasa de utilización:** Número de visitas por persona y por año al centro sanitario = número total de visitas en 1 semana / población total x 52 semanas

– La edad se puede desagregar con más detalle (0-11 meses, 1-4 años, 5-14 años, 15-49 años, 50-59 años, 60+ años) tal como sea factible.

**Número de consultas por médico:** Número total de visitas (nuevas y repetidas) / Médicos EJC (número equivalente a puestos de jornada completa) en centro de sanidad/número de días por semana que funciona el centro sanitario.

# Apéndice 3

## Fórmulas para calcular las tasas de mortalidad y morbilidad

### *Tasa bruta de mortalidad (TBM)*

- *Definición:* Es la tasa de muertes en toda la población, incluyendo ambos sexos y todas las edades. La TBM puede ser expresada con diferentes denominadores estándar de población y con respecto a distintos periodos de tiempo, por ejemplo muertes por 1000 personas por mes, o muertes por 1000 personas por año.
- *Fórmula aplicada más frecuentemente durante los desastres:*

$$\frac{\text{Número total de muertes durante el periodo de tiempo}}{\text{Población total}} \times \frac{10.000 \text{ personas}}{\text{Núm. de días en periodo de tiempo}} \\ = \text{muertes por 10.000 personas por día}$$

### *Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (TMM5)*

- *Definición:* La tasa de muertes entre los niños menores de 5 años de la población.
- *Fórmula aplicada más frecuentemente durante los desastres:* (tasa de mortalidad específica según edad aplicada a niños menores de 5 años)

$$\frac{\text{Núm. total de muertes en niños <5 años durante el periodo de tiempo}}{\text{Número total de niños <5 años}} \times \frac{10.000 \text{ personas}}{\text{núm. de días en periodo de tiempo}} \\ = \text{muertes por 10.000 niños por día}$$

### **Tasa de incidencia**

- **Definición:** Es el número de nuevos casos de una enfermedad que se producen durante un periodo de tiempo especificado entre una población en riesgo de desarrollar la enfermedad.

- **Fórmula aplicada más frecuentemente durante los desastres:**

$$\frac{\text{Núm. de nuevos casos debidos a la enfermedad especificada en el periodo de tiempo}}{\text{Población en riesgo de desarrollar la enfermedad}} \times \frac{1000 \text{ personas}}{\text{núm. de meses en el periodo de tiempo}} = \text{nuevos casos debidos a enfermedad especificada por 1000 personas por mes}$$

### **Tasa de letalidad (CL)**

- **Definición:** El número de personas que mueren de una enfermedad, dividido por el número de personas que tienen la enfermedad

- **Fórmula:**

$$\frac{\text{Núm. de personas que mueren de la enfermedad durante el periodo de tiempo}}{\text{Personas que tienen la enfermedad durante el periodo de tiempo}} \times 100 = x\%$$

### **Tasa de utilización del centro sanitario**

- **Definición:** El número de consultas externas realizadas por persona por año. Siempre que sea posible se deberá distinguir entre consultas nuevas y repetidas, usando las nuevas para calcular esta tasa. Sin embargo, con frecuencia es difícil diferenciar entre unas y otras, por lo que se suelen combinar como número total de consultas durante un caso de desastre.

- **Fórmula:**

$$\frac{\text{Núm. total de visitas en una semana}}{\text{Población total x 52 semanas}} = \text{visitas por persona por año}$$

### **Número de consultas por médico clínico por día**

- **Definición:** Número promedio de consultas totales (nuevas y repetidas) realizadas por cada médico clínico por día.

- **Fórmula:**

$$\frac{\text{Núm. total de consultas (nuevas y repetidas)}}{\text{Núm. de médicos clínicos EJC* en centro de sanidad}} \div \text{Núm. de días por semana que está abierto el centro de sanidad}$$

\* EJC ('*full time equivalent, FTE*' = número equivalente a puestos de jornada completa) se refiere al número equivalente de médicos que trabajan en las clínicas del centro sanitario. Por ejemplo, si hay tres clínicos que trabajan en consultas externas pero dos de ellos trabajan a media jornada, el número de clínicos EJC = 4 médicos a jornada completa + 2 a media jornada = 5 médicos clínicos EJC.

# Apéndice 4

## Referencias

Gracias al programa *Forced Migration Online* (Migración forzada en línea) del Refugee Studies Centre (Centro de Estudios de Refugiados) de la Universidad de Oxford, muchos de estos documentos cuentan ahora con permiso de copyright y han sido incluidos en un enlace especial de Esfera: <http://www.forcedmigration.org>

Nota: En la medida de lo posible, se facilitan los títulos oficiales de los documentos, pero en algunos casos la traducción de títulos de documentos, informes o publicaciones insertada entre paréntesis se proporciona únicamente a fines informativos al no existir o ser desconocida la versión aceptada.

## Instrumentos jurídicos internacionales

El derecho al más alto nivel posible de salud (Artículo 12 del Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales), CESCR Comentario general 14, 11 agosto de 2000, U.N. Doc. E/C.12/2000/4. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Baccino-Astrada, A (1982), *Manual on the Rights and Duties of Medical Personnel in Armed Conflicts* (Manual de derechos y deberes del personal médico en los conflictos armados) CICR. Ginebra.

Mann, J, Gruskin, S, Grodin, M, Annas, G (eds.) (1999), *Health and Human Rights: A Reader* (Salud y derechos humanos: libro de lectura) Routledge.

OMS (2002), *25 Questions and Answers on Health and Human Rights*. (25 preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos) Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/hhr>

## Sistemas e infraestructura de salud

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

ACNUR (2001), *Health, Food, and Nutrition Toolkit: Tools and Reference Materials to Manage and Evaluate Health, Food and Nutrition Programmes* (CD-ROM) (Botiquín de conjunto de herramientas para temas de salud, alimentación y nutrición: herramientas y materiales de referencia para gestionar y evaluar los programas en materia de salud, alimentación y nutrición). Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados. Ginebra.

Beaglehole, R, Bonita, R, Kjellstrom, T (1993), *Basic Epidemiology* (Epidemiología básica) Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

Management Sciences for Health (1997), *Managing Drug Supply* (Gestión del suministro de fármacos) (Segunda edición). Kumarian Press. Bloomfield, CT.

Médicos sin Fronteras (1993), *Clinical Guidelines. Diagnostic and Treatment Manual* (Directrices clínicas. Manual de diagnósticos y tratamientos) Médicos sin Fronteras. París.

Médicos sin Fronteras (1997), *Refugee Health. An Approach to Emergency Situations*. (La salud del refugiado. Enfoque de las situaciones de emergencia) Macmillan. Londres.

Noji, E (ed.) (1997), *The Public Health Consequences of Disasters*. (Consecuencias de los desastres para la salud pública) Oxford University Press. Nueva York.

Perrin, P (1996), *Handbook on War and Public Health*. (Manual sobre la guerra y la salud pública) Comité Internacional de la Cruz Roja. Ginebra.

OMS/PAHO (2001), *Health Library for Disasters* (CD-ROM). (Biblioteca de temas de salud en casos de desastre) Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Ginebra.

OMS (1998), *The New Emergency Health Kit 1998*. (Nuevo kit sanitario de emergencia, 1998) Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

OMS (1999), *Rapid Health Assessment Protocols for Emergencies*. (Protocolos de valoración rápida de la salud en casos de emergencia) Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

OMS (1994), *Health Laboratory Facilities in Emergencies and Disaster Situations*. (Instalaciones de laboratorios de salud en casos de emergencia y de desastres) Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

## Lucha contra enfermedades transmisibles

Chin, J (2000), *Control of Communicable Diseases Manual* (Manual de lucha contra las enfermedades transmisibles) (17ª edición). American Public Health Association. Washington, DC.

