

SALUD Y EDUCACIÓN SANITARIA



IDEAS PRINCIPALES

- ▶ La población de los campamentos suele tener un frágil estado de salud y muchos de sus miembros están expuestos a una serie de peligros y factores de riesgo de enfermedades que pueden resultar fatales. Los proveedores del servicio de salud, en coordinación con la agencia gestora del campamento, han de garantizar la disponibilidad de servicios de salud apropiados, que incluyan la detección activa de casos y la educación sanitaria para toda la población del campamento, de manera que se reduzca su vulnerabilidad.
- ▶ Los objetivos fundamentales de los servicios de salud en los campamentos son reducir la pérdida de vidas humanas (mortalidad) y la incidencia de las enfermedades (morbilidad), así como mejorar la calidad de vida de la población. Los proveedores de los servicios de salud, por tanto, han de tratar de manera prioritaria las causas de las enfermedades y muerte que sean evitables, identificar los vacíos más importantes de los programas de salud y abogar a favor de proyectos adecuados para colmar dichos vacíos.
- ▶ Para que los servicios de salud sean efectivos, la población del campamento ha de estar involucrada en las decisiones más importantes desde el comienzo y participar plenamente en todas las etapas del programa sanitario, incluida su evaluación. Los servicios de salud han de suministrarse “con” y no “para” la población.
- ▶ El sarampión es uno de los problemas de salud más graves de los campamentos y ha sido una de las principales causas de mortalidad en numerosas situaciones de emergencia de refugiados y desplazados internos en el pasado. El lanzamiento de campañas de vacunación contra el sarampión a gran escala ha de constituir una prioridad absoluta de los servicios de salud de los campamentos.
- ▶ La malnutrición grave es conocida como una de las mayores causas de mortalidad de la población de los campamentos, fundamentalmente porque aumenta la vulnerabilidad respecto a otras enfermedades en general. Una actividad inicial importante en los campamentos es la evaluación del estado nutricional así como la puesta en marcha de programas de alimentación según las necesidades, garantizando en todo caso un consumo mínimo de 2.100 calorías al día por persona. Hay que prestar especial atención a los grupos vulnerables y los que tengan necesidades específicas en los campamentos, por ejemplo en relación con las raciones de alimentos, según corresponda.
- ▶ Aunque las agencias gestoras de campamentos no suelen ser especialistas en temas de salud, pueden tomar pasos concretos en colaboración con el grupo sectorial o los servicios de salud en el campamento para mitigar el impacto de las epidemias y promover la educación sanitaria. La calidad de la gestión del campamento puede también ser un factor de vida o muerte para la población del campamento.

INTRODUCCIÓN

Los objetivos de los servicios de salud en los campamentos son la reducción de la pérdida de vidas humanas (mortalidad) y de la incidencia de enfermedades (morbilidad) así como la mejora de la calidad de vida de la población. Los refugiados y las personas desplazadas en los campamentos a menudo se enfrentan a condiciones de hacinamiento, alimentación y alojamientos inadecuados, aguas insalubres, servicios de salud insuficientes, falta de inmunidad ante las enfermedades de un entorno nuevo y carencias en el sistema de saneamiento. Además, por lo general, llegan a los campamentos en un estado considerablemente frágil a raíz de las enfermedades, el hambre, la persecución, la violencia física y el trauma. Estas circunstancias hacen que las enfermedades, ya sean solas o combinadas con la malnutrición, causen un alto índice de mortalidad.

Aunque el mantenimiento o el logro de la buena salud de la población de los campamentos puede ser todo un desafío, puede lograrse a través de intervenciones multisectoriales. Entre las posibles actividades están:

- reducir el hacinamiento para mejorar el entorno y las condiciones de vida de la población del campamento
- eliminar las excretas de manera adecuada
- garantizar un suministro de alimentos y agua adecuado
- controlar los vectores que transmiten enfermedades
- proporcionar un alojamiento adecuado
- ofrecer educación sanitaria y capacitación sobre temas fundamentales

El sector de la salud contribuye a reducir la mortalidad y la morbilidad y aumentar la calidad de vida de la población a través de la adopción de medidas preventivas y una gestión apropiada de las enfermedades. Ello conlleva:

- crear un sistema de vigilancia y, si las estadísticas indicaran la existencia de una epidemia, garantizar una respuesta rápida y adecuada;
- garantizar la existencia de mecanismos de coordinación y planificación que fomenten el intercambio de información que permita tomar decisiones y planificar acciones con rapidez y eficacia;
- establecer un sistema básico de salud, que disponga rápidamente de suficiente personal y que esté bien abastecido para garantizar el tratamiento precoz y adecuado de las principales enfermedades;
- brindar a todos los que viven o trabajan en el campamento educación sanitaria en materia de prevención de enfermedades y el buen cuidado de la salud.

Las diferentes etapas de la vida de un campamento – a menudo conocidas como el “ciclo del desplazamiento” o el “ciclo de vida del campamento”- comienzan al principio del desplazamiento y continúan hasta que se alcanza una solución duradera. La fase de emergencia está asociada con el inicio del desplazamiento

que obliga a las personas a buscar refugio fuera de sus áreas o países de origen. La fase de emergencia se puede caracterizar por:

- un alto índice de mortalidad – más de una muerte por cada 10.000 personas al día;
- ausencia de servicios de salud en los campamentos o infraestructura sanitaria saturada e inadecuada;
- respuesta inadecuada por parte de las autoridades nacionales;
- interrupción de los mecanismos habituales de coordinación .

Durante la fase de emergencia en los campamentos, donde suelen surgir además grandes obstáculos para el suministro de los servicios básicos, no siempre puede lograrse una solución ideal. No obstante, hay que hacer todo lo posible para reproducir las mejores prácticas, incluso con limitaciones de personal, recursos materiales, sistemas de apoyo, seguridad, financiación y de coordinación. Los servicios de emergencia son específicos de cada campamento; el suministro de servicios difíciles de mantener a largo plazo se suele justificar hasta que el índice de mortalidad esté bajo control.

La segunda fase, o la que sigue a la de emergencia, se caracteriza por una mayor estabilidad. El índice de mortalidad habrá disminuido por debajo de una muerte por cada 10.000 personas al día y por lo general se habrá logrado cumplir con los estándares mínimos para cubrir las necesidades específicas como los alimentos, el agua y el alojamiento. Esta fase constituye una buena oportunidad para expandir y mejorar los servicios sanitarios establecidos durante la fase de emergencia así como para desarrollar los programas de educación sanitaria y observar su valor añadido.

Este capítulo presenta los aspectos de la asistencia sanitaria que las agencias gestoras de campamento deben conocer para apoyar la coordinación del sector de salud y monitorear los proyectos de los proveedores de servicios sanitarios según las necesidades de cada fase del ciclo vital de los campamentos.

CUESTIONES FUNDAMENTALES

ROLES Y RESPONSABILIDADES

La agencia gestora del campamento es la instancia principal de coordinación y monitoreo en el campamento; sin embargo, el sector de la salud es coordinado por lo general por un proveedor de servicios de salud. Este proveedor tiene por tanto la responsabilidad de planificar, ejecutar, gestionar y monitorear los servicios de salud. Si hubiera varios proveedores de salud en el campamento, incluidos los del gobierno así como instituciones privadas, la agencia gestora del campamento, en cooperación con el gobierno y el grupo sectorial de salud, ha de designar una agencia como líder de salud en el campamento.

Los roles y responsabilidades principales de la agencia líder de salud son:

- coordinar con las autoridades sanitarias locales todo lo relativo a los servicios de salud en el campamento
- facilitar la cooperación entre todos los proveedores de salud para garantizar el funcionamiento de los servicios de salud acordados en las reuniones de coordinación, así como para que se monitoreen adecuadamente
- recabar información de los proveedores de servicios de salud y elaborar informes sobre las cuestiones de salud pertinentes
- difundir información sanitaria entre los sectores y agencias pertinentes
- coordinarse con la agencia gestora del campamento.

Los roles y responsabilidades principales de la agencia gestora del campamento son:

- comprender la terminología clave y las estrategias de los servicios de salud en los campamentos para poder interpretar el resultado de los informes de los proveedores de los servicios de salud
- difundir información actualizada sobre problemas de salud y alertar a las instancias pertinentes de coordinación acerca de los vacíos y solapamientos existentes
- utilizar esta información para abogar a favor de respuestas adecuadas a los problemas de salud en el campamento
- apoyar a la agencia líder de salud y coordinarse con ella en todos los asuntos que puedan requerir apoyo adicional

Ambas agencias tienen la responsabilidad de garantizar que el nivel y la calidad de los servicios de salud suministrados por todas las agencias de salud cumplan con estándares aceptados a nivel local o internacional así como con la ética médica.

! Desde el inicio de los programas de salud en el campamento hay que contactar e involucrar a las autoridades sanitarias locales. Su cooperación para el establecimiento o el apoyo de las estructuras de salud es clave para el éxito y la sostenibilidad de los programas.

La gestión de la información sanitaria es un aspecto importante de las actividades de coordinación y agencia gestora del campamento puede facilitarla. Debe haber claridad acerca de la manera en que se debe compartir la información. Por lo general, los proveedores de servicios de salud recopilan directamente la información sobre la población del campamento. En los casos en que los campamentos tienen múltiples proveedores de servicios de salud, el flujo de información puede ser complejo. No sólo es necesario que la agencia líder de salud y la agencia gestora del campamento dispongan de toda la información pertinente para la planificación y la toma de decisiones, sino que el resto de los proveedores de servicios de salud también han de recibir información.

En estas situaciones, es importante tener reuniones de coordinación sanitaria de manera regular y la agencia líder de salud ha de facilitarlas. Estas reuniones han de permitir el intercambio y difusión de información sanitaria entre los diferentes proveedores y han de generar información importante que se transmita a las reuniones de coordinación general del campamento convocadas por la agencia gestora del mismo. Las reuniones de salud han de tener lugar una vez a la semana o al mes (o incluso a diario en situaciones de propagación de epidemias), pero tiene que haber canales de comunicación que permita a las agencias de salud del campamento intercambiar con la agencia líder de salud información o preocupaciones en caso de emergencia.

! Conviene que las reuniones de coordinación de salud tengan lugar unos días antes de las reuniones de coordinación general, de manera que cualquier cuestión importante que pueda surgir durante las reuniones del grupo sectorial, pueda presentarse oportunamente en las reuniones de coordinación general ante los demás grupos sectoriales y la agencia gestora del campamento.

Las siguientes secciones de este capítulo señalan la terminología y los aspectos fundamentales de las estrategias y los servicios sanitarios de los campamentos y explican cuestiones importantes con relación a la supervisión y la coordinación de estos servicios. También incluyen los roles y responsabilidades adicionales de las agencias gestoras de campamentos y de la agencia líder de salud.

▲ Coordinación entre las autoridades sanitarias locales y las agencias humanitarias de salud

Es posible que los funcionarios sanitarios locales no acepten los resultados de evaluaciones o proyectos de salud que transmitan una mala imagen del gobierno o del país. La agencia gestora del campamento ha de abogar para que se pongan en marcha las intervenciones necesarias y se alcancen unos estándares adecuados, y mantener a la vez una buena relación de trabajo con las autoridades.

EVALUACIONES

La evaluación inicial, coordinada por la agencia líder de salud en cooperación con la agencia gestora del campamento, permite detectar las necesidades en el ámbito de la salud, los servicios disponibles y los vacíos existentes. Los resultados de la evaluación sirven para orientar las estrategias de ejecución de los programas de salud, tanto para dar apoyo a los servicios existentes, como para el establecimiento de nuevos servicios.

Es importante que el equipo de evaluación tenga la experiencia necesaria, que sea lo más objetivo posible y que esté libre de toda influencia política o de otra índole. Lo ideal es que la evaluación inicial pueda completarse dentro de los tres días siguientes al establecimiento de un campamento o tras la llegada al mismo. Si se tiene tiempo para planificar la instalación del campamento y el flujo de llegadas es moderado y manejable, se puede llevar a cabo una revisión médica individual que sirva de evaluación inicial de la situación de salud en el campamento.

Elementos de las Evaluaciones Sanitarias

Información general

La información principal incluye el historial del desplazamiento, las cifras totales de población desagregadas por edad y sexo, y la disponibilidad de alimentos y agua. Para que las estadísticas sanitarias sean relevantes, es importante que las cifras demográficas sean exactas.

Identificación de temas prioritarios para la salud

La información recogida ha de incluir la tasa estimada de mortalidad y sus causas, estadísticas de morbilidad relacionada con las enfermedades más comunes, la presencia de enfermedades con potencial epidémico (como el cólera, la shigelosis o disentería bacilar, el sarampión y la meningitis), la prevalencia de malnutrición grave y el índice de vacunación. El índice de mortalidad suele ser el mejor indicador para evaluar la gravedad de una situación y comprender las causas. También es fundamental para orientar las intervenciones iniciales.