Cook, GC, Zumla, AI, Weir, J (2003), *Manson's Tropical Diseases*. (Enfermedades tropicales de Manson) WB Saunders.

Inter-Agency Standing Committee Reference Group on HIV/Sida in Emergency Settings (2003) (Grupo de referencia del Comité Permanente Inter-Agencias), *Guidelines for HIV Interventions in Emergency Settings*. (Directrices para intervenciones relativas al VIH en contextos de emergencia) ONUSIDA. Ginebra (en prensa). (Este documento sustituirá al de ONUSIDA, 1998, *Guidelines for HIV Interventions In Emergency Settings* – Directrices para intervenciones relativas al VIH en contextos de emergencia).

International Rescue Committee (2003), *Protecting the Future: HIV Prevention, Care and Support Among Displaced and War-Affected Populations*. (Protección del futuro: prevención del VIH, cuidados y apoyo entre poblaciones desplazadas y afectadas por la guerra) Kumarian Press. Bloomfield, CT.

Instituto Pasteur: <http://www.pasteur.fr>

ONUSIDA: <http://www.unaids.org>

OMS (1993), *Guidelines for Cholera Control*. (Directrices para la lucha contra el cólera) Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

OMS (2002), *Guidelines for the Collection of Clinical Specimens During Field Investigation of Outbreaks*. (Directrices para la recogida de muestras clínicas durante la investigación de brotes en el terreno) Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

OMS (1997), *Immunisation in Practice. A Guide for Health Workers Who Give Vaccines*. (La inmunización en la práctica. Guía para trabajadores sanitarios que administran vacunas) Macmillan. Londres.

OMS (2003), *Malaria Control in Complex Emergencies: An Interagency Handbook*. (Lucha contra el paludismo en emergencias complejas: manual inter-agencias) Organización Mundial de la Salud. Ginebra (en prensa).

OMS (1993), *The Management and Prevention of Diarrhoea: Practical Guidelines*. (Gestión y prevención de la diarrea: directrices prácticas) Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

## Lucha contra enfermedades no transmisibles

### Lesiones

Hayward-Karlsson, J, Jeffrey, S, Kerr, A et al (1998), *Hospitals for War-Wounded: A Practical Guide for Setting Up and Running a Surgical Hospital in an Area of Armed Conflict*. (Hospitales para heridos de guerra: Guía práctica para el establecimiento y gestión de un hospital quirúrgico en una zona de conflicto armado) Comité Internacional de la Cruz Roja. Ginebra.

Médicos sin Fronteras (1989), *Minor Surgical Procedures in Remote Areas*. (Intervenciones quirúrgicas menores en zonas remotas) Médicos sin Fronteras. París.

PAHO-OPS (1995), *Establishing a Mass Casualty Management System*. (Establecimiento de un sistema de gestión de accidentes a gran escala) Organización Panamericana de la Salud. Ginebra.

OMS (1991), *Surgery at the District Hospital: Obstetrics, Gynaecology, Orthopaedics and Traumatology*. (Intervenciones quirúrgicas en el hospital del distrito: obstetricia, ginecología, ortopedia y traumatología) Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

## Salud reproductiva (salud genésica)

ACNUR (2003), *Sexual and Gender-Based Violence Against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons: Guidelines for Prevention and Response*. (Violencia sexual y con base en género contra refugiados, retornados y personas desplazadas dentro de su propio país: directrices sobre prevención y respuesta) Borrador para pruebas en el terreno, 8 de julio de 2002. (Este documento sustituirá al de ACNUR 1995 *Sexual Violence Against Refugees: Guidelines on Prevention and Response* – Violencia sexual contra refugiados: directrices sobre prevención y respuesta)

FNUAP (2001), *The Reproductive Health Kit for Emergency Situations* (Botiquín de salud reproductiva para situaciones de emergencia) (Segunda edición). FNUAP.

Interagency Working Group (1999), *An Inter-Agency Field Manual for Reproductive Health in Refugee Situations*. (Manual de campo inter-agencias sobre la salud reproductiva en los campos de refugiados) Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados. Ginebra.

OMS (2001), *Clinical Management of Survivors of Rape*. (Gestión clínica de supervivientes de violaciones) Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

Reproductive Health for Refugees Consortium (1997) (Consortio de salud reproductiva para refugiados), *Refugee Reproductive Health Needs Assessment Field Tools*. (Herramientas de campo para la valoración de las necesidades de los refugiados en materia de salud reproductiva) RHR Consortium.

## Aspectos psíquicos y sociales de la salud

National Institute of Mental Health (2002), *Mental Health and Mass Violence: Evidence-Based Early Psychological Interventions for Victims/Survivors of Mass Violence. A Workshop to Reach Consensus on Best Practices*. (La salud mental y la violencia a gran escala: primeras intervenciones psicológicas para víctimas/sobrevivientes de violencia a gran escala, según testimonios. Taller para alcanzar el

consenso sobre mejores prácticas) (Publicación de NIH núm. 02-5138). US Government Printing Office. Washington, DC. <http://www.nimh.nih.gov>

OMS (2003), *Mental Health in Emergencies: Mental and Social Aspects of Populations Exposed to Extreme Stressors*. (La salud mental en casos de emergencia: aspectos psíquicos y sociales de poblaciones expuestas a factores estresantes extremos) Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

OMS /ACNUR (1996), *Mental Health of Refugees*. (La salud mental de los refugiados) Organización Mundial de la Salud. Ginebra. <http://whqlibdoc.who.int>

## Enfermedades crónicas

Ahya, SN, Flood, K, Paranjothi, S et al (eds.), *The Washington Manual of Medical Therapeutics* (Manual Washington de terapéutica médica) (30ª edición). Lippincott Williams & Wilkins Publishers.

Braunwald, E, Fauci, AS, Kasper, DL et al (eds.) (2001), *Harrison's Principles of Internal Medicine* (Principios de Harrison de la medicina interna) (15ª edición). McGraw Hill Professional. Nueva York.

Tierny, LM, McPhee, SJ, Papadakis, MA (eds.), *Current Medical Diagnosis and Treatment 2003* (Diagnósticos médicos actuales y tratamientos) (42ª edición). McGraw-Hill/Appleton & Lange. Nueva York.

## Sitios Web

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados: <http://www.unhcr.ch>

Centers for Disease Control and Prevention (Centros para la prevención y lucha contra enfermedades): <http://www.cdc.gov>

Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (Centro para la investigación de la epidemiología de los casos de desastre): <http://www.cred.be>

Comité Internacional de la Cruz Roja: <http://www.icrc.org>

Federación internacional de las sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja): <http://www.ifrc.org>

FNUAP: <http://www.unfpa.org>

Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int>

Organización Panamericana de la Salud: <http://www.paho.org>

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

## *Notas*

## *Notas*



## Anexos



# 1. Instrumentos jurídicos que sustentan el Manual de Esfera

Los siguientes instrumentos informan la Carta Humanitaria y las Normas mínimas en la respuesta a casos de desastres:

*Declaración Universal de Derechos Humanos 1948*

*Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1966*

*Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966*

*Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial 1969*

*Los cuatro Convenios de Ginebra de 1949 y sus dos Protocolos Adicionales de 1977*

*Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951 y Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados de 1967*

*Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes de 1984*

*Convención sobre la Prevención y Sanción del Delito de Genocidio de 1948*

*Convención sobre los Derechos del Niño de 1989*

*Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer de 1979*

*Convención sobre el Estatuto de los Apátridas de 1960*

*Principios Rectores de los Desplazamientos Internos de 1998*



## *2. Código de conducta relativo al socorro en casos de desastre para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y las organizaciones no gubernamentales (ONG)*

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

### **Propósito**

El propósito del presente Código de Conducta es preservar nuestras normas de comportamiento. No se tratan en él detalles de las operaciones, como por ejemplo la forma de calcular las raciones alimentarias o de establecer un campamento de refugiados. Su propósito es más bien mantener los elevados niveles de independencia, eficacia y resultados que procuran alcanzar las organizaciones no gubernamentales (ONG) y el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja en sus intervenciones a raíz de

---

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

catástrofes. Se trata de un código de carácter voluntario que respetarán todas las organizaciones no gubernamentales que lo suscriban, movidas por el deseo de mantener las normas en él establecidas.