La presencia y las actividades de agentes de Naciones Unidas, gobierno y ONGs en el área de la salud

La evaluación inicial también ha de permitir conocer quién está en el campamento, los servicios disponibles o planificados por parte de cada organización, su capacidad operacional y las áreas que cubren sus servicios. En campamentos muy grandes, es posible que varias agencias ofrezcan los mismos servicios en diferentes áreas del campamento. Esta perspectiva general es fundamental para un buen aprovechamiento de los recursos disponibles así como para evitar solapamientos entre los diferentes servicios. En este contexto, se deben analizar los servicios de salud dentro y fuera de los campamentos así como su capacidad de suministrar asistencia sanitaria a la población desplazada identificada. Ello implica identificar y garantizar el acceso de la población del campamento a un hospital de referencia así como a un laboratorio de referencia para el análisis de muestras, así como al resto de los servicios sanitarios existentes. El equipo ha de identificar personal sanitario cualificado entre las instituciones sanitarias locales y las agencias humanitarias del sector presentes en el campamento, así como entre la población del campamento. También ha de evaluar su nivel de formación.

►► *Para más información sobre marcos de referencia para el mapeo de organizaciones y servicios, ver la sección de Herramientas.*

Métodos

Para lograr una visión de conjunto de la población, la información mencionada anteriormente se debe recopilar de manera rápida y sencilla durante la evaluación inicial. Entre los posibles métodos de evaluación están las entrevistas con las autoridades sanitarias locales y con la población del campamento, la recopilación de estadísticas de morbilidad y mortalidad en los centros de salud a nivel local, entrevistas con proveedores informales de salud (como los asistentes de parto tradicionales) y la observación directa – como el recuento de tumbas para determinar el índice de mortalidad o la visita a los establecimientos sanitarios existentes.

! A menudo es más útil recopilar poca información: hay que recordar que toda información recogida ha de ser útil y es importante no dejarse llevar por el impulso de recopilar gran cantidad de información detallada que no tenga una finalidad inmediata.

►► *Para ver un ejemplo de una evaluación sanitaria inicial, consultar la sección de Lecturas Recomendadas y Bibliografía.*

La evaluación inicial sirve para orientar las actuaciones de emergencia y se debe efectuar por tanto con rapidez. Durante las siguientes una a tres semanas tras la evaluación inicial, se deberá llevar a cabo una evaluación de seguimiento para recabar información más detallada que permita ofrecer a la población del campamento un programa de salud organizado y coordinado. En ese momento también se pueden llevar a cabo evaluaciones temáticas, como el análisis de la prevalencia de deficiencias de micronutrientes o el índice de vacunación infantil. Los sondeos que se lleven a cabo en esta etapa han de utilizar la metodología de muestreo representativo. Durante los primeros días, no hay que esperar a que se lleve a cabo una evaluación general para poner en marcha las actividades de asistencia humanitaria (por ejemplo, la vacunación contra el sarampión o los proyectos de agua y alimentos). Las evaluaciones de seguimiento pueden realizarse en coordinación con las actividades que se indican a continuación.

! Hay que elegir a los informantes clave con cautela. Es posible que los informantes clave más accesibles, como los ancianos y los líderes del campamento, pasen por alto las inquietudes sanitarias de algunos de los usuarios importantes de los servicios de salud. La mortalidad infantil suele ser un gran problema y es importante consultar a las mujeres y los adolescentes, ya que son los que suelen estar a cargo del cuidado de los niños. Además, las personas con necesidades específicas y los grupos de riesgo, como las minorías y las personas con discapacidad, pueden tener dificultades para acceder a la asistencia sanitaria y se las debe incluir como informantes clave.

VACUNACIÓN

Campaña de vacunación a gran escala contra el sarampión

La Organización Mundial de la Salud ha citado el sarampión en repetidas ocasiones como la causa principal de mortalidad infantil en numerosas situaciones recientes de emergencia. El desplazamiento y la alta densidad de población son factores de riesgo que facilitan la transmisión del virus y pueden contribuir a los brotes epidémicos incluso en áreas con un alto índice de vacunación. Además, la mala salud y la malnutrición de las personas afectadas de sarampión están asociadas con un alto índice de mortalidad. Por ello, incluso si durante la evaluación inicial no se identificaran casos de sarampión, la vacunación contra el sarampión a gran escala es una prioridad absoluta.

! Incluso las poblaciones con un alto nivel de cobertura de vacunación pueden sufrir epidemias de sarampión. La actual vacuna contra el sarampión protege en circunstancias normales al 85% de los niños y niñas si se administra a los nueve meses de edad. No obstante, teniendo en cuenta el altísimo índice de propagación de la enfermedad, la posibilidad de sufrir el sarampión sigue siendo muy alta y hay una gran cantidad de población que permanece vulnerable a las epidemias. El objetivo es promover la cobertura del 100% de los niños y niñas de entre seis y catorce años de edad.

Las instituciones sanitarias locales que tengan un Programa Ampliado de Vacunación (PAV) han de estar involucradas en la coordinación y ejecución de las campañas de vacunación a gran escala desde el principio. Las campañas de vacunación a gran escala son, ante todo, un ejercicio de logística. La agencia gestora del campamento y la agencia líder de salud tienen la responsabilidad de garantizar la coordinación de todos los sistemas para lograr un índice de cobertura cercano al 100%. En situaciones de emergencia, UNICEF y la OMS suelen apoyar a las autoridades nacionales y a otras agencias colaboradoras para garantizar la vacunación de todos los niños y niñas contra el sarampión.

Lo ideal es vacunar a todos los niños y niñas de seis meses a 14 años de edad, con independencia de su estado anterior de vacunación. Esta estrategia no selectiva de vacunación tiene las siguientes ventajas:

- una segunda dosis de vacuna contra el sarampión no tiene efectos secundarios y puede mejorar la respuesta inmunológica
- la campaña de vacunación puede cubrir rápidamente a la población, mientras que la verificación individual de tarjetas de vacunación requeriría mucho tiempo
- hay menos probabilidades de error (como la lectura errónea de tarjetas o la confusión de tarjetas entre hermanos).

Sin embargo, factores como la disponibilidad de vacunas, la financiación, los recursos humanos y la incidencia local de sarampión pueden afectar la elección de los respectivos grupos. Si no fuera posible vacunar a la totalidad de la población del campamento, se debe vacunar a los siguientes grupos, por orden de prioridad:

- niños y niñas malnutridos o enfermos de seis meses a 12 años de edad inscritos en centros de nutrición o ingresados en centros de salud
- todos los demás niños y niñas de seis a 23 meses de edad
- todos los demás niños y niñas de 24 a 59 meses de edad
- todos los demás niños de 60 meses a 14 años de edad

Antes de los seis primeros meses de vida no se recomienda la vacunación, ya que puede interferir con anticuerpos maternos. En situaciones de estabilidad, los programas de vacunación contra el sarampión se extienden únicamente hasta los cinco años de edad; sin embargo, teniendo en cuenta el entorno de riesgo que representan los campamentos, en estas situaciones la recomendación se amplía hasta los 14 años de edad. Las campañas de vacunación contra el sarampión a gran escala han de combinarse con la distribución de Vitamina A para niños y niñas de edades comprendidas entre seis meses y 14 años, pero no han de retrasarse a causa de ésta. El suplemento de Vitamina A ha demostrado contribuir significativamente a la reducción de la mortalidad asociada al sarampión.

! Todos los niños y niñas de menos de nueve meses de edad han de recibir una segunda dosis de vacuna contra el sarampión a los nueve meses de edad con un intervalo mínimo de un mes entre ambas dosis. También puede recibir una segunda dosis de Vitamina A con un intervalo de entre cuatro a seis meses desde la dosis anterior.

La vacunación contra el sarampión puede efectuarse en el momento de la llegada al campamento. Si ello no fuera posible porque la población ya estuviera asentada allí o porque los centros de acogida estuvieran saturados, entonces habrá que llevar a cabo una campaña de vacunación a gran escala. Este tipo de campañas tienen los siguientes componentes:

- Campaña de información y educación: la población de los campamentos ha de recibir información sobre los puestos de vacunación, las características de la vacuna, los riesgos que implica y la importancia de vacunarse.
- Capacitación de equipos de vacunación: no es necesario que todos los miembros del equipo sean personal sanitario calificado, ya que se les puede preparar para la campaña a través de una capacitación adecuada.
- Puestos de vacunación: debe haber uno o dos puestos de vacunación por cada 10,000 personas. La distancia puede constituir un eventual obstáculo para la vacunación, por lo que es mejor tener varios puestos dispersos en el campamento que una sola instalación central.
- Actividades de divulgación: los trabajadores comunitarios de sanidad pueden circular por el campamento durante la campaña y referir a los niños y niñas a los diferentes puestos de vacunación.
- Tarjetas de vacunación: ha de emitirse una por cada niño o niña. Si su edad es inferior a 6 – 8 meses, ello debe constar claramente en la tarjeta y hay que explicar a la persona que lo cuida que al cumplir los nueve meses se le debe vacunar una segunda vez.
- Elaboración de informes: Hay que documentar el número de vacunas administradas por día (y por asentamiento) así como el número de dosis utilizadas.

►► *Para consultar un ejemplo de formulario de verificación de vacunación contra el sarampión, ver la Sección de Herramientas.*

Consideraciones logísticas para la vacunación contra el sarampión

- La cantidad de vacuna contra el sarampión que se ordene ha de corresponder al tamaño de la población para la que esté destinada; el extravío de vacunas durante una campaña de vacunación no debe superar un 15%. Asimismo, se debe mantener una reserva de vacunas (idealmente un 25% más de la cantidad requerida en total).
- La vacuna contra el sarampión es sensible al calor y ha de transportarse y almacenarse a una temperatura de entre 2 y 8°C. Se debe establecer un sistema de cadena de frío para mantener las vacunas con seguridad a una temperatura apropiada, con independencia de la temperatura exterior y de las variaciones estacionales del clima.
- Para aplicar las precauciones universales – el conjunto de procedimientos destinados a prevenir la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el virus de la hepatitis B (VHB) así como otros patógenos de transmisión sanguínea – ha de disponerse de una cantidad suficiente de jeringuillas auto-destruibles (diseñadas de tal forma que no puedan volverse a utilizar), y de contenedores para desechar objetos punzantes o cortantes.

►► *Para más información sobre el mantenimiento de cadenas de frío, ver la sección de Lecturas Recomendadas y Bibliografía.*


Está comprobado que un equipo de vacunación de dos personas puede vacunar aproximadamente entre 500 y 700 personas por hora. A continuación se presenta un ejemplo del personal que se necesitaría para una campaña de vacunación a gran escala:

PUESTO DE VACUNACIÓN	PERSONAL	CIFRAS
Uno o dos puestos de vacunación deberían cubrir a unas 10.000 personas	Supervisor(a); Enfermero(a) o personal sanitario calificado	Uno – Esta persona puede supervisar a varios equipos
	Oficial de Logística	Uno – Esta persona puede trabajar con varios equipos
	Personal para preparar vacunas	Cuatro
	Personal para administrar vacunas	Dos
	Personal que lleve el registro y las cuentas	Seis
	Personal de mantenimiento del orden y control de multitudes	Seis

Otras vacunas para enfermedades epidémicas

A diferencia de la vacunación contra el sarampión, el resto de las campañas de vacunación a gran escala habrán de iniciarse tan solo tras la confirmación de la presencia de una enfermedad epidémica en el campamento y tras alcanzar el umbral epidémico (punto en el que se declara un brote epidémico, que permite decidir llevar a cabo una campaña de vacunación a gran escala). En este caso, la agencia líder de salud ha de reunirse con las autoridades sanitarias locales y otros agentes y expertos en enfermedades infecciosas ya que la metodología de vacunación varía según el contexto. Entre las enfermedades epidémicas que se pueden prevenir a través de la vacunación están:

- La meningitis bacteriana – causada por el patógeno *Neisseria meningitidis*, conocida comúnmente como meningitis meningocócica. El cuadro clínico incluye un brote repentino de fiebre, fuerte dolor de cabeza, rigidez en el cuello y vómitos e irritabilidad ocasionales. Puesto que la infección se transmite de una persona a otra a través de aerosoles en situaciones multitudinarias, los campamentos suelen presentar un umbral epidémico más bajo. El grupo prioritario de vacunación está formado por los niños y niñas entre dos y diez años de edad.

 El umbral epidémico representa el número de casos confirmados de una determinada enfermedad para que pueda declararse un brote epidémico. Un bajo umbral epidémico indica que el entorno es más sensible a la transmisión de enfermedades epidémicas.

- La fiebre amarilla causa epidemias muy graves con un alto índice de mortalidad. El virus se transmite a los humanos a través de mosquitos. Los síntomas incluyen un brote repentino de fiebre, dolor muscular, náuseas y vómitos, y ojos enrojecidos. Este cuadro clínico aparece durante la fase aguda y puede confundirse con otras enfermedades. A ello le sigue un periodo de remisión y a continuación hay una fase tóxica en la que el paciente presenta ictericia (la piel de color amarillento), en las dos semanas siguientes a los primeros síntomas. Pueden sangrar las encías y la nariz y también puede encontrarse sangre en las heces y el vómito. Se puede vacunar a toda la población del campamento a partir de los dos meses de edad; la vacuna inmuniza por un periodo mínimo de diez años.

Vacunación ordinaria: Programa Ampliado de Vacunación (PAV)

Durante la fase posterior a la de emergencia, hay que llevar a cabo un PAV completo como parte integral de los programas sanitarios a largo plazo. El prototipo de PAV incluye las vacunas contra el sarampión, la difteria, la tosferina y el tétano (DPT), polio oral (POV) y la vacuna antituberculosa o bacilo Calmette-Guerin (BCG). Todos los niños y niñas menores de cinco años de edad han de recibir las vacunas necesarias para su grupo de edad. Este tipo de campañas únicamente han de llevarse a cabo si se espera que la población permanezca estable (aproximadamente durante unos seis meses, aunque depende del contexto), si se dispone de los recursos humanos y materiales adecuados (por ejemplo la cadena de frío), y existen planes para su integración en el programa nacional de vacunación. La vacunación ordinaria se debe ofrecer en puntos fijos de vacunación, como hospitales, centros de salud, dispensarios, centros de nutrición o centros de registro de población. En cada punto de vacunación ha de verificarse el estado de vacunación a través de las tarjetas de vacunación y si se dispone de las instalaciones necesarias, vacunar a los niños y niñas en el lugar, o remitirlos a un punto de vacunación. Las actividades de divulgación de los trabajadores comunitarios de sanidad también han de servir para verificar el estado de vacunación y remitir a los que lo necesitan a los respectivos puntos de vacunación.

►► *Para consultar un ejemplo de calendario de un PAV ordinario, ver la sección de Herramientas.*

NUTRICIÓN

Los defectos o insuficiencias de la seguridad alimentaria de las poblaciones desplazadas a menudo conllevan un riesgo de malnutrición, factor que aumenta la morbilidad y la mortalidad. La malnutrición puede provenir de la deficiencia de macro-nutrientes (aquellos nutrientes que proporcionan energía), así como de micronutrientes (como vitaminas y minerales). A menudo, la población de los campamentos es vulnerable a las deficiencias nutritivas a raíz de la pérdida de los medios de subsistencia, la interrupción del suministro de alimentos, el largo trayecto hasta los campamentos y los brotes de enfermedades infecciosas. Es posible que la población del campamento presente un alto índice de malnutrición desde el momento de la llegada. A menudo, las causas de malnutrición son complejas y están vinculadas a varios sectores. La agencia gestora del campamento ha de asegurar la coordinación de los programas de alimentos y nutrición con el sector de la salud y otros sectores importantes, como los de agua, saneamiento e higiene (WASH), educación y medios de subsistencia. La agencia gestora del campamento y la agencia líder de salud han de solicitar la orientación y el apoyo especializado de UNICEF, como líder global de nutrición. El PMA es la agencia líder para los alimentos y es la responsable tanto de las raciones alimentarias en general, como de las suplementarias.

! El concepto de seguridad alimentaria se refiere a la capacidad del hogar de alimentar a sus miembros para que puedan llevar una vida plena y activa.

Requisitos nutricionales

Para el cálculo de los requisitos nutricionales y el diseño de las raciones alimentarias en los campamentos, la cifra de planificación inicial para la fase de emergencia es de 2.100 calorías por persona. Se debe considerar un posible aumento de la cantidad diaria de calorías por persona en los siguientes casos:

- si hay una cantidad desproporcionada de hombres adultos, ya que éstos requieren más calorías a diario para mantener un estado nutricional óptimo
- si hay una alta incidencia de enfermedades, epidemias, malnutrición general o si la tasa bruta de mortalidad (TBM) >1. (la TBM expresa el número de muertes al día por cada 10,000 personas)
- si se produce un aumento del nivel de actividad de la población en general (por ejemplo si se lleva a cabo un programa de trabajo por alimentos en el campamento y se realizan trabajos pesados)
- si la temperatura media es inferior a los 20°C.

Principales enfermedades por carencias nutricionales

Las carencias nutricionales pueden aparecer o deteriorarse durante las emergencias y están estrechamente relacionadas con la incidencia de enfermedades. La diarrea puede generar una mala absorción y una pérdida general de nutrientes y otras enfermedades pueden suprimir el apetito a la vez que aumentan la necesidad de macro- y micronutrientes que ayuden a luchar contra la enfermedad.

Hay dos categorías de malnutrición: grave y crónica. La malnutrición crónica está asociada con periodos prolongados de malnutrición pero no suele asociarse con altos índices de mortalidad. La malnutrición grave es la que contribuye a los altos índices de morbilidad y mortalidad en los campamentos y, por tanto, la que se debe evaluar durante la fase de emergencia. La malnutrición grave severa puede presentarse de diferentes maneras:

- **Marasmo:** se caracteriza por la pérdida severa de grasa y tejido muscular, que el cuerpo utiliza para tener energía. Es la forma más común de malnutrición proteico-energética en situaciones de emergencia.
- **Kwashiorkor:** se caracteriza primordialmente por la aparición de un edema (hinchazón a causa de la acumulación de líquidos en el espacio intracelular del cuerpo, comenzando por lo general por los pies y las piernas) y a veces

está acompañado de alteraciones en la coloración del cabello hacia tonos grisáceos o rojizos. El cuadro clínico también incluye un estado de apatía, irritabilidad y falta de apetito.

- Kwashiorkor marásmico: se caracteriza por la combinación de un adelgazamiento severo y la aparición de edemas.

Para un funcionamiento adecuado del cuerpo también se necesitan vitaminas y protección frente a las enfermedades. Las vitaminas B, C, A, D y los minerales como el hierro, el sodio, el yodo, el zinc, el magnesio y el potasio son los nutrientes que más necesita el cuerpo para funcionar con normalidad. La carencia de micronutrientes puede aumentar el riesgo de mortalidad, morbilidad, ceguera, los defectos de nacimiento y la susceptibilidad a las infecciones. Durante las distribuciones de alimentos en los campamentos, es imperativo verificar que la población reciba los micronutrientes apropiados, lo que se normalmente se consigue añadiendo alimentos fortificados (como sal yodada o granos fortificados). No obstante, es posible que aun así haya que proporcionar un suplemento micro-nutricional a través del sistema sanitario (por ejemplo, comprimidos de hierro para las mujeres y vitamina A para los niños y niñas).

►► *Para más información sobre la distribución de alimentos, consultar el capítulo 13.*

Evaluación y verificación del estado nutricional

Para calcular el índice de malnutrición grave entre la población, se suelen llevar a cabo encuestas nutricionales, que sirven también para determinar el grado de urgencia con relación a la distribución de ayuda alimentaria así como para planificar intervenciones alimentarias complementarias. También generan estadísticas que sirven de punto de comparación con las encuestas que se realicen el futuro para monitorear la situación. Durante la fase de emergencia, se debe llevar a cabo lo antes posible una encuesta del estado nutricional de la población del campamento bajo la supervisión de un nutricionista. Este sondeo ha de tomar medidas de una muestra representativa de niños y niñas de edades comprendidas entre 6 y 59 meses. Si es difícil establecer la edad de un niño o niña, el criterio de inclusión ha de ser tener una estatura de entre 65 y 110 cm. Las medidas recopiladas han de incluir:

- Peso y estatura. Estas dos medidas sirven para calcular la relación “peso por estatura” de cada niño o niña (PpE) y esta medida proporciona un análisis objetivo del estado de malnutrición grave. Este índice se expresa en valores de proporcionalidad Z. El valor Z es una desviación estándar de la población de referencia (ver más abajo para indicadores de malnutrición de valor Z).
- Edad y sexo del niño o niña: El valor Z varía de los hombres a las mujeres, y el registro de la edad permite verificar el criterio de inclusión en el estudio.
- Presencia de edema: Definido más arriba, el edema bilateral indica malnutrición grave, incluso sin valor correspondiente PpE Z.

Otras medidas que se pueden tomar, según se requiera, incluyen:

- Circunferencia Braquial (parte superior del brazo) o MUAC, por sus siglas en inglés. El MUAC es una forma rápida y sencilla de medir la circunferencia del brazo izquierdo en el punto intermedio entre el codo y el hombro. Puede predecir el riesgo inmediato de muerte por malnutrición. No obstante, este tipo de medida tiene un alto margen de error y ha de ser parte de un proceso de exploración de dos fases. Si un niño o niña está por debajo de un cierto límite en la circunferencia, se le debe referir a un puesto de medición PpE, donde se tomará una segunda medida para su eventual incorporación a un programa selectivo de nutrición.
- Índice de Masa Corporal (IMC). El IMC puede servir para determinar el índice de malnutrición de adolescentes (personas >137 cm) y personas adultas que no estén en estado de gestación. Los adultos y los adolescentes presentan un menor riesgo de malnutrición que los niños y niñas pequeños, pero en determinadas situaciones hay que incluir también este grupo. La fórmula para calcularlo es: $[\text{peso} / (\text{estatura} \times \text{estatura})] = \text{IMC}$.

A continuación se presentan los umbrales utilizados para definir un estado de malnutrición grave según los diferentes indicadores.

ESTADO NUTRICIONAL	VALOR Z PpE	MUAC
Malnutrición grave global	valor Z <-2 o edema	<125 mm o edema
Malnutrición grave Moderada	valor Z entre -3 y < -2	entre 110 mm y < 125 mm
Malnutrición grave severa	valor Z < -3 o edema	< 110 mm o edema

 La malnutrición grave global incluye tanto malnutrición moderada como severa.

Aunque no existen reglas específicas para la periodicidad de realización de encuestas nutricionales consecutivas, en la fase de emergencia se recomienda repetir las encuestas nutricionales todas las veces que sea necesario y que lo permitan los recursos, ya que los sistemas de suministro de alimentos pueden ser débiles, puede haber más llegadas en el campamento y puede aumentar el riesgo de epidemias y la tasa de mortalidad. Es posible ampliar los indicadores en las encuestas adicionales para incluir el análisis de factores como las deficiencias de micronutrientes o el índice de vacunación contra el sarampión, según las prioridades de cada momento.

Identificación de muestras representativas de población

Un grupo de población desplazada huyó de una zona de inseguridad en África oriental. Los primeros en llegar establecieron un campamento espontáneo y los siguientes se iban asentando alrededor del mismo formando círculos cada vez más amplios en las zonas periféricas. No se había llevado a cabo un recuento sistemático de población ni se habían organizado los hogares, y la población fluctuaba a diario. Se llevó a cabo una encuesta nutricional utilizando una técnica de muestreo por grupos, y se empezaron a tomar las medidas de los niños y niñas desde el centro del campamento. Sin embargo, los hogares periféricos habían realizado un trayecto más largo para llegar al campamento, lo que implicaba que habían pasado periodos más largos de tiempo sin alimentos ni servicios sanitarios básicos. La agencia líder de salud revisó los resultados de la encuesta, que mostraba un bajo nivel de malnutrición. No pusieron en marcha programas de nutrición complementaria. No obstante, algunas necesidades de la población recién llegada quedaron sin detectar.

¿Estaban bien representadas en la encuesta las personas más vulnerables y las que sufrían un mayor riesgo de malnutrición? ¿Qué preguntas podía haber dirigido la agencia gestora del campamento al equipo de la encuesta nutricional antes de tomar las decisiones de programa pertinentes? ¿Se hubiera podido encender la voz de alarma a través del cotejo de la información recabada con la de las instituciones sanitarias? Los resultados de las encuestas únicamente son pertinentes y útiles si los procedimientos de muestreo están estandarizados y se aplican adecuadamente para garantizar que las personas analizadas son representativas de la totalidad de la población y que los resultados son cotejables a lo largo del tiempo.

Programas selectivos de alimentación

Hay dos tipos de programas de alimentación

- programas generales de alimentación para la totalidad de la población del campamento
- programas selectivos de alimentación, que consisten en alimentación terapéutica o suplementaria para grupos vulnerables.