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

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

## **Definiciones**

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

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

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

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

## **Código de Conducta**

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

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

El derecho a recibir y a brindar asistencia humanitaria constituye un principio humanitario fundamental que asiste a todo ciudadano en todo país. En calidad de miembros de la comunidad internacional reconocemos nuestra obligación de prestar asistencia humanitaria doquiera sea necesaria. De ahí, la trascendental importancia del libre acceso a las poblaciones afectadas en el cumplimiento de esa responsabilidad.

La principal motivación de nuestra intervención a raíz de catástrofes es aliviar el sufrimiento humano entre quienes están menos preparados para soportar las consecuencias de una catástrofe.

La ayuda humanitaria que prestamos no responde a intereses partidistas ni políticos y no debe interpretarse en ese sentido.

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

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

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

asistencia que prestemos guardará consonancia con el sufrimiento que se propone mitigar.

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

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

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

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

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

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

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

Ni nosotros ni nuestros empleados aceptaremos nunca, a sabiendas - o por negligencia - ser utilizados para recoger información de carácter político, militar o económico que interese particularmente a los

Gobiernos o a otros órganos y que pueda servir para fines distintos de los estrictamente humanitarios, ni actuaremos como instrumentos de la política exterior de Gobiernos donantes.

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

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

## **5. Respetaremos la cultura y las costumbres locales**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nunca debe perderse el respeto por las víctimas de los desastres, que deben ser consideradas como asociados en pie de igualdad. Al informar al público, deberemos presentar una imagen objetiva de la situación de desastre y poner de relieve las aptitudes y aspiraciones de las víctimas y no sencillamente su vulnerabilidad y sus temores.

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

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

## **El entorno de trabajo**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **3. Los Gobiernos deberán facilitar el movimiento oportuno de los artículos de socorro y la circulación de las informaciones durante los desastres**

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

El gobierno del país afectado deberá facilitar la importación transitoria del equipo de socorro necesario, incluidos vehículos, aviones ligeros y equipo de telecomunicaciones, mediante la supresión transitoria de

restricciones en materia de autorizaciones o certificaciones. Asimismo, una vez finalizada una operación de socorro, los Gobiernos no deberán imponer restricciones para la salida del equipo importado.

Con el fin de facilitar las comunicaciones en una situación de emergencia, convendrá que el Gobierno del país afectado designe ciertas radiofrecuencias que las organizaciones de socorro puedan utilizar para las comunicaciones nacionales e internacionales que atañan al desastre, y den a conocer previamente esas frecuencias a la comunidad que trabaja en esa esfera de actividad. Deberá autorizarse al personal de socorro a utilizar todos los medios de comunicación que convenga a las operaciones de asistencia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En caso de conflicto, las actividades de socorro se regirán de

conformidad con las disposiciones que convenga del derecho internacional humanitario.

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

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

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

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

# 3. *Agradecimientos*

## **Equipo del Proyecto Esfera**

**Administradora del Proyecto:** Nan Buzard

**Responsable de Formación:** Sean Lowrie

**Oficial de Proyecto:** Verónica Foubert

**Asistente del Proyecto:** Elly Proudlock

## **Comité de Administración del Proyecto**

InterAction ◇ Save the Children Alliance ◇ CARE International ◇ Federación Luterana Mundial (FLM/ACT) ◇ VOICE (Voluntary Organisations in Cooperation in Emergencies, Organizaciones Voluntarias para la Cooperación en Situaciones de Emergencia) ◇ Mercy Corps ◇ Action by Churches Together (ACT) ◇ SCHR (Steering Committee for Humanitarian Response, Comité Directivo para la Respuesta Humanitaria – CDRH) ◇ Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) ◇ ICVA (International Council of Voluntary Agencies, Consejo Internacional de Organizaciones Voluntarias) ◇ Caritas Internationalis

## **Donantes**

Además de las contribuciones de las organizaciones miembros antes mencionadas, las entidades mencionadas a continuación financiaron el Proyecto Esfera:

Organismo Australiano para el Desarrollo Internacional (AusAID) ◇ Ministerio de Desarrollo de Bélgica; Organismo Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA) ◇ Organismo Danés de Ayuda al Desarrollo Internacional (DANIDA) ◇ Disaster Emergency Committee (DEC) ◇ Departamento para el Desarrollo Internacional, del Reino Unido (DFID) ◇ Oficina Humanitaria de la Comunidad Europea (ECHO) ◇ División de Ayuda Humanitaria del Ministerio de

Relaciones Exteriores de los Países Bajos ◇ Organismo Sueco de Cooperación para el Desarrollo Internacional (Sida) ◇ Organismo Suizo para el Desarrollo y la Cooperación (SDC) ◇ Oficina de Población, Refugiados y Migraciones, del Departamento de Estado de los Estados Unidos (US-PRM), y la Oficina de Asistencia en casos de desastres en el Extranjero, de la Agencia para el Desarrollo Internacional, de los Estados Unidos (US-OFDA) ◇ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

## **Especialistas encargados de los capítulos**

**Abastecimiento de agua, saneamiento y fomento de la higiene:** Andy Bastable, Oxfam GB

**Seguridad alimentaria:** Helen Young, Tufts University

**Nutrición:** Anna Taylor, Save the Children UK

**Ayuda alimentaria:** John Solomon, CARE US y NM Prusty, CARE India

**Refugios, asentamientos y artículos no alimentarios:** Graham Saunders, Catholic Relief Services

**Servicios de salud:** Richard J Brennan, International Rescue Committee

**Normas comunes a todos los sectores:** Además de los especialistas técnicos y coordinadores de temas trasversales, las siguientes personas contribuyeron a este capítulo: Jock Baker, Nan Buzard, Jim Good, Maurice Henderson, Susanne Jaspars, Charles Kelly, Ron Ockwell, Sylvie Robert

## **Coordinadores de los temas de relevancia para todos los sectores**

**Infancia:** Jane Gibreel, Save the Children UK

**Personas de edad:** Nadia Saim, HelpAge International

**Discapacitados:** Beverly Ashton, Action on Disability and Development

**Género:** Rosemarie McNairn, Oxfam GB

**Protección:** Ed Schenkenberg, ICVA

**VIH/SIDA:** Paul Spiegel, HCR/CDC

**Medio ambiente:** Mario Pareja, CARE/HCR

**Moderadora de las reuniones para la revisión:** Isobel McConnan

**Editor:** David Wilson

## ¡Muchas gracias!

Las **normas e indicadores de Esfera** se han elaborado sobre la base de la experiencia colectiva y buenas prácticas de personas y organismos activos en muchos sectores de la labor humanitaria. Al igual que en el caso de la primera edición del manual, habría resultado imposible llevar a cabo esta revisión sin la colaboración de muchas personas repartidas por todo el mundo. En total, hubo miles de personas en 80 países, que representaban a más de 400 organismos, que fueron participantes en el proceso y que aportaron de forma voluntaria su tiempo y sus conocimientos.

Todo a lo largo de la preparación del manual el énfasis se ha puesto en el proceso consultivo, llevado a cabo con redes de grupos paritarios de revisión que colaboraron en todas las etapas del proceso. En particular, facilitaron comentarios detallados trabajadores humanitarios basados en países en los que los desastres se presentan periódicamente, quienes utilizan el manual en el terreno. El resultado final no representa el punto de vista de ningún organismo, sino más bien la voluntad activa y consciente de la comunidad humanitaria de cooperar para compartir un extenso caudal de experiencia y conocimientos, en su esfuerzo por mejorar la calidad y la rendición de cuentas de las actuaciones humanitarias. Expresamos nuestro agradecimiento a todos aquellos que han contribuido a hacerlo una realidad.

Esfera desea hacer constar su reconocimiento por las aportaciones de todos los participantes, tanto en el manual original como en la presente revisión del mismo, pero ocuparía más de 40 páginas presentar la lista de nombres individuales, que omitimos por falta de espacio. No obstante, en el sitio web de Esfera se puede encontrar la lista completa de los organismos y las personas individuales que han realizado aportaciones: <http://www.sphereproject.org>

# 4 Siglas

ACNUR:

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados

ACT:

Action by Churches Together

ALNAP:

Active Learning Network for Accountability in Practice

CAD:

Comité de Asistencia para el Desarrollo (OCDE)

CDC:

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

CDRH:

Comité Directivo de Respuesta Humanitaria

CICR:

Comité Internacional de la Cruz Roja

FAO:

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación

FLM:

Federación Luterana Mundial

INFCD:

International Nutrition Foundation for Developing Countries

MSF:

Médecins Sans Frontières (Médicos sin Fronteras)

NCHS:

Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias (EE.UU.)

OCAH:

Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas

OCDE:

Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos

OFDA:

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

OMM:

Organización Meteorológica Mundial

OMS:

Organización Mundial de la Salud

ONG:

Organización no gubernamental

OSIA:

Oficina de Servicios Interinstitucionales de Adquisición (PNUD)

PMA:

Programa Mundial de Alimentos

PNUD:

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

PNUMA:

Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente

PSIM:

Paquete de servicios iniciales mínimos

PTSS:

Sección de Programas y Apoyo Técnico (ACNUR)

SCN:

Comité Permanente de Nutrición del sistema de las Naciones Unidas

UNDRO:

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

UNICEF:

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

USAID:

Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

WCRWC:

Women's Commission for Refugee Women and Children  
(Comisión de Mujeres para las Mujeres y los Niños Refugiados)





# Índice

# Índice

- abastecimiento (suministro) de agua
  - véase también* aguas
  - acceso 73, 76-7
  - avenamiento 102, 103
  - colas (filas) 76-7
  - contaminación, después de salida 79-80
  - control sanitario 78, 79
  - derecho al agua 65
  - enfermedades 92
  - fuentes 75
  - grupos vulnerables 66-7, 67, 68, 75
  - instalaciones y material 81-2
  - letrinas 86, 87
  - mediciones 75
  - necesidades mínimas 74, 109
  - personas por cada lugar 75
  - potable, insuficiencia 75
  - programas, objetivos 66, 73-4
  - recipientes para agua 79, 82, 276
  - tratamiento 78, 80
- ácaros 92
- ácido fólico 170
- actividad, niveles y nutrición 226
- adolescentes, nutrición 170, 219, 220
- adultos, desnutrición 219, 220-1
- afrontamiento, estrategias de 129
  - riesgos 145-6
  - seguridad alimentaria 134-5
- aguas cloacales 102
- aguas de superficie 103
- aguas de tormentas 102, 103
- aguas residuales 102, 103
- aguas subterráneas, contaminación 99, 103
- agua *véase* abastecimiento de agua;
- saneamiento; suministro de agua
- alcantarillado *véase* avenamiento
- alimentación in situ 175, 177
- alimentación suplementaria, programas de 174-7
- alimentos
  - véase también* desnutrición; nutrición
  - almacenamiento 193
  - depósitos 200
  - combustible 146
  - contaminación por vectores 90
  - eliminación de los no aptos 200
  - genéticamente modificados 193
  - gratuitos 144
  - higiene 195-6
  - molinos de grano 196
  - ya cocinados 195
- alimentos para la recuperación 212
- alimentos por trabajo 144, 154, 155, 212, 267
- amamantamiento
  - crecimiento infantil 219
  - fomento 168-9, 181
  - programas de alimentación suplementaria 177
- ambulatorios 316
- analfabetos, fomento de higiene 72
- antihelmintos 176
- asentamientos
  - aspectos sociales 347
  - avenamiento 102
  - colectivos 253, 254
    - acceso 254-5
    - temporales 256, 258
  - temporales, entorno natural 271
  - vectores 93
- asistencia humanitaria, programas de
  - participación local 32
  - sostenibilidad 33
- ataúdes 279
- atención primaria de salud 315-6
  - lesiones y otras traumas 342
- avenamiento
  - aguas residuales 102-3
  - desagüaderos 102
  - erosión 270-1
  - planificación 101, 102
  - refugios temporales 258
  - valoración inicial 108
- ayuda alimentaria
  - aceptabilidad 188, 189, 190
  - cadena de abastecimiento 193-4
    - logística 228-9
  - calidad, control de 192-3

- distribución
  - equidad 194
  - gratuita 185, 211
  - métodos 203
  - mujeres 202
  - puntos de 203
  - registro 202-3
- fecha de caducidad 192
- métodos 189, 190
- transparencia 201
- valoración inicial 187, 188
- valor de transferencia 189
- baños colectivos 81, 82
- basura doméstica 97-8
- bebés
  - alimentación 168-9, 181, 276
  - desnutrición, indicadores 218-9
  - heces infantiles 84, 85
- beneficiarios
  - selección de
    - acceso 43
    - criterios 42-3
    - errores 43
    - finalidad 41
    - mecanismos 42
- beriberi 164
- biberones 169, 276
- bocio 167, 223-4
- calendario 7-8
- campamentos
  - combustible 146
  - temporales 256, 258
- canalizaciones 103
- capacidad termal 263, 264
- Caritas Internationalis, 338*nota*
- Carta Humanitaria
  - bases 5
  - funciones y responsabilidades 20-1
  - normas mínimas 21-2
  - principios 18-20
- caza 212
- centros de salud
  - agua necesaria 109
  - calidad del agua 81
  - letrinas 109
- centros escolares
  - agua necesaria 109
  - letrinas 110
- chinchas 92
- cirugía 342
- clínicas móviles 316
- cocinar
  - acceso 276
  - agua necesaria 74
  - combustible 189, 190, 277, 278
  - hornos 277, 278
  - lista de verificación 286
  - necesidades iniciales 276
- Código de conducta
  - definiciones 374
  - propósito 373-4
  - texto 373-85
- códigos de construcción 268
- coerción sexual
  - mujeres 47
    - abastecimiento de agua 67
  - niños 47
  - vivienda 267
- cólera 333
- letalidad 334, 335
- combustible
  - campamentos 146
  - cocinar 189, 190, 277, 278
  - recolección segura 278
  - suministro 196
- comunidades de acogida
  - alojamiento 251
  - letrinas 110
  - mejoramiento 257
  - relaciones con 37
  - repercusiones (lista) 284
  - sistema 252
- condones, 337, 338*nota*
- conflicto, situaciones de
  - agentes biológicos 325
  - desnutrición 181, 185
  - recursos escasos 40-1
  - repercusiones de respuesta 39
  - seguridad alimentaria 141, 203-4
    - redes de respuesta 135
- conflictos armados
  - ayuda alimentaria 186, 200
  - efectos adversos 21
  - lesiones 341
- construcción 266-8
  - códigos locales o nacionales 268