En la jerarquía de intervenciones de nutrición, el suministro de raciones básicas de alimentos para la mayoría de la población es más importante que el apoyo nutricional a casos individuales de malnutrición. Una vez que la mayor parte de la población haya logrado acceder a una cantidad adecuada de alimentos, la siguiente prioridad es proporcionar alimentos suplementarios de alta calidad a personas con malnutrición grave y moderada. La atención terapéutica de los que sufren malnutrición grave severa puede ser efectiva una vez que la mayor parte de la población afectada de malnutrición grave moderada disponga de raciones suplementarias de alimentos adecuadas. Se puede incluir a personas con necesidades específicas, (como las mujeres embarazadas) en los programas

de alimentación suplementaria y terapéutica incluso aunque no sufran malnutrición grave.

Los programas selectivos de alimentación pueden llevarse a cabo de dos maneras distintas: a través de servicios de alimentación en centros de salud, o mediante programas de alimentación o raciones de alimentos suplementarios “para llevar a casa”. En el caso de estos últimos, hay que incrementar las raciones, ya que ha de tenerse en cuenta que se suelen compartir en el hogar.

A continuación se presenta un cuadro relativo a la toma de decisiones para la puesta en marcha de programas selectivos de alimentación. Este cuadro es simplemente orientativo y debe adaptarse a la situación local de cada campamento.

HALLAZGO	ACCIÓN REQUERIDA
Disponibilidad de alimentos a nivel de cada hogar inferior a 2.100 calorías por persona o poca disponibilidad de micronutrientes	<i>Situación insatisfactoria</i> Mejorar las raciones de alimentos en general hasta alcanzar un nivel adecuado de disponibilidad y acceso a alimentos
Índice de malnutrición de 15% o más, o de 10 a 14% con agravantes	<i>Situación seria</i> <ul style="list-style-type: none"> • Raciones generales (se requieren si los refugiados o desplazados dependen por completo de la asistencia alimentaria y no se requieren si la situación se limita a grupos con necesidades específicas), y además: • alimentación suplementaria general para todas las personas con necesidades específicas y grupos de riesgo, especialmente niños y niñas pequeños y mujeres embarazadas o lactantes • programas de alimentación terapéutica para personas con malnutrición grave
Índice de malnutrición de 10 a 14% o de 5 a 9% con agravantes	<i>Situación Arriesgada</i> <ul style="list-style-type: none"> • Raciones generales de alimentos únicamente si los refugiados o desplazados dependen por completo de la asistencia alimentaria, y • alimentación suplementaria destinada a individuos malnutridos y grupos con necesidades específicas • programas de alimentación terapéutica para personas con malnutrición grave
Índice de malnutrición por debajo de 10% sin agravantes	<i>Situación Aceptable</i> <ul style="list-style-type: none"> • Raciones generales de alimentos únicamente si la población del campamento depende por completo de la ayuda alimentaria • no hacen falta intervenciones de alimentación suplementaria para la población • atención a personas malnutridas a través de los servicios comunitarios ordinarios

 Los factores agravantes incluyen aquellas situaciones en que las raciones generales de alimentos están por debajo del mínimo de los requisitos energéticos, la tasa bruta de mortalidad supera 1 muerte por cada 10.000 personas al día, hay una epidemia de sarampión o de otro tipo, o un alto índice de enfermedades respiratorias o diarreicas.

Nuevas metodologías para programas de alimentación terapéutica

La Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa Mundial de Alimentos (PMA), el Comité Permanente de Nutrición del sistema de Naciones Unidas, y UNICEF han señalado evidencia reciente que indica que alrededor de tres cuartos de los niños y niñas que acusan malnutrición grave – si tienen un buen apetito y no tienen complicaciones médicas – pueden recibir tratamiento en el hogar con Alimentos Terapéuticos Listos para Consumir (RUTFs por sus siglas en inglés) fortalecidos.

Los RUTFs son alimentos suaves, ricos en nutrientes y energía que pueden ser consumidos por niños y niñas a partir de los seis meses de edad sin necesidad de añadir agua, reduciendo así el riesgo de infección bacteriológica. Además proporcionan los nutrientes requeridos para el tratamiento en el hogar de niños o niñas con malnutrición grave, sin necesidad de refrigeración, e incluso cuando las condiciones de higiene son insatisfactorias. Los proveedores de salud en campamentos pueden considerar la utilización de este enfoque comunitario para tratar la malnutrición grave.

Integración de programas de alimentación terapéutica en los sistemas clínicos de salud existentes

Una encuesta nutricional en un campamento reveló un índice de malnutrición grave global del 14% y un índice de malnutrición grave severa del 3,5%. Una agencia humanitaria de salud planificó la puesta en marcha de un programa de alimentación terapéutica en el hospital de referencia de la región. Sin embargo, al revisarse el plan durante una reunión de coordinación con la agencia gestora del campamento, se cayó en la cuenta de que el centro de salud del campamento tenía un programa ambulatorio de alimentación terapéutica para niños y niñas con malnutrición grave con complicaciones médicas. Las prácticas no estaban actualizadas y el índice de abandono (el número de niños y niñas que interrumpían el programa de alimentación antes de ser dados de alta) era del 55%. La agencia suministró preparados lácteos especializados así como otros víveres que no se encontraban disponibles.



La agencia también trabajó con el responsable clínico y el supervisor para actualizar los protocolos y capacitar al personal acerca de metodologías para centros de alimentación terapéutica. En lugar de montar sistemas separados, se aumentó la capacidad del personal sanitario gubernamental de tratar los casos de malnutrición grave a través de los servicios de apoyo existentes.

Prácticas de alimentación – bebés y niños y niñas pequeños

Los mayores índices de mortalidad infantil se suelen presentar en la fase de emergencia, cuando las circunstancias son más perjudiciales. Para los bebés de hasta seis meses se recomienda la lactancia materna en exclusiva. Desde los seis meses hasta los dos años de edad, se recomienda continuar con la lactancia materna a la vez que se añaden alimentos suplementarios. Hay que dar prioridad al apoyo a las personas encargadas del cuidado de los bebés así como a la canalización de los escasos recursos para responder a las necesidades nutricionales de los bebés y de los niños y niñas pequeños. En el caso de mujeres que viven con VIH/SIDA, la orientación sobre la lactancia y la alimentación suplementaria es diferente.

▶▶ *Para más información sobre la lactancia y orientación complementaria para madres que viven con VIH/SIDA, ver la sección de Lecturas Recomendadas y Bibliografía.*

Las siguientes actividades pueden reducir la malnutrición infantil:


- Los trabajadores comunitarios de sanidad han de detectar los hogares vulnerables con bebés, niños o niñas pequeños, o mujeres embarazadas.
- Se debe negociar el registro prioritario para la distribución de alimentos de aquellas personas que tengan necesidades específicas y grupos de riesgo.
- Se deben organizar espacios cubiertos de lactancia cerca de los puntos de registro y de distribución.
- Se pueden contratar mujeres para proporcionar apoyo y asistencia práctica a hogares con bebés y niños y niñas pequeños sobre hábitos de alimentación.
- Se debe detectar a las personas a cargo de niños y niñas no acompañados: deben recibir un suplemento alimenticio adecuado (por ejemplo sustitutos de la leche materna para los bebés huérfanos).

! El personal comunitario de sanidad está formado por trabajadores capacitados que trabajan sobre el terreno, por lo general llevando a cabo actividades de educación para la salud, detección activa de casos y referencias a centros sanitarios.

ESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La estructura de los servicios de salud de los campamentos ha de incluir la detección activa de casos, así como el diagnóstico precoz y el tratamiento apropiado de las enfermedades principales. Es fundamental coordinarse con las estructuras sanitarias existentes y apoyarlas. Sin embargo, en la mayor parte de los campamentos, la gran cantidad de pacientes que utilizan estos servicios (especialmente durante la fase de emergencia) puede acabar saturando los servicios públicos o privados a nivel local, incluso a pesar de que se les apoye. Por lo tanto, es posible que haga falta establecer una nueva estructura sanitaria. Con independencia de la estrategia utilizada, la estructuración de los servicios de salud de los campamentos según el modelo de cuatro niveles que se presenta a continuación ha demostrado ser eficaz en diferentes situaciones:

- Actividades de divulgación: el personal comunitario de sanidad y los auxiliares de parto capacitados llevan a cabo actividades de divulgación. Entre sus funciones están las visitas a los hogares; la detección y referencia de personas enfermas y niños y niñas malnutridos; identificación de mujeres embarazadas para su referencia a los servicios de salud reproductiva; educación básica para la salud; y recopilación de estadísticas de mortalidad para el sistema de información sobre la salud.
- Dispensarios o puestos de salud: han de ofrecer consultas básicas, tratamiento curativo básico (no medicamentos inyectables y una lista limitada de fármacos esenciales) y terapia de rehidratación oral (TRO), vendaje de heridas, una farmacia cerrada con llave, mecanismos simples de esterilización y recopilación de estadísticas.
- Centro Sanitario: ha de ofrecer un servicio de 24 horas con servicios ambulatorios y externos. Puede disponer de servicios básicos de laboratorio, aunque ello no es prioritario durante la fase de emergencia.
- Hospital de referencia: el sistema de salud del campamento ha de poder referir pacientes a los hospitales para servicios avanzados. Un hospital de referencia ha de ofrecer servicios de urgencias de cirugía y obstetricia, servicios de laboratorio y rayos-x así como el tratamiento de enfermedades graves. Únicamente en casos muy específicos, si no hubiera un hospital de referencia disponible o si estuviera saturado (por ejemplo, con un alto número de casos de cirugía por heridas de guerra), se deberá instalar un hospital de campaña. Por lo general, el número de pacientes que requieren referencia suele ser bastante reducido. Por lo tanto, en lugar de establecer estructuras paralelas en el campamento, se debe apoyar al hospital local de referencia.

 La agencia gestora del campamento ha de apoyar a la agencia líder de salud (o el proveedor del servicio de salud) para la organización de reuniones periódicas de coordinación sobre temas de salud para garantizar que haya un sistema claro de referencia a cada nivel de la estructura de salud así como protocolos de tratamiento y herramientas estandarizadas para recopilar información.

Durante la fase de emergencia, el establecimiento de un laboratorio en el campamento no es una prioridad. La máxima prioridad es identificar un laboratorio establecido de referencia donde se puedan enviar las muestras recogidas para la investigación de brotes epidémicos (como la shigellosis o el cólera). Debería ser posible tratar a la mayoría de los pacientes que acuden a las instalaciones de salud durante la etapa de emergencia sobre la base de un diagnóstico clínico basado en los protocolos existentes. Antes de que se inicie el servicio de transfusión de sangre en el campamento, hay que establecer un laboratorio que realice pruebas de VIH en toda la sangre que se vaya a utilizar para transfusión.

! Durante las emergencias, hay que ofrecer servicios de salud gratuitos tanto preventivos como curativos a las poblaciones refugiadas y desplazadas. En los países en desarrollo está comprobado que con los sistemas de “recuperación de costos” recuperan como máximo el 5% de éstos, y acaban siendo un obstáculo para las personas que más necesitan los servicios de salud. Los servicios gratuitos también pueden extenderse a la población local que resida en los alrededores, lo cual ha de negociarse con las autoridades sanitarias de conformidad con la política nacional.” (Manual del ACNUR para Situaciones de Emergencia, Tercera Edición, pág. 361)

Recursos humanos

Se debe fijar el salario y los incentivos del personal sanitario al inicio del proceso de contratación. En principio, todo el personal que trabaje a diario con unas responsabilidades y un horario claramente definidos ha de recibir un salario o un incentivo. La agencia gestora del campamento ha de ayudar a la agencia líder de salud a coordinar a todas las agencias de salud en el campamento para garantizar que todos se adhieran a unos mismos estándares.

Al reclutar al personal sanitario, el orden de prioridad para su selección es: la población del campamento / desplazados internos / refugiados; miembros de la comunidad de acogida con experiencia; personas del exterior. La mayoría de los campamentos requerirán una combinación de estos recursos, pero hay que recordar que los servicios de salud han de desarrollarse “con” y no “para” la población del campamento. Las mujeres constituyen una parte central del sistema de salud en el campamento y hay que invitarlas a que soliciten puestos de atención sanitaria. El hecho de que los servicios de salud estén dominados por hombres puede hacer que disminuya su utilización o aceptación por parte de sus usuarios más importantes – las mujeres.

! El porcentaje de mujeres contratadas y capacitadas para los servicios de salud ha de corresponder al porcentaje de población femenina en el campamento.

La siguiente tabla indica los requisitos mínimos de personal – como se establecen en el Proyecto Esfera – para los diferentes niveles del sistema de salud.

NIVEL DE ESTRUCTURA SANITARIA	PUESTO DE TRABAJO	CANTIDAD DE PERSONAL
Actividades de divulgación a nivel comunitario	Trabajador comunitario de sanidad	Uno por cada 500-1.000 personas
	Auxiliar de parto tradicional	Uno por cada 2.000 personas
	Supervisor	Uno por cada 10 trabajadores comunitarios de sanidad
	Supervisor principal	Uno
Dispensarios o puestos de salud Alrededor de una por cada 10.000 personas	Personal total	Dos a cinco
	Personal sanitario calificado	Por lo menos uno, sobre la base de un máximo de 50 consultas al día por trabajador
	Personal no calificado	Al menos uno para TRO, vendajes, registro, administración, etc.
Centros de salud Alrededor de una por cada 50.000 personas	Personal sanitario calificado	
		Un mínimo de cinco y un máximo de 50 consultas al día por trabajador
	Comadrona	Al menos uno
	Médico	Al menos uno
	Técnico de laboratorio	Al menos uno
	Farmacéutico	Al menos uno
	Trabajador sanitario no calificado	Al menos uno para TOR; al menos uno para la farmacia; al menos uno para los vendajes, inyecciones y esterilización
	Personal no calificado	Registro de pacientes y seguridad
Hospital de referencia comarcal o regional	Variable	
	Doctor con habilidades quirúrgicas	Al menos uno
	Enfermero	Al menos uno: 20 a 30 camas por turno

El personal sanitario cualificado, como se especifica en la tabla de arriba, es el personal clínico con formación oficial, como los médicos, enfermeras, oficiales clínicos o asistentes médicos. Sin embargo, en los campamentos puede resultar difícil reclutar personal clínico con formación oficial para los servicios de salud. Puede haber personal sin formación clínica oficial que desempeñe ciertas funciones clínicas siempre y cuando cuente con el apoyo y la supervisión necesarios. También puede haber residentes del campamento que hayan tenido formación oficial en sus países o lugares de origen, pero cuya titulación no esté reconocida por las autoridades sanitarias locales. En estos casos, es importante que las agencias de salud y la agencia gestora del campamento hablen con las autoridades sanitarias nacionales sobre la posibilidad de emplear a estas personas para puestos clínicos si fuera necesario.

Capacitación

Es fundamental que el personal sanitario que se reclute represente una combinación de miembros de la población del campamento y del gobierno local y que trabajen juntos en los centros de salud; para ello, se debe llevar a cabo una capacitación inicial en la que se clarifiquen las definiciones de casos y los protocolos para la gestión de los casos. Incluso en el caso de que se utilicen las definiciones de casos y los protocolos de las autoridades sanitarias locales, es una buena oportunidad para la actualización del personal local y para clarificar que todo el personal ha de cumplir con sus responsabilidades de igual manera.

La capacitación de todo el personal sanitario y no sanitario de los servicios de salud para la aplicación de las precauciones universales es fundamental para una gestión adecuada del sistema sanitario de los campamentos. Las agencias sanitarias han de garantizar que todo el personal clínico disponga del suministro logístico necesario (como contenedores para desechar objetos punzantes o cantidades adecuadas de agujas y jeringuillas desechables) para facilitar la aplicación de las precauciones universales. Los conceptos fundamentales que se desprenden de las precauciones universales son:

- Todos los trabajadores han de lavarse las manos escrupulosamente con agua y jabón, especialmente tras el contacto con fluidos corporales o heridas.
- Se deben utilizar guantes y ropa de protección en caso de riesgo de contacto con la sangre u otros fluidos corporales potencialmente infecciosos.
- El material desechable, las agujas y otros instrumentos punzantes, se deben manejar y eliminar con seguridad y los instrumentos médicos se deben limpiar y desinfectar entre un paciente y otro.

❗ Es esencial que todos los centros de salud, incluso los pequeños dispensarios, cuenten con suficientes instalaciones de agua, saneamiento e higiene (WASH) así como el equipo adecuado para aplicar las precauciones universales.

❗ Los servicios de salud han de ser flexibles: en caso de brote epidémico, puede haber una gran necesidad de atención curativa que puede requerir recursos humanos y materiales adicionales.

Logística y abastecimiento

Durante la evaluación inicial de los campamentos, hay que documentar todo el material médico que se encuentre disponible. Si estos recursos fueran inadecuados para las necesidades sanitarias de la población del campamento y las autoridades locales u otros actores sanitarios no pudieran suministrarlos, se puede solicitar el “Nuevo Botiquín de Urgencia” de la OMS a través de la OMS o el ACNUR. Este botiquín básico contiene medicamentos esenciales y artículos médicos de salud primaria para atender a 10.000 personas durante un periodo de tres meses. El UNFPA también dispone de 12 botiquines embalados para diferentes tipos de necesidades de salud reproductiva. No obstante, estos botiquines se deben utilizar tan solo a corto plazo, debiéndose organizar lo antes posible el suministro regular de medicamentos y del material médico esencial para abastecer a todos los centros de salud del campamento.

La planificación de las estructuras de salud ha de incluir los aspectos relativos al emplazamiento de los diferentes centros de salud en el terreno, el control de las infecciones, el transporte para el traslado de los enfermos así como el almacenamiento de productos médicos y la farmacia.

- ▶▶ *Para más información sobre el “Nuevo Botiquín de Urgencia” así como los Botiquines de Salud Reproductiva del UNFPA, consultar la sección de Herramientas.*
- ▶▶ *Para más información sobre el Modelo de Lista de Medicamentos Esenciales para Adultos y Niños, de la OMS, ver la sección de Herramientas.*

SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA (SIS)

Monitoreo y vigilancia de enfermedades infecciosas y servicios de salud

Tan pronto como se inicien los servicios de asistencia sanitaria, hay que poner en marcha un sistema de información sanitaria (SIS). La información sanitaria se puede recopilar a través de tres métodos distintos:

- elaboración de informes periódicos semanales o mensuales sobre las consultas realizadas, que incluya un sistema de alerta para transmitir información acerca de enfermedades epidémicas
- investigaciones de brotes epidémicos – puestas en marcha en caso de que se sospeche de un posible brote epidémico
- encuestas – en caso de retrasos de los informes periódicos o para la recopilación de datos específicos (por ejemplo, encuestas domiciliarias sobre nutrición o vacunación)

Tan pronto como los servicios de atención sanitaria estén instalados y las consultas empiecen a funcionar, se debe establecer un sistema periódico de información. También hay que desarrollar una definición de caso para cada problema de salud o enfermedad y todo el personal de salud ha de ser capacitado al respecto, fundamentalmente con relación a las enfermedades epidémicas. Tanto la definición de caso como el SIS han de seguir las definiciones y el sistema nacional. Si éstos fueran inadecuados o inexistentes, se deberán formular en cooperación con las autoridades sanitarias locales.

►► *Para más información sobre las definiciones de casos estándar de la OMS, ver la sección de Herramientas.*

En los informes periódicos de los centros de salud, el personal sanitario ha de suministrar información sobre el número de consultas (morbilidad) y muertes (mortalidad) a raíz de enfermedades desagregadas por edad (por encima y por debajo de los cinco años) y sexo. Todos los niveles del sistema de salud, incluido el centro de salud, los dispensarios y los hospitales de campaña, han de compartir información. Los trabajadores comunitarios de sanidad en el campamento también han de suministrar cifras relativas a la mortalidad, pero no a la morbilidad ya que suelen referir estos casos al centro de salud pertinente. Las cifras de mortalidad de los trabajadores comunitarios de sanidad contribuyen a las estadísticas de los dispensarios de sus zonas respectivas.

! Se debe evitar duplicar las cifras de mortalidad. La muerte de personas en centros de salud ha de ser reflejada en el informe periódico de la institución en cuestión. Los trabajadores comunitarios de sanidad no han de volver a contar estas muertes en los informes que elaboren acerca de la comunidad.

- ▶▶ *Para ver ejemplos de formularios semanales de vigilancia de morbilidad y mortalidad, ver la sección de Herramientas.*

Los formularios de vigilancia de morbilidad y mortalidad han de indicar todas las enfermedades epidémicas que se detecten como diarrea con sangre, diarrea acuosa grave, posibles sospechas de cólera, infección de vías respiratorias bajas, sarampión, meningitis y malaria. Se debe establecer un umbral de alerta para las enfermedades epidémicas, que deberá ser comunicado a todos los actores involucrados en el sector de salud en los campamentos. Un trabajador sanitario designado ha de realizar un recuento diario de todas las consultas que hayan tenido lugar a lo largo del día. Si se alcanza el umbral de alerta, esta persona ha de iniciar un informe de alerta de brote epidémico y notificar a la agencia líder de salud. El tiempo es un factor fundamental a la hora de informar acerca de enfermedades infecciosas. Todo retraso en la respuesta a los brotes epidémicos puede aumentar la mortalidad en el campamento.

- ▶▶ *Para ver ejemplos de umbrales de alerta para enfermedades epidémicas, así como un formulario de información sobre brotes epidémicos, consultar la sección de Herramientas.*

! Es importante que el SIS sea sencillo y fácil de utilizar. No se debe recopilar información que no vaya a ser utilizada por el personal sanitario. Los formularios excesivamente complicados que requieren mucho tiempo acaban disuadiendo al personal sanitario de su utilización.

Al final de cada semana o cada mes, la agencia líder de salud ha de recopilar toda la información recabada en cada centro de salud del campamento y compartirla con todos los actores pertinentes así como con la agencia gestora. Esta información afectará las estrategias sanitarias durante la siguiente semana o el siguiente mes y deberá incluir al menos los siguientes elementos:

- Tasa bruta de mortalidad = (número total de muertes durante cierto periodo de tiempo/población total) x (10.000/número de días que comprende ese periodo de tiempo).
- Tasa de mortalidad en menores de 5 años = (número total de muertes de menores de cinco años durante cierto periodo de tiempo/número total de niños y niñas menores de cinco años) x (10.000/número de días que comprende ese periodo de tiempo).
- Tasa de mortalidad por causa específica = número total de muertes por una causa específica durante cierto periodo de tiempo / población total durante ese mismo periodo.
- Definición de tasa de incidencia: número de nuevos casos de una enfermedad que se detecten durante un determinado periodo de tiempo en una población con riesgo de desarrollar esa enfermedad.

- Tasa de Incidencia: (número de nuevos casos de una enfermedad determinada detectados durante un cierto periodo de tiempo/población con riesgo de desarrollar esa enfermedad) x (1.000 personas/número de meses que comprende ese periodo de tiempo).
- Tasa de utilización de centro sanitario: (número total de consultas externas realizadas por el centro sanitario en una semana/población total) x 52 semanas.
- Número de consultas por médico clínico por día = número total de consultas totales (nuevas y repetidas)/número equivalente a puestos de jornada completa en el centro de salud / número de días a la semana en que el centro de salud permanece abierto.

El número equivalente a puestos de jornada completa se refiere al número de médicos que trabajan en un centro sanitario que funciona a tiempo parcial. Por ejemplo, si el centro tiene 10 clínicos a jornada completa y dos a media jornada, el número equivalente a puestos de jornada completa sería 10 (personal a jornada completa) + 1 (que corresponde a los dos clínicos a media jornada que suman un clínico a jornada completa) = 11.

! Umbrales de Tasa Bruta de Mortalidad (la tasa de mortalidad en menores de cinco años suele duplicar a la TBM):

Promedio de TBM en la mayoría de los países en desarrollo	0.5 muertes/10,000/ día
Programa de ayuda humanitaria: bajo control	<1.0 muertes/10,000/día
Programa de ayuda humanitaria: situación muy grave	>1.0 muertes/10,000/ día
Emergencia: fuera de control	>2.0 muertes/10,000/ día
Gran catástrofe	>5.0 muertes/10,000/ día

Para aquellas situaciones en las que se conoce la línea de base de la TBM de la población (lo que no suele ser el caso en los campamentos), el Manual Esfera señala que la multiplicación de dicha línea por dos indica una emergencia importante de salud pública que requiere una respuesta inmediata.

Al recopilar información sanitaria hay que garantizar la confidencialidad con relación a los pacientes. Toda información relativa al paciente, su historial médico, condición, tratamiento y pronóstico, se debe discutir únicamente el paciente, el proveedor de salud y los supervisores. El personal sanitario no ha de compartir información sobre pacientes con nadie que no esté involucrado directamente en la atención a pacientes y sin la autorización de los mismos.