- erosión 270-1
- materiales
  - alternativos 263
  - capacidad termal 264
  - entorno natural 269, 270
  - lista de verificación 282-3
  - locales 263, 266, 267
  - mano de obra 267
- mejoramiento 268
- techos 261
- viviendas 260-1
- cuarentena, zonas de 258
- cucarachas 92
- cuidadores
  - alimentos 172, 181
  - ayuda alimentaria 195, 196
  - grupos vulnerables 172
  - niños lactantes 169
  - personas mayores 171
- cupones de alimentos 211, 213
- datos
  - desglose 37-8
  - intercambio 45
  - personales 36
- defecación, zonas de 84
- demografía (estructura demográfica),  
nutrición 226-7
- derechos humanos
  - abastecimiento de agua 65, 112
  - alimentos 127
  - Carta Humanitaria 5
  - dignidad 19
  - a la salud 301-2
  - vivienda 245-6
- desaguaderos 102
- desechos médicos 98
  - tratamiento 99-100
- desechos sólidos
  - bienestar del personal 100
  - domésticos 97-8
  - enterramiento 98-9
  - recolección y eliminación 97
  - valoración inicial 107-8
- desnutrición
  - adolescentes 170, 219, 220
  - adultos 219, 220-1
  - alimentación suplementaria 174-7
  - amamantamiento 181
  - apoyo psicosocial 181
  - causas 138, 161, 162
  - corrección 174-7
  - definiciones 129
  - grave 173, 177-81
    - aumento de peso promedio 178, 180
    - cobertura 179
    - corrección 182-3
    - niños 218-9
    - recuperación 179-80
  - moderada 173, 174-7
    - cobertura 175
    - indicadores de bajas 176
    - raciones secas 175, 177
  - niños mayores 220
  - niveles 166
  - personas de edad 222
  - personas discapacitadas 222
  - protocolos 181
  - valoración, lista de verificación 214-7
- desviación de fondos 155
- diarrea
  - carencias nutricionales 183
  - epidemias 93
  - moscas, control químico 94
  - tratamiento del agua 78, 80
- dignidad
  - como derecho humano 19
  - estrategias de afrontamiento 145
- dinero por trabajo 154, 155, 212
- discapacitados (personas discapacitadas)
  - desnutrición 222
  - nutrición 171-2
  - vulnerabilidad 13
- disentería *Shigella* 333
- letalidad 334, 335
- drenaje *véase* avenamiento
- edema nutricional 139
- embarazo
  - alimentación 170
  - desnutrición (MUAC) 221
- empleo e ingresos 153-6
- enfermedades crónicas 349-50
  - complicaciones 340
- enfermedades hídricas 92
  - transmisión (lista) 111
- enfermedades infantiles 330
- enfermedades infecciosas, alerta previa 322

- enfermedades no transmisibles 339-40
  - enfermedades crónicas 349-50
  - lesiones 340-2
  - salud mental 346-9
  - salud reproductiva 343-6
- enfermedades relacionadas con carencias de micronutrientes 165
- enfermedades transmisibles
  - brotes de
    - alerta previa 334-5
    - existencias recomendadas 333
    - plan de lucha 332-3
    - respuesta 335-6
    - tasas de letalidad 334, 336
  - diagnósticos 329, 330-1
  - educación comunitaria 326-7
  - VIH y sida 337-8
- enfermedades transmitidas por vectores 91
  - asentamientos 256, 259
  - medidas 91, 92-5
    - productos químicos 95-6
  - valoración inicial 107
- entierros
  - costumbres locales 257
  - herramientas para ataúdes 279
  - mortaja 273
  - restos mortales, disposición 321
  - ritos 346, 348
  - ubicación 257
- epidemiología, informes de 322
- erosión 270-1
- escorbuto 164
- estrategias de afrontamiento *véase* afrontamiento
- estrategias de medios de subsistencia 129
- estudios antropométricos, sobre nutrición 137, 138-9, 175, 218-9, 232-3
- evaluación
  - cráteros 46
  - uso posterior 46
- evaluación inicial *véase* valoración inicial
- excretas, evacuación de 83-5
  - véase también* letrinas
  - avenamiento 103
  - diseño de letrinas 86-7
  - heces humanas 84
  - higiene 87
  - valoración inicial 106-7
  - zonas de defecación 84
- fecal-oral, enfermedades por vía 66
  - coliformes 78, 79
  - controles sanitarios 78, 79
- fiebres hemorrágicas virales 333, 335
- food pipeline* 198, 201
- ganado
  - agua necesaria 109
  - forraje 150
  - intervenciones 212, 213
  - sequías 146
- gestión de las cadenas de abastecimiento (GCA)
  - ayuda alimentaria 194, 197, 198
  - contratos 197, 199
  - documentación 197, 199-200
  - evaluación 205
  - peligros 197, 200-1
  - servicios locales 198
  - transparencia 201
  - verificación de logística 228-9
- gobiernos, recomendaciones a 380-2
- gobiernos donantes, recomendaciones a 383
- grano integral 189, 190-1
- grupos vulnerables
  - acarrear agua 82
  - ayuda alimentaria, distribución 203
  - beneficiarios 41, 43
  - cuidadores 172
  - empleos 156
  - enfermedades transmisibles 336
  - estrategias de afrontamiento 145-6
  - higiene 71
    - artículos de 275
  - integrantes 9-11
  - letrinas 86, 87
  - mosquitos 90
  - normas comunes 31
  - nutrición, apoyo general 167-72
  - reconocimiento 9-11
  - ropas 273-4
  - seguridad alimentaria 147
  - suministro de agua 66-7, 67, 68, 75
- heces infantiles 84, 85
- herramientas
  - acceso 279
  - ataúdes 279
  - entrenamiento 279, 280

- lista de verificación 286-7
- hierro, suplementos 170
- higiene
  - acceso 70, 71-2
  - agua necesaria 74
  - alimentos 195-6
  - anal 88, 109
  - artículos de uso personal 274-5
  - comunicación 71-2
  - fomento de 69
  - grupos vulnerables 71
  - lavado de manos 87, 88
  - lista de verificación 285
  - responsabilidad 71
  - suministro de agua 69
- hornos 277, 278
  - cocinar 277, 278
- hospitales
  - dotación de personal 318-9
  - servicios clínicos 317-21
- hospitales de campaña extranjeros 313
- importaciones 157-8, 186
- indicadores, uso del término 8, 9
- índice de Cormic 220
- índice de masa corporal (IMC) 220
- infecciones infantiles, heces 85
- infecciones parasíticas, carencias nutricionales 165, 183
- infecciones respiratorias 183
- información, seguimiento 44-5
- ingresos y empleo 153-6
  - programas de generación 212
- inodoros
  - véase también* letrinas
  - agua precisa 109
  - evacuación de excretas 83
  - número 110
  - suministro de agua 77
- inseguridad alimentaria crónica 134
- insumos agrícolas
  - aceptabilidad 150
  - adquisición 151
  - intervenciones (lista) 211-2
  - mercados 157-8
  - semillas 150-1
  - utilización 151-2
- insumos de salud 176
- intervenciones psicológicas, 346*nota* 347-9
- intervenciones sociales 346
- jabón, higiene personal 81, 196, 274
- laboratorios clínicos 330-1
- lavaderos/jabón de ropa 82, 274
- leche 191
- lesiones 340-2
  - hospitales de campaña extranjeros 313
- letrinas
  - véase también* inodoros
  - acceso 83
  - colectivas 85
  - de pozo de ventilación mejorada (LVM) 88
  - de zanjas 87
  - mantenimiento 87, 88
  - número 110
  - pozos de absorción 87
  - públicas 83, 84-5
  - refugios temporales 258
  - seguridad de mujeres 87
- listas de comprobación, método práctico 36
- lucha antivectorial
  - paludismo 336
  - productos químicos 95-6
  - protección
    - al personal 91-2
    - medioambiental 93-4
  - protocolos 96
  - refugios 265-6
- maíz, molienda de 190-1
- malnutrición *véase* desnutrición
- medicamentos
  - directrices 313
  - donativos 318
  - enfermedades crónicas 350
  - gestión 320
  - paludismo 330
  - protocolos 320
  - PVVS 338
- medio ambiente
  - refugios y asentamientos 269-71
    - lista de verificación 284
  - seguridad alimentaria 135, 146, 149
  - sostenibilidad 269-70
  - uso del término 15
- medios de subsistencia