Durante la fase de emergencia hay que completar la capacitación del personal sanitario con relación a la confidencialidad respecto a los pacientes y toda la información vinculada a ellos. La agencia gestora del campamento y la agencia líder de salud tienen la responsabilidad de garantizar que todo el personal de salud reciba una capacitación adecuada sobre las cuestiones de confidencialidad durante la fase posterior a la de emergencia si ello no hubiera tenido lugar ya durante la fase de emergencia. El personal sanitario también ha de recibir todo el apoyo logístico necesario para preservar la confidencialidad – como armarios con llave, libros de registro con las tapas adecuadas y salas disponibles para consultas en privado.

Investigación de brotes epidémicos

Aunque la notificación y las alertas sobre brotes epidémicos son frecuentes en los campamentos, la agencia líder de salud o el equipo que se designe para luchar contra el brote epidémico han de dar seguimiento a todas y cada una de las notificaciones. El diagnóstico ha de confirmarse a través de pruebas de laboratorio o de un análisis del cuadro clínico, según la enfermedad y el contexto de que se trate.

►► *Para un ejemplo de formulario de investigación de brote epidémico, ver la sección de Herramientas.*

Las epidemias suelen seguir un cierto patrón. Al comienzo del brote suele haber menos casos, que van aumentando hasta un punto máximo para luego disiparse. Sin embargo, este no es siempre el caso. Una vez se declara un brote epidémico, la agencia líder de salud ha de dibujar una curva diaria o semanal de la enfermedad. En esta curva, el “número de casos” se representan en el eje vertical y el tiempo se representa en el eje horizontal en forma de “días” o “semanas”. La curva se debe interpretar con cautela, pero puede pronosticar el futuro de la epidemia y permitir que se movilicen los recursos pertinentes. Las implicaciones de la curva epidemiológica se deben explicar a todos los actores sanitarios del campamento.

CONTROL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y EPIDEMIAS

Lucha contra las epidemias

Una vez declarado un brote epidémico, la agencia líder de salud en coordinación con la agencia gestora del campamento ha de poner en marcha los planes de contingencia para las epidemias. Los proveedores de los servicios sanitarios han de estar preparados para luchar contra epidemias y la agencia líder de salud ha de disponer de planes de contingencia antes de que se detecte un posible brote con el fin de evitar altas tasas de morbilidad y mortalidad. El plan de contingencia ha de incluir la verificación de las reservas de vacunas y material médico (como fluidos intravenosos o medicamentos antimicrobianos específicos para tratar infecciones bacteriológicas, etc.) y ha de mantener un

mapa actualizado de todos los actores del campamento así como del material y los recursos humanos de que disponen. Se debe reforzar permanentemente la capacitación para la detección activa y pasiva de casos así como los sistemas de notificación de casos. Asimismo, se deben poner a disposición de todo el personal sanitario los protocolos de actuación necesarios para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las principales enfermedades infecciosas en el campamento, especialmente las epidémicas. Estos protocolos se deben armonizar con los de las autoridades sanitarias locales o adaptarse sobre la base de las directrices de la OMS y han de ser acordados por todas las agencias de salud.

En los campamentos es frecuente que aparezcan enfermedades infecciosas como el tífus, la fiebre recurrente, la tuberculosis, la fiebre tifoidea, la fiebre amarilla, la meningitis meningocócica y la hepatitis. Teniendo en cuenta que la tasa de mortalidad por causa específica suele ser mínima durante la fase de emergencia, tan pronto se alcance el umbral de alerta hay que poner en marcha el sistema de lucha contra la epidemia. A continuación se presenta un resumen de las principales enfermedades infecciosas de las que hay que ocuparse durante la fase de emergencia, así como de la manera adecuada de gestionar los casos y responder a los brotes.

Enfermedades diarreicas

Las enfermedades diarreicas encabezan las causas de morbilidad y mortalidad en los campamentos, originando más del 40% de las muertes en los mismos durante el punto álgido de las emergencias.

La agencia gestora del campamento ha de garantizar el suministro inmediato de métodos de prevención como agua potable, una cobertura adecuada de letrinas, jabón, educación sobre higiene personal, y la promoción de la seguridad alimentaria y de la lactancia. Por lo general la diarrea con sangre sin complicaciones se puede tratar con un método apropiado de rehidratación, pero en los campamentos siempre es importante capacitar específicamente al personal y verificar la posible aparición de enfermedades epidémicas – shigelosis y cólera.

! La diarrea se define como tres o más deposiciones más sueltas o fluidas de lo normal durante un periodo de 24 horas.

La Shigelosis (también conocida como disentería bacilar), es una enfermedad bacteriana que afecta al intestino grueso y delgado. La forma más grave de esta enfermedad, que es la que suele causar brotes epidémicos en los campamentos, es el Tipo 1 de “shigella dysenteriae” (Sd1), que se presenta como una diarrea grave con sangre. Se transmite a través de alimentos y agua infectados así


como con el contacto directo con las personas afectadas y es muy contagiosa. La tasa de mortalidad puede llegar a un 10% y no es susceptible de tratamiento precoz ni efectivo.

En caso de sospecha de Sd1, la agencia gestora del campamento ha de garantizar que el trabajador sanitario respectivo verifique en primer lugar una muestra de deposición y lo notifique a la agencia líder de salud o al equipo de lucha contra el brote, utilizando para ello el formulario de notificación de brote epidémico. Se debe lograr una confirmación apropiada de laboratorio así como un análisis de sensibilidad a los antimicrobianos. Ello puede requerir una referencia a otro laboratorio ya que este tipo de análisis suelen ser complicados. No obstante, ello no ha de retrasar las actividades de tratamiento o de control. Si hubiera una reserva limitada de antimicrobianos, habría que dar prioridad al tratamiento de pacientes con alto riesgo. Estos son:

- niños y niñas menores de cinco años, especialmente bebés – menores de dos años
- niños y niñas gravemente malnutridos o aquellos que hayan tenido el sarampión durante las previas seis semanas
- niños y niñas más mayores y adultos que presenten claros síntomas de malnutrición
- pacientes gravemente deshidratados, que hayan tenido convulsiones o que tengan una apariencia claramente enfermiza
- todos los adultos de más de 50 años de edad.

►► *Para más información sobre el Tipo 1 de *Shigella Dysenteriae*, consultar la sección de Lecturas Recomendadas y Bibliografía.*

*La *Vibrio cholerae* es una enfermedad bacteriana grave que causa una profusa diarrea extremadamente acuosa, a veces acompañada de fuertes vómitos. Si el paciente no recibe un tratamiento inmediato, el ciclo vital de la enfermedad causa la pérdida de una gran cantidad de líquido y sales que puede llevar a una deshidratación grave y a la muerte en cuestión de horas. El contagio se produce por transmisión fecal-oral, a menudo a través de alimentos o agua contaminados.*

 En los campamentos, las malas condiciones sanitarias y el hacinamiento pueden hacer que un brote de cólera inadecuadamente gestionado cause una tasa de mortalidad de hasta de un 40%. Estas fueron, por ejemplo, las tasas de mortalidad notificadas de los campamentos de refugiados de la República Democrática del Congo (ex - Zaire) en 1994.

La agencia gestora del campamento ha de garantizar que todo el personal de salud esté capacitado para detectar un brote de cólera en los siguientes casos:

- cuando un paciente mayor de cinco años de edad acuse una deshidratación severa a raíz de una diarrea acuosa grave (normalmente con vómitos)

- con todo paciente de más de dos años que sufra una diarrea acuosa grave en zonas geográficas en las que haya habido un brote de cólera

En un 90% de los casos, el cólera es asintomático, pero los transmisores asintomáticos suelen transmitir la bacteria en las deposiciones. Alrededor del 20% de los infectados con *V. cholerae* desarrollan una diarrea acuosa grave y de éstos, entre un 10 y un 20% desarrollan una diarrea acuosa grave con vómitos. El número de casos puede aumentar con rapidez, ya que el periodo de incubación es extremadamente breve (de dos horas a cinco días). La confirmación de un caso de cólera indica un brote epidémico y hay que establecer centros de tratamiento del cólera para la gestión de casos.

! En cuanto se sospecha la presencia de cólera en un campamento, hay que prevenir la propagación de la bacteria a través de la detección precoz, confirmación de casos, tratamiento apropiado, aislamiento de pacientes y difusión de mensajes de higiene.

La gestión de casos de cólera incluye un tratamiento de hidratación a través de sales de rehidratación por vía oral y/o un fluido intravenoso. El uso de antimicrobianos no es esencial para el tratamiento del cólera y únicamente ha de ser utilizado para casos muy graves o cuando se teme que el índice de ocupación de camas o de reservas de fluido intravenoso esté alcanzando un punto crítico.

- *Para más información sobre estrategias de investigación de brotes epidémicos, diseño e instalación de centros de aislamiento, reglas esenciales de centros de cólera, preparación de métodos de desinfección y cálculo de necesidades para el tratamiento, consultar la sección de Lecturas Recomendadas y Bibliografía.*

! Las restricciones comerciales y de viajes no evitan la propagación del cólera y son innecesarias.

Infecciones respiratorias graves

Las infecciones de las vías respiratorias altas o superiores incluyen el resfriado común y las de las vías respiratorias bajas o inferiores incluyen la neumonía. Las infecciones de las vías respiratorias bajas constituyen una fuerte causa de morbilidad y mortalidad en los campamentos. La agencia gestora del campamento ha de garantizar, por tanto, que haya personal sanitario capacitado

para reconocer los signos y síntomas de la neumonía y para detectar, tratar o trasladar los casos lo más rápidamente posible. Los trabajadores comunitarios de sanidad han de estar capacitados para trasladar a todos los niños y niñas que tengan tos y/o dificultades respiratorias a los dispensarios para una exploración más detallada. Para la gestión apropiada de casos de infecciones de vías respiratorias bajas, la OMS recomienda:

- Analizar posibles signos de malnutrición. La malnutrición aumenta el riesgo de muerte por neumonía.
- Los niños severamente malnutridos deben ser trasladados e ingresados en un hospital de referencia.
- Poner en marcha una terapia antimicrobiana para tratar la neumonía. La elección de uno u otro antimicrobiano depende de los protocolos nacionales y de los fármacos disponibles.
- Utilizar cotrimoxazol oral si las autoridades locales sanitarias o el Ministerio de Salud no disponen de protocolos o de fármacos. Para casos graves de neumonía, se pueden utilizar antimicrobianos inyectables como la penicilina, ampicilina o el cloramfenicol.
- Tomar medidas de apoyo, como fluidos por vía oral para evitar una deshidratación, alimentación continuada para evitar malnutrición, y medidas para bajar la fiebre y proteger contra el frío.

►► *Para ver ejemplos de la OMS de protocolos clínicos de diagnóstico y gestión de infecciones de las vías respiratorias y de la diarrea, consultar la sección de Herramientas.*

Sarampión

El sarampión es una infección vírica altamente contagiosa que se transmite de persona a persona a través de gotitas respiratorias que dañan el sistema inmunológico. Las muertes se suelen producir a raíz de complicaciones por comorbilidades (enfermedades que acompañan al sarampión sin estar directamente relacionadas con él), como la neumonía, la diarrea o la malnutrición.

La agencia gestora del campamento ha de garantizar que los trabajadores de salud reciban la formación necesaria acerca de los primeros síntomas para facilitar la referencia precoz y la gestión de los casos. Han de saber que las primeras señales y síntomas son fiebre alta, tos, ojos rojos, secreción nasal, y manchas de Koplik (puntitos blancos en las membranas mucosas internas de las mejillas y de los labios). También puede aparecer un sarpullido con manchas rojizas detrás de las orejas y sobre la línea del cabello que se extienda por todo el cuerpo. Toda persona en la que se detecten estos signos y síntomas iniciales ha de ser referida al centro de salud más cercano para su gestión sintomática y ha de verificarse su estado nutricional para su eventual incorporación a un programa selectivo de nutrición. No obstante, en situaciones de emergencia, no es necesario aislar los casos.

Malaria (o paludismo)

Existen cuatro tipos de la enfermedad parasitaria llamada “malaria” o “paludismo”, pero desde una perspectiva de salud pública, especialmente para la gestión de campamentos en África subsahariana, la más relevante es la causada por el “*Plasmodium falciparum*”. La OMS estima que cada año se producen 300 millones de casos de malaria, con más de un millón de muertes, de las que un 90% tienen lugar en el África subsahariana.