- apoyo 280
- definiciones 128-9
- empleo 153-6
- estrategias 129
- recuperación 141
- rurales 151
- seguridad alimentaria, lista de verificación 208-10
- meningitis 333
- meningitis meningocócica 335, 336
- menstruación
  - higiene 86
  - materiales 88, 274, 275
- mercados
  - acceso económico 158
  - artículos básicos 157, 159
  - intervenciones 158-9
    - resumidas 213
  - letrinas 110
  - oferta y demanda 158
  - políticas oficiales 158
  - precios 157, 159
    - controles de 159
    - estacionales 159
  - seguridad alimentaria 156-9
    - valoración 157-8
- mezquitas, agua necesaria 109
- microfinanciación 213
- micronutrientes
  - acceso 165-6
  - apoyo 252, 255
  - carencias
    - anteriores 139
    - endémicas 167
    - epidémicas 166-7
  - deficiencias
    - diagnóstico 182
    - prevención 183
  - enfermedades relacionadas con carencia 165
  - personas que viven con VIH/sida 171
  - vitaminas, exigencias 225
  - vivienda 262
- Ministerio de Sanidad 311-2, 314
- moliendas de grano 190-1, 196
- morbilidad
  - causas 306
  - niños menores de 5 años, desglose de datos 323, 354
- mortalidad
  - causas 306
  - datos comparados por región 311
  - desnutrición 179
    - VIH-positivo 179, 180
  - niños menores de 5 años
    - desglose de datos 323, 354
    - metas 308
- moscas, diarrea por 94
- mosquitos 93
  - control 93, 94-5
  - grupos de riesgo 90
- mosquiteros 279
- paludismo 95
- muestreos 135
  - acceso 333
- mujeres
  - agua o saneamiento 72
  - atención médica 304
  - ayuda alimentaria 202
  - coerción sexual 47, 67
  - participación 72
    - equitativa 67
  - recolectar el agua 66-7, 77
  - refugios, programas de 247-50
  - salud reproductiva 343-6
  - violencia sexual 344-5
  - vulnerabilidad 13
- niacina, acceso 164
- niñas adolescentes, nutrición 170, 220
- niños
  - alimentación 169-70
    - menos de 5 años 170
  - coerción sexual 47
  - datos de morbilidad, menos de 5 años 38
  - datos de mortalidad, menos de 5 años 38
  - desnutrición, menos de 5 años 137, 139, 218-9
  - leche 191
  - letrinas 110
  - mayores, nutrición 219, 220
  - recolectar el agua 66-7
  - sarampión, vacunación 327-9
  - servicios de salud 304
  - vitamina A, carencia 223
  - vulnerabilidad 11-2
  - yodo, carencia 223-4
- niños menores de 5 años (TMM5)

- desnutrición 137, 139, 218-9
- enfermedades infantiles 330
- morbilidad 38
  - desglose de datos 323, 354
- mortalidad 38
  - desglose de datos 323, 354
- tasa bruta de mortalidad (TBM) 309-10
- tasas de mortalidad, fórmula 357
- no combatientes 19-20
- no devolución, principio de 20
- normas, uso del término 8, 9
- normas comunes
  - grupos vulnerables 31
  - importancia 29-31
- normas mínimas
  - compromiso 21-2
  - limitaciones 15-6
- nutrición
  - véase también* desnutrición
  - apoyo
    - general 163-7
    - grupos expuestos a riesgos 167-72
  - artículos básicos 157, 159
    - acceso 163, 164-5
  - calorías mínimas 188
  - exigencias globales 164-5
  - inseguridad alimentaria 136
  - normas mínimas 161-2
  - suministro de agua 67
  - valoración
    - exigencias básicas 225-7
    - lista de verificación 214-7
- oficinas, letrinas 110
- organizaciones internacionales, recomendaciones a 384-5
- pacientes, derechos de los 320
- pagos y salarios 155
- palatabilidad 80-1
- paludismo
  - brotos 335
  - carencias nutricionales 165, 183
  - diagnóstico 93, 330
  - emplazamientos 93
  - lucha antivectorial, redes de cama 336
  - medicamentos 330
  - mosquitos 95
  - protección 91-2
  - resistencias a 330
  - tratamiento 95
- pañales
  - lavado de 85
  - suministro 274
- paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM) 338 nota, 343-345
  - salud reproductiva 343, 344
- parteras *véase* partos
- participación 30-1
  - capacidad local 33
  - información 33
  - representación 32-3
  - valoración inicial 32-3
- partos
  - cuidados de emergencia 345
  - higiénicos (botiquines) 343-4
  - parteras 313
- pelagra 164
- perímetro mesobranquial (MUAC por sus siglas en inglés) 218, 220, 221
- personal
  - calidad 30
  - capacidades 49, 50
  - competencias y responsabilidades 46-7
  - desechos sólidos 100
  - gestores, papel de 48, 59
  - seguridad 49
  - servicios de salud 318-9
  - supervisión y apoyo 48-50
- personas de edad
  - alimentos 170-1
  - desnutrición 222
  - redes de apoyo 171
  - vulnerabilidad 12-3
- personas desplazadas dentro de su propio país (PDDP) 186
- pesca 212
- piojos 90, 91, 92
- poder adquisitivo 158, 159
- pozos de absorción 103
- pozos de basuras 98
- primeros auxilios 342
- producción primaria
  - respuestas 211-2
  - viabilidad 148-50
- Programa Ampliado de Inmunización (PAI), sarampión 327
- programa de alimentación suplementaria

- (PAS) 187
- protección, obstáculos 14
- pulgas 92
- químicos, contaminación por 78, 80
- raciones PAS 187
- raciones secas 175, 177
  - alimentación en masa comparada 185-6
  - inseguridad 186
- radiológicos, riesgos, en agua 78, 80
- recipientes para agua 79, 82, 276
- recuperación
  - alimentos para 212
  - desnutrición grave 179-80
  - medios de subsistencia 141
  - planificación relacionada 38-
  - seguridad alimentaria 144
- redes de cama 91, 336
- referencias
  - abastecimiento de agua 113, 115
  - ayuda alimentaria 236-7
  - eliminación de desechos 115, 116
  - enfermedades
    - no transmisibles 363-6
    - transmisibles 362-3
    - VIH/sida 55-6
  - género 114
  - grupos vulnerables 234
  - higiene 114
  - instrumentos jurídicos 371
  - lucha antivectorial 115-6
  - micronutrientes 236
  - normas mínimas 51-7
  - refugios 289-91
  - seguridad alimentaria 231-2, 233
  - servicios de salud 361-2
  - suministro de agua 112, 113, 115
  - valoración antropométrica 232-3
  - valoración inicial 51-2
- refugiados, ayuda alimentaria 186
- refugios
  - actividades del hogar 261-2
  - comunidades de acogida 251, 252
  - coordinación 248
  - evacuación de emergencia 256, 259
  - explotación sexual 267
  - identidad cultural/aceptables 236, 262, 263, 265
  - impacto medioambiental 269-71
  - iniciativas locales 263-4
  - privacidad 256, 260, 261
  - programas para la mujer 247-50
  - propiedad de la tierra 251, 254
  - riesgos vectoriales 256, 259, 265-6
  - valoración inicial 262-6
    - familias desplazadas 251, 252
    - lista de verificación 281-7
    - peligros naturales 251, 253
    - riesgos 251, 253, 254
  - vivienda, construcción 260-1
- reluctancia 169
- respuestas
  - capacidad especializada 40
  - factores y normas 30
  - información, difusión de 40
  - lucha antivectorial 94
  - necesidades
    - crónicas 39
    - de emergencia 39
    - reales 39
- riboflavina, acceso 164
- riegos, agua necesaria 109
- riesgos, comunicación sobre 348
- ropas de cama
  - efectividad termal 273
  - lista de verificación 285
  - suministro básico 272, 273
  - vectores 92
- ropas de vestir
  - efectividad termal 273
  - lista de verificación 285
  - suministro básico 272, 273
  - vectores 92
- salud mental 339
  - primeros auxilios 347, 348-9
  - trastornos urgentes 347, 349
- salud pública
  - fomento, enfermedades transmisibles 329
  - impactos analizados 306
- salud reproductiva 339, 343-6
- sal yodada, acceso 164
- saneamiento, cómo definir 66
- sanidad, sistemas 311-3
- sarampión
  - carencias nutricionales 165, 183
  - dosis de vitamina A 328

- prevención 327
- prioritaria 303
- vacunaciones 327-9
  - segunda vacuna 329
- seguimiento 30
  - información 44-5
  - participantes 44-5
- seguridad
  - consideraciones generales 14
  - personal 49
- seguridad alimentaria
  - carencia de micronutrientes 165
  - conflictos, situaciones de 141
  - coordinación de datos 135
  - definiciones 128
  - empleo 153-6
  - estrategias de finalización 146
  - futura 147
  - grupos vulnerables 147
  - medio ambiente 135, 146
  - medios de subsistencia, lista de verificación 208-10
  - mercados 156-9
  - normas 141-2
    - generales 142-7
  - participación 136
  - producción primaria 148-50
  - respuestas 143-7
    - listas 211-3
  - valoración 132-4, 143
    - informe 138-9, 207
    - lista de verificación 208-10
    - metodología 206-7
- seguridad personal, vivienda 261
- semillas
  - distribución 150-1
  - híbridas 151
  - modificadas genéticamente 151
- sequías 75
- servicios clínicos 317-21
  - número de consultas por médico clínico (fórmula) 359
- servicios de salud
  - acceso 309
  - atención médica básica 342
  - atención primaria de salud 315-6
  - coordinación 314-5
  - derechos de pacientes 320
  - derechos humanos 301-2
  - medios de transporte 333
  - niños 304
  - número de consultas por médico clínico (fórmula) 359
  - personal
    - dotación 318-9
    - equilibrio, por género 313
    - formación 319
  - primeros auxilios 342
  - prioritarios 309
  - salud comunitaria 316
  - servicios clínicos 317-21
  - sistemas de información sobre temas de salud (SIS) 321-4
  - sistemas sanitarios 311-3
  - triage*, sistema de 340, 341-2
  - utilización 319
  - valoración, lista de verificación 351-3
- servicios de salud informes de epidemiología 322
- sistemas de información sobre temas de salud (SIS) 321-4
- suministro de agua *véase* abastecimiento de agua
- tasa bruta de mortalidad (TBM)
  - fórmulas 357-9
  - niños menores de 5 años 309-10
- tasa de incidencia, fórmula 358
- tasa de utilización del centro sanitario 358
- tasas de letalidad 334, 336
- tasas de morbilidad, lista de verificación 352
- tasas de mortalidad
  - lista de verificación 352
  - niños menores de 5 años (TMM5) 357
- techos 261
  - capacidad termal 263, 264
- tecnologías nuevas, alimentos 150
- temperatura ambiental 227
- tiamina, acceso 164
- tifus 334
- trabajadores humanitarios *véase* personal
- transparencia, participación local 33
- traumatología 342
  - priorización 341
- triage*, sistema de 340, 341-2
- tuberculosis (TB) 331
- tuberías 78, 103

- urinarios 85, 87
- utensilios de cocina 195, 196
- vacunación
  - desnutrición, informe 139
  - prioritaria 303
  - sarampión 327-9
- valoración inicial (evaluación inicial)
  - abastecimiento de agua 79, 104-6
  - avenamiento 101, 102
  - ayuda alimentaria 187, 188
    - alimentos aceptables 190, 191
  - determinar prioridades 36
  - higiene 71
  - información 36, 37-8
    - fuentes de 37
  - integrantes del equipo 36
  - mercados 157-8
  - participación 32-3
  - saneamiento 104, 106
  - seguridad alimentaria 132-4, 208-10
    - línea de base 208
  - servicios de salud 302-3
- valor de transferencia 189
- vertederos 100
- veterinarios 213
- VIH/sida, personas que viven con (PVVS)
  - agua necesaria 75
  - alimentación de bebés 169
  - atención médica básica 337
  - ayuda alimentaria 203
  - desnutrición 171, 226, 227
  - enfermedades transmisibles 337-8
  - estrategias de afrontamiento 134-5
  - inodoros 85
  - jeringuillas de seguridad 333
  - micronutrientes 171
  - paquete mínimo de servicios 343
  - precauciones universales 337
  - referencias 55-6
  - suministro de agua 68
  - vulnerabilidades 14-5
- violencia basada en el género (VBG) 339, 343, 344-5
- vitamina A
  - alimentación suplementaria 176
  - alimentos 164
  - carencias 167, 223
- vivienda
  - construcción 260-1
  - retorno a 252
  - techos 261
  - temporal 263
- vulgarización agrícola 211, 212
- xeroftalmia 167
  - indicadores 223
- yodo, carencias 164, 223-4

# El paquete de formación/capacitación s

Este nuevo paquete ofrece excelentes materiales de capacitación, desarrollados y sometidos a pruebas en el terreno por asesores de formación de Esfera. El paquete contiene:

## 1 MATERIALES DE CAPACITACIÓN

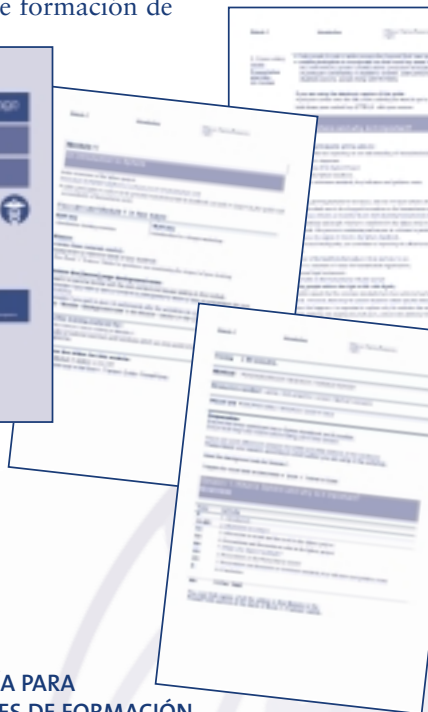
400 págs., A4, 8 1/4 x 11 1/2, encuadernado en Canadian wirol.