La enfermedad se transmite a través de la picadura de la hembra del mosquito *Anopheles*, que suele aparecer abordar por la noche. Algunas definiciones simples de casos para utilizar durante una emergencia son:

- **Malaria sin complicaciones:** fiebre o cuadro febril durante las 48 horas previas, con síntomas de dolor de cabeza, dolor de espalda, sensación de frío, náuseas, vómitos, diarrea o dolor muscular en caso de que se hayan excluido otras causas obvias de fiebre. En las áreas o estaciones del año con alto riesgo de malaria, hay que clasificar a todos los niños y niñas de menos de cinco años con fiebre o un cuadro febril como afectados de malaria. En las áreas con bajo riesgo de malaria, los niños y niñas con fiebre o un cuadro febril se clasifican como afectados de malaria y se les administra un antipalúdico siempre y cuando no presenten secreción nasal (un signo de infección de las vías respiratorias), sarampión u otras causas obvias de fiebre, como neumonía o dolor de garganta. En las áreas de bajo riesgo, se recomienda la confirmación del parásito.
- **Malaria grave:** fiebre y síntomas de malaria sin complicaciones pero con signos neurológicos relacionados, como desorientación, convulsiones, desmayos y/o anemia grave, ictericia, hemorragias espontáneas, edema pulmonar o shock.

►► *Para más información sobre la malaria en las situaciones de emergencia, consultar la sección de Lecturas Recomendadas y Bibliografía.*

La agencia gestora del campamento ha de saber que en la fase de emergencia en los campamentos no suele ser posible diagnosticar la malaria en laboratorios; el diagnóstico y el tratamiento han de estar basados, por tanto, en el cuadro clínico, junto con el grado de riesgo de malaria en la zona del campamento. Tan pronto como se establezca un servicio de laboratorio, hay que confirmar el diagnóstico – a no ser que se produzca una epidemia de malaria en cuyo caso el diagnóstico clínico es aceptable. Los análisis rápidos para diagnóstico, a pesar de que son caros, pueden ser útiles para confirmar casos de malaria durante la etapa de emergencia en áreas o estaciones del año de bajo riesgo de malaria antes de que sea posible establecer un servicio apropiado de laboratorio.

El tratamiento contra la malaria se debe administrar en función del nivel de resistencia a los antipalúdicos en la zona del campamento. En los campamentos con una alta tasa de mortalidad por malaria, se recomienda una terapia

de combinación con Artemisinina (TCA). Esta combinación de fármacos se utiliza de manera creciente como tratamiento de primera línea en muchos países y en la mayoría de las zonas surge un rápido efecto. Si las autoridades sanitarias locales no utilizan la TCA como tratamiento de primera línea y no existen estudios recientes acerca del fármaco de primera línea recomendado por éstas, se recomienda utilizar TCA. La coordinación con las autoridades sanitarias locales es obligada y puede requerir largas discusiones para aplicar la TCA en los campamentos. Si hubiera un alto índice de fracaso del tratamiento y una alta tasa de mortalidad por malaria, se recomienda que la agencia líder de salud o la agencia gestora del campamento, junto a la agencia líder del grupo sectorial, aboguen antes las autoridades sanitarias locales a favor de un cambio de régimen farmacológico.

►► *Para más información sobre resistencia a los antipalúdicos y protocolos de análisis, ver la sección de Herramientas.*

La máxima prioridad sanitaria durante las emergencias es poner en marcha un sistema efectivo de diagnóstico y tratamiento de malaria. Además es importante aplicar métodos protectores para la prevención de picaduras de mosquito (como las mosquiteras impregnadas con insecticida) pero únicamente una vez se dé respuesta a las cuestiones prioritarias arriba mencionadas. La distribución de mosquiteras impregnadas en la comunidad durante la etapa de emergencia de los campamentos únicamente se recomienda si la población está acostumbrada a utilizar mosquiteras. Durante la etapa posterior a la de emergencia, se recomienda llevar a cabo a actividades de control de vectores y distribuciones de artículos para la protección contra las picaduras de mosquitos así como el Tratamiento Preventivo Intermitente (TPI) durante el embarazo para evitar casos graves de anemia y bajo peso al nacer. El TPI consiste en la administración periódica de dosis de antipalúdicos a mujeres embarazadas para prevenir la malaria durante el embarazo.

►► *Consultar en la sección de Herramientas ejemplos de guías de la OMS para el tratamiento de la diarrea, las infecciones de las vías respiratorias, el sarampión, la fiebre y otras enfermedades infecciosas y no infecciosas.*

Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

La vulnerabilidad al VIH/SIDA se intensifica durante las emergencias. Es posible que se debiliten las normas sociales que regulan el comportamiento. La fragmentación familiar constituye una amenaza para la estabilidad de las relaciones. El desplazamiento puede poner en contacto a poblaciones con diferentes índices de VIH. Las estructuras sanitarias pueden estar saturadas y carecer del suministro necesario para prevenir la transmisión del VIH, como material para la aplicación de las precauciones universales o preservativos.

Igualmente, en los campamentos con un número elevado de llegadas de heridos de guerra, el VIH se puede transmitir a través de transfusiones de sangre.

El VIH se transmite principalmente de cuatro maneras:

- relaciones sexuales con una pareja portadora, especialmente si existe una infección de transmisión sexual
- agujas infectadas (heridas por pinchazos de aguja, inyecciones)
- transmisión madre-hijo durante el embarazo, parto o lactancia.

La agencia gestora del campamento ha de garantizar una respuesta multisectorial en torno al VIH/SIDA. La agencia líder de salud, en cooperación con la agencia gestora del campamento ha de supervisar y garantizar la puesta en marcha por las agencias sanitarias de un conjunto mínimo de intervenciones para mitigar la transmisión del VIH. Más allá de la crisis inmediata, el VIH/SIDA afecta la vida y la situación de la persona y de su círculo social durante los años venideros.

De conformidad con las directrices de ONUSIDA, la respuesta del sector de la salud respecto al VIH ha de incluir al menos las siguientes intervenciones:

- proporcionar un suministro de sangre seguro (a través de pruebas de VIH antes de proceder con transfusiones de sangre) y evitar toda transfusión de sangre que no sea esencial
- aplicar las precauciones universales
- proporcionar material para educación básica sobre VIH
- proporcionar preservativos de buena calidad, preferiblemente gratuitos, a través de los canales apropiados identificados durante la evaluación rápida inicial
- ofrecer tratamiento sintomático para las enfermedades de transmisión sexual (ITS) (el enfoque sintomático trata las ITS según los signos y síntomas, sin requerir la confirmación de un laboratorio)
- afrontar las consecuencias de la violencia de género
- garantizar a las madres partos seguros.

! El sometimiento obligatorio a la prueba del VIH constituye una violación de derechos humanos y no se justifica desde la perspectiva de la salud pública. En los campamentos se puede establecer un programa voluntario de pruebas de VIH y asesoramiento, pero no es una intervención prioritaria durante la etapa de emergencia.

Los servicios de VIH durante la etapa posterior a la de emergencia han de ampliarse hacia otras intervenciones más integrales relacionadas con la prevención de la transmisión del VIH y que ofrezcan apoyo, cuidado y tratamiento a las

personas que viven con VIH/SIDA y sus familias. Estos programas han de incluir servicios o estrategias para prevenir la violencia sexual; proporcionar profilaxis post-exposición; suministrar material de información – educación – comunicación para grupos de alto riesgo; asesoramiento y pruebas voluntarias; y servicios para la transmisión materno-filial del VIH. Igualmente ha de ofrecerse apoyo y cuidado paliativo y en el hogar para las personas que viven con SIDA. También se puede asistir y tratar a estas personas mediante profilaxis y el tratamiento de infecciones oportunistas o secundarias así como con terapia antirretroviral.

►► *Para más información, ver el “WHO Communicable Diseases Country-Specific Toolkit” en la sección de Lecturas Recomendadas y Herramientas.*

SALUD REPRODUCTIVA

Los servicios de salud reproductiva han de formar parte integral de los servicios primarios de salud en los campamentos. Una adecuada prestación de este servicio puede ayudar a superar las posibles complicaciones durante el embarazo y el parto, que son la primera causa de muerte y enfermedad entre las mujeres refugiadas y desplazadas en edad reproductiva. Durante la etapa de emergencia se debe poner en marcha un programa de salud reproductiva.

En los campamentos tiene que haber servicios de salud reproductiva de buena calidad, pero la decisión de utilizarlos se debe dejar a cada persona. Puesto que los servicios de salud reproductiva suelen tocar aspectos muy personales de la vida de las personas, se deben brindar de manera apropiada para la cultura del lugar y han de tener en cuenta los valores religiosos y éticos de la población del campamento. Los proveedores de estos servicios han de procurar crear el entorno adecuado para todo el que acuda a ellos se sientan cómodos y seguros. Durante la etapa de emergencia, hay que llevar a cabo al menos las siguientes intervenciones en el ámbito de la salud reproductiva:

- Identificar a una persona o agencia que actúe como punto focal para cuestiones de salud reproductiva, que supervise todos los servicios en el campamento y que comparta los problemas e información al respecto durante las reuniones de coordinación para la salud.
- Identificar a todas las mujeres embarazadas, asistentes de partos y comadronas en el campamento; se les debe suministrar “botiquines para partos” – 1 m² de lámina de plástico, una barra de jabón, una cuchilla, hilo y una ficha de instrucciones con ilustraciones. Se deben entregar varios botiquines a cada asistente de parto y comadrona y hay que establecer un sistema de reabastecimiento. Los centros de salud y las comadronas de formación han de recibir utensilios para la asistencia profesional de partos, para lo que se puede utilizar el “Nuevo Botiquín de Urgencia” de la OMS.

- Se debe identificar un centro médico de referencia así como un medio de transporte para el traslado de casos obstétricos de emergencia.
- Se debe dar respuesta médica a todos los casos de violencia sexual, incluida la contracepción de urgencia, según se considere oportuno, a través de los centros de salud (el “Nuevo Botiquín de Urgencia” de la OMS contiene una pequeña cantidad).
- Los líderes comunitarios, las mujeres embarazadas, los asistentes de partos y los trabajadores comunitarios de sanidad han de llevar a cabo actividades educativas para la comunidad, para que ésta sepa a qué servicios ha de dirigirse.

Tan pronto como sea posible, se deben organizar servicios integrales de atención prenatal así como de parto y puerperio. Estos servicios han de incluir atención para la planificación familiar, servicios para enfermedades de transmisión sexual (ITS), vacunación (toxoides tetánico) y clínicas neonatales. Los objetivos de los servicios integrales de salud reproductiva incluyen:

- garantizar que todas las mujeres embarazadas visiten clínicas prenatales al menos cuatro veces durante el embarazo para atención prenatal, educación para la salud, detección precoz y gestión de complicaciones del embarazo
- garantizar el acceso de todas las mujeres a un parto higiénico, seguro y asistido por un trabajador sanitario capacitado
- proporcionar atención neonatal para todos los recién nacidos
- promover, proteger y apoyar la lactancia materna temprana, exclusiva (hasta los seis meses) y mantenida (hasta los dos años)
- garantizar que todas las mujeres reciban atención durante el puerperio a través de visitas a los hogares y referencias a centros de salud en caso de complicaciones
- gestionar las complicaciones de abortos espontáneos e inducidos y reducir la incidencia de abortos inseguros
- proporcionar servicios de planificación familiar en la medida de lo necesario
- prevenir la transmisión del VIH a través de la aplicación de las precauciones universales
- proporcionar medidas preventivas de transmisión materno-filial de VIH
- prevenir o reducir la transmisión sexual de ITS y del VIH/SIDA.

SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL

A menudo, los refugiados o desplazados que llegan a los campamentos han vivido fuertes traumas y continúan sufriendolos. Tras su llegada al campamento, la inactividad y la pérdida de los roles tradicionales también pueden constituir dificultades difíciles de superar. Otros refugiados o desplazados pueden presentar un historial médico de trastornos psicológicos en el pasado. Hay que distinguir entre problemas psicosociales y personas que viven con enfermedades psiquiátricas, ya que los dos grupos requieren diferentes tipos de intervenciones.

Aquellas personas con dificultades para superar las experiencias vividas o la nueva situación en la que se encuentran pueden presentar los siguientes signos y síntomas: trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, pensamientos suicidas, irritación o comportamiento violento, abuso del alcohol o de las drogas, paranoia, histeria o insomnio. Las personas con un historial de enfermedades psiquiátricas pueden tener los mismos signos o síntomas que los arriba mencionados y pueden beneficiarse indirectamente de las intervenciones psicológicas preventivas, pero por lo general necesitan un enfoque más clínico a sus enfermedades. Las intervenciones psicosociales no están dirigidas primeramente a personas con un diagnóstico psiquiátrico, sino a los que no pueden manejar las experiencias vividas recientemente y o la nueva situación en la que se encuentran.