Cuatro módulos de capacitación que cubren:

- Introducción a Esfera
- La Carta Humanitaria
- El ciclo del proyecto
- Esfera en la preparación con vistas a casos de desastre

Los módulos ofrecen:

- sesiones de capacitación
- notas de información de fondo
- ideas para ejercicios
- ayudas visuales



## 2 GUÍA PARA ASESORES DE FORMACIÓN

92 págs., A4, 8 1/4 x 11 1/2, encuadernación en rústica

Incluye:

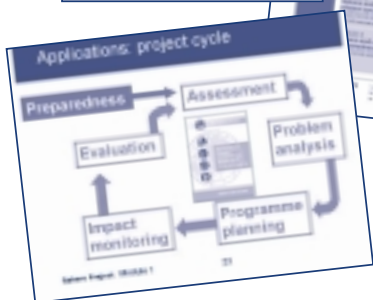
Visión general del material con hojas impresas de presentaciones en PowerPoint

Herramientas de planificación de talleres con:

- listas de verificación
- agendas
- formularios
- plantillas

formación sobre:

- metodologías de capacitación
- selección de participantes
- sugerencias sobre capacitación
- optimización del aprendizaje



# sobre el Proyecto Esfera

## 3 CD-ROM

Ofrece:

- Guía para asesores de formación y materiales de capacitación:
  - i) en formato RTF – que puede ser adaptado según las necesidades individuales
  - ii) en formato PDF – fácil de descargar, se imprime claramente
  - iii) en formato HTML – permite navegar y buscar fácilmente el tema deseado (por ejemplo, ciclo del proyecto, incidencia política y social, etc).
- vídeo de Esfera de 9 minutos (1999)
- texto completo del Manual de Esfera, edición de 2004

En todos los materiales de capacitación, que son fotocopiables en su totalidad, se incluyen referencias a las ediciones de 2000 y 2004 del manual, por lo que se pueden usar con ambas versiones.

### PAQUETE DE CAPACITACIÓN DEL PROYECTO ESFERA

A4, 81/4 x 111/2, 400 págs., encuadernado en Canadian wiro;

A4, 81/4 x 111/2, 92 págs., encuadernado en rústica;  
CD-ROM

0 85598 509 7 o Noviembre de 2003 o £30.00 / US\$48.00  
Se vende completo. Los componentes no se pueden adquirir por separado.



*‘Los módulos de capacitación de ESFERA proporcionan los componentes básicos para la formación en temas humanitarios ... Es un recurso de gran valor para las labores de emergencia, desarrollo e incidencia desempeñadas todo a lo largo de la gama humanitaria.*

*Es un excelente recurso, esencial para todo aquel que lleve adelante formación en temas humanitarios. La diversidad de las técnicas de capacitación hace posible un aprendizaje de carácter atractivo.*’

Mark Prasopa-Plaizier  
Director de Formación Humanitaria  
RedR Australia

*‘Los materiales de capacitación me fueron muy útiles cuando organizaba un taller nacional en Kenia. Decidimos cuáles iban a ser los objetivos del taller y adaptamos los materiales para que encajasen con lo que deseábamos lograr. Fue muy bueno saber que una gran parte de la investigación ya había sido llevada a cabo. Además, adaptamos los módulos a nuestro propio contexto, insertando los estudios de casos que eran apropiados para Kenia. Para mí, esto capta la esencia de Esfera: es una herramienta que se puede utilizar y adaptar al contexto en el que uno lleva adelante su labor.’*

Lindy Montgomery  
Coordinadora del Programa  
Humanitario, Programa de Kenia,  
Oxfam GB

# Película del Proyecto Esfera:

## Introducción a los retos humanitarios

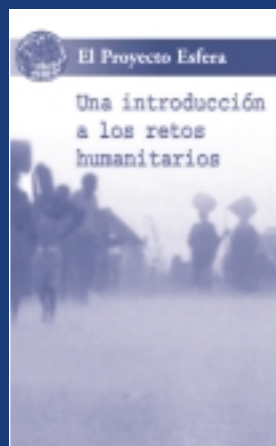
Esta película, con secuencias a todo color filmadas especialmente en Sierra Leona y otros lugares, introduce los principios y prácticas de Esfera en una situación real en el terreno. Constituye un paquete ideal de orientación para trabajadores humanitarios y del desarrollo.

Mediante el uso de testimonios aportados por personas avezadas y la presentación de ejemplos de la vida real del uso del manual de Esfera, el film explora temas más amplios como:

- ¿Cuál es la historia de la acción humanitaria?
- ¿Cuál es la identidad humanitaria?
- ¿Qué papel desempeñan los instrumentos jurídicos en la respuesta frente al desastre?
- ¿Cómo se puede pasar desde los principios a la acción?
- ¿Qué significa realmente “participación” en la respuesta al desastre?
- ¿Adónde se dirige el humanitarismo?

Through testimonies from experienced practitioners and real-life examples of the use of the Sphere Handbook, the film explores broader themes such as:

- What is the history of humanitarian action?
- What is the humanitarian identity?
- What role do legal instruments play in disaster response?
- How does one move from principles to action?
- What does participation really mean in a disaster response?
- Where is humanitarianism going?



### Publicado por el Proyecto Esfera

0 85598 506 2 o Noviembre de 2003\_Versión NTSC en vídeo de la película en inglés de 45 minutos \_£9.95 + IVA (£11.70) / US\$16.50

0 85598 518 6 o Noviembre de 2003 o en francés

0 85598 520 8 o Noviembre de 2003 o en español

0 85598 507 0 o Noviembre de 2003

Versión PAL en vídeo de la película en inglés de 45 minutos \_£9.95 + IVA (£11.70) / US\$16.50

0 85598 517 8 o Noviembre de 2003 o en francés

0 85598 519 4 o Noviembre de 2003 o en español

0 85598 508 9 o Noviembre de 2003

Versión DVD NTSC de la película de 45 minutos en inglés, francés y español

£9.95 + IVA (£11.70) / US\$16.50

0 85598 516 x o Noviembre de 2003

Versión DVD PAL de la película de 45 minutos en inglés, francés y español

£9.95 + IVA (£11.70) / US\$16.50

Nota: Los precios del vídeo/DVD cubren el coste de duplicación y envase. Todos los DVD son multi-zona.



## Formulario para aportar comentarios sobre el manual de Esfera

*(Todos los comentarios presentados serán conservados en archivos de la oficina de Esfera y, si se prepara una nueva edición revisada en el futuro, serán examinados por grupos del sector)*

Nombre: .....

Puesto de trabajo y organización:.....

Dirección: .....

.....

.....

Teléfono/e-mail: .....

Fecha:.....

1) ¿Qué comentarios generales desea aportar sobre cualquier parte de la edición de 2004 del manual de Esfera? (por ejemplo, la Carta Humanitaria, la estructura de los capítulos sectoriales, los formularios incluidos en los apéndices, etc.)

2) ¿Hay indicadores que necesiten ajustes? Le rogamos que sea específico/a y, si es posible, que aporte con sus sugerencias información de fondo o referencias basadas en testimonios.

3) Existe nueva información/resultados que deberían quedar integrados en las notas de orientación?

4) ¿Necesita más información sobre Esfera? En caso afirmativo, le rogamos que especifique a continuación qué información adicional necesita (no olvide consignar los datos pertinentes para que podamos dirigirnos a usted).

Por favor, remita este formulario a: Proyecto Esfera, PO Box 372, 1211 Ginebra 19, Suiza.

Fax: +41.22.730.4905 Email: [infosp@sphereproject.org](mailto:infosp@sphereproject.org)

*Valoramos mucho sus aportaciones*