El apoyo psicosocial ha de ser un factor transversal que influya en todos los servicios brindados en los campamentos. Los programas de salud en la fase de emergencia en situaciones de refugiados o desplazados internos como mínimo deben:

- fortalecer la capacidad del sistema nacional de salud en el ámbito del apoyo psicosocial y la salud mental durante las emergencias.
- tener en cuenta los aspectos psicológicos y sociales de la asistencia sanitaria (por ejemplo, contar con espacios tranquilos), proporcionando servicios específicos para personas que acusen un grave sufrimiento psicológico tras su exposición a factores de estrés traumático
- fomentar la participación de los adultos y los adolescentes en actividades concretas, constructivas y de interés común
- desarrollar estrategias para minimizar el impacto del abuso del alcohol y otras drogas.

Se debe prestar atención a aquellas personas que acusen trastornos mentales preexistentes para que puedan continuar con el tratamiento pertinente. También hay que poner en marcha estrategias para proteger las necesidades básicas de personas con trastornos mentales graves que hubieran residido previamente en establecimientos psiquiátricos.

Durante la etapa posterior a la de emergencia, se puede ampliar la atención para la salud mental y el apoyo psicosocial. En este contexto, se recomienda:

- que los proveedores de los servicios sanitarios aboguen a favor de una política y legislación gubernamental de salud mental apropiadas
- el desarrollo de un amplio abanico de programas de atención de trastornos mentales preexistentes y los relacionados con la emergencia a través de los servicios generales de asistencia sanitaria y servicios comunitarios de salud mental
- el análisis de los servicios de salud locales, autóctonos y tradicionales y la colaboración oportuna de las agencias de salud
- el mantenimiento de una relación de colaboración con el sistema de salud local y su ampliación en la medida de lo necesario


- que los proveedores de los servicios de salud se aseguren de que todas aquellas personas que requieran asistencia en instituciones psiquiátricas, puedan acceder a los servicios comunitarios y a una forma de vida alternativa durante su estancia en el campamento.

EDUCACIÓN SANITARIA

Todas las personas en el campamento han de tener acceso a información sanitaria que les permita proteger y promover su propio estado de salud y el de sus hijos. Las mujeres, los hombres, los adolescentes, las niñas y los niños han de comprender el funcionamiento de su cuerpo y la manera de mantener una buena salud en un entorno poco conocido. La información sanitaria se suele difundir a través de programas de educación sanitaria y ha de ser una de las primeras actividades que se inicien en los campamentos. Aunque la educación sanitaria se difunde sobre todo a través de sistemas comunitarios de divulgación, hay que aprovechar todo contacto del sistema de salud con la población a nivel individual para difundir información sanitaria. Se debe recordar lo siguiente:

- La educación sanitaria en el campamento ha de ser adecuada para el contexto y tomar en cuenta los hábitos curativos de la población así como sus creencias personales en el ámbito de la salud.
- Los mensajes y el material didáctico han de estar formulados en la lengua local, con opciones para las personas analfabetas.
- La información que se brinde ha de centrarse en las enfermedades prioritarias en el campamento, los mayores riesgos con relación a estas enfermedades, la disponibilidad y el emplazamiento de los servicios de salud y la promoción de hábitos de conducta que protejan y promuevan una buena salud.
- Se debe brindar educación acerca de los hábitos de alimentación y de cuidado de los niños y niñas, ya que es fundamental para prevenir enfermedades e instancias de malnutrición.
- La agencia líder de salud y la agencia gestora del campamento han de coordinar los mensajes de educación sanitaria para garantizar que todos los proveedores de salud en el campamento transmitan mensajes coherentes y rigurosos.
- Los proveedores de los servicios de salud han de realizar evaluaciones periódicas acerca del impacto de los mensajes sanitarios sobre la audiencia para la que están destinados así como sobre los responsables de ponerlos en práctica.
- Los mensajes que se transmitan sobre la salud se pueden ampliar durante la fase posterior a la de emergencia para incluir mensajes que coincidan con la puesta en marcha de servicios integrales de salud en el campamento.

►► *Para consultar una guía para el diseño de estrategias de comunicación sanitaria sobre el terreno, consultar la sección de Herramientas.*

 Un campamento de desplazados internos en el norte de Uganda experimentó un brote de cólera. La agencia gestora del campamento recomendó a la población no tomar agua del río a consecuencia de la defecación río arriba y la confirmación de la contaminación fecal del agua del río. Sin embargo, la población del campamento continuaba recogiendo agua del río, ya que la cantidad de agua de los pozos tratados con cloro era insuficiente. Se brindó capacitación a los trabajadores comunitarios de sanidad para educar a la población acerca de la contaminación de las aguas del río y se iniciaron actividades de educación y divulgación. No obstante, la población continuaba recogiendo agua del río y, en un momento de distracción de la agencia gestora del campamento a causa de un brote epidémico en otro campamento, los trabajadores comunitarios de sanidad empezaron a golpear y humillar a la gente que recogía agua del río. La educación sanitaria en los campamentos puede tener consecuencias no deseadas si la agencia gestora del campamento o las agencias de salud no supervisan adecuadamente las actividades de divulgación.

PRIORIDADES SANITARIAS EN EL MOMENTO DEL CIERRE DEL CAMPAMENTO

El cierre de los campamentos es complejo, y requiere la coordinación de todos los sectores. Las agencias de salud que coordinan las actividades durante la fase de planificación deben recordar lo siguiente:

- En caso de epidemias de enfermedades infecciosas con un alto índice de mortalidad, el campamento ha de permanecer abierto. Las personas afectadas han de recibir tratamiento en la zona de transmisión, ya que el cierre del campamento y el traslado hacia grupos más amplios de población pueden propagar la enfermedad aún más.
- El índice de utilización de los centros de salud y la población total que permanezca en el campamento sirven como indicadores para planificar la retirada de los servicios de salud (por ejemplo disminuyendo el número de camas para ingresos de pacientes y actividades de información).
- Los servicios médicos han de permanecer disponibles hasta que se marche toda la población del campamento. Por lo general, los últimos en marcharse – como las mujeres que se quedan para dar a luz, los niños y niñas malnutridos o las personas mayores – suelen ser los que tienen una mayor necesidad de asistencia sanitaria.

La población del campamento ha de saber qué servicios de salud tiene a su disposición al abandonar el campamento. La agencia gestora del campamento y la agencia líder de salud han de coordinarse con las autoridades locales de las zonas de retorno para recopilar y compartir información. La información recogida se debe difundir entre la población antes de la salida del campamento. Cuando la población se dispersa a lo largo de diversas áreas geográficas, esto es más complicado y requiere un plan de acción más detallado.

La población debe someterse a una revisión médica antes de abandonar el campamento, pero en los casos de retorno espontáneo, ello puede resultar complicado. Si la revisión médica es posible, las campañas de información han de tener objetivos claros. A veces la revisión médica puede ser malinterpretada y puede ser percibida como una forma de evitar que determinadas personas dejen el campamento o que su objetivo es recopilar datos sanitarios confidenciales para su transmisión a las áreas de retorno. Los objetivos de la revisión médica incluyen:

- la educación, la referencia de casos y la gestión adecuada de grupos con necesidades específicas, como las relacionadas con la malnutrición
- determinar la necesidad de mantener tratamientos, las consecuencias del retorno y los programas disponibles durante el retorno o después de él (como vehículos especiales para trasladar a los que lo necesiten al lugar de retorno, o programas de alimentación para apoyar el proceso de retorno)
- identificar a las personas que hayan de ser referidas a servicios de salud especializados a su llegada al área de retorno. En estos casos se debe emitir una carta de referencia para cada persona identificada en la lengua del área de retorno
- identificar a niños y niñas que requieran vacunación (sarampión o PAV si el campamento hubiera iniciado este programa).

Durante el cierre del campamento han que garantizar la confidencialidad de los archivos médicos y la eliminación de documentos desactualizados o innecesarios.

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LAS AGENCIAS GESTORAS DE CAMPAMENTOS

- La agencia gestora del campamento garantiza que todos los proveedores de salud en el campamento dispongan de un Memorándum de Entendimiento con las autoridades sanitarias locales que refleje los roles y responsabilidades para la prestación de los servicios de salud, las estrategias de salida y el nivel de asistencia disponible en los centros de salud existentes.
- Las agencias y las autoridades sanitarias locales coordinan los servicios de salud a través del intercambio de información y reuniones periódicas.

Evaluaciones

- Se lleva a cabo una evaluación rápida de salud dentro de los tres primeros días a partir de las primeras llegadas al campamento. Las personas que llevan a cabo la evaluación tienen la formación y la experiencia necesarias y no tienen ningún tipo de afiliación política o de otra índole que pueda comprometer los resultados de su trabajo.
- Se utilizan los resultados de la evaluación rápida de salud para el diseño de la respuesta sanitaria.
- El mapeo de los proveedores de salud en el campamento se actualiza con regularidad, incluidas sus actividades y su lugar de trabajo.

Vacunas

- Se organiza junto con las agencias y las autoridades nacionales pertinentes una campaña de vacunación contra el sarampión a gran escala bien supervisada para todos los niños y niñas del campamento entre seis meses y catorce años de edad.
- Se toma una decisión acerca de la necesidad de poner en marcha otras campañas de vacunación a gran escala, por ejemplo contra la fiebre amarilla y o la meningitis bacteriana.
- Tan pronto como se adopte una estrategia sanitaria de emergencia, se establecen programas ordinarios de vacunación (PAV) como parte integral de la estrategia sanitaria general del campamento.

Nutrición

- Se pone en marcha una encuesta sobre el estado nutricional de la población infantil entre seis y 59 meses de edad para cuantificar el grado de malnutrición grave de la población del campamento. Se llevan a cabo encuestas nutricionales adicionales en intervalos regulares de tiempo para verificar la evolución del índice de malnutrición.
- Toda la población del campamento goza de seguridad alimentaria y puede satisfacer sus requisitos energéticos y de micronutrientes. De lo contrario, se ponen en marcha programas generales o selectivos de alimentación. La ración básica alimentaria proporciona a toda la población del campamento la energía y los micronutrientes necesarios. La ración suplementaria de alimentos constituye un apoyo adicional para los grupos vulnerables y aquellos con necesidades específicas.
- Los proveedores de los servicios de salud capacitan a su personal sobre estrategias para garantizar hábitos adecuados de alimentación infantil y neonatal (por ejemplo la lactancia materna exclusiva en el caso de los recién nacidos, desde el nacimiento hasta los seis meses de edad).

Estructura de los servicios de salud

- La estructura sanitaria de los campamentos ha de estar diseñada para garantizar el suministro de servicios de salud a todos los niveles. Todos los proveedores de servicios de salud acuerdan la utilización de un sistema común de referencia de casos en el marco de la estructura sanitaria, en especial respecto a un hospital de referencia.
- Las políticas sanitarias de los proveedores de los servicios de salud, así como las definiciones clínicas, los protocolos de diagnóstico y las prescripciones farmacológicas esenciales son coherentes con las directrices de las autoridades sanitarias locales o, si éstas no se consideran apropiadas, con los estándares internacionales en la materia.
- Se establecen estándares para el reclutamiento, formación y supervisión de personal, tanto local como internacional (por ejemplo, directrices sobre salarios o incentivos) y todos los proveedores de servicios de salud los cumplen.
- Se dispone del material necesario para la aplicación de las precauciones universales y se supervisa la capacitación de todas las agencias de salud al respecto.
- Se apoya el abastecimiento y el sistema logístico general de los proveedores de los servicios de salud en el campamento. Si los recursos son inadecuados, se promueve su asistencia a través de los grupos sectoriales de CCCM y de salud.

Sistemas de información sanitaria (SIS)

- Se garantiza el establecimiento de un sistema eficaz de gestión de la información sanitaria y de sistemas de coordinación entre todos los proveedores de servicios de salud en el campamento.
- Se apoya la capacitación de todas las agencias de salud acerca de formularios de información periódica, detección de enfermedades epidémicas y protocolos para la notificación de brotes epidémicos.

Control de Enfermedades Infecciosas y Epidemias

- Se designa a una agencia de salud para la coordinación de la respuesta frente a brotes epidémicos. Para planificar esta respuesta, se identifica un laboratorio para la confirmación de muestras y se mantiene y difunde un plan de contingencia en caso de epidemia. El plan de contingencia incluye el pre-posicionamiento de reservas en la zona y un mapeo de los recursos disponibles en caso de brote epidémico.
- Se desarrollan y difunden los estándares y protocolos clínicos para las enfermedades infecciosas prioritarias (enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias graves, sarampión y malaria), ampliándose al resto de enfermedades típicas del entorno durante la fase posterior a la de emergencia. Se aboga a favor de tratamientos probados.
- Se garantiza la capacitación de todas las agencias de salud a través de las directrices que se hayan acordado sobre la definición clínica, el diagnóstico y tratamiento de enfermedades infecciosas.
- Durante la fase posterior a la de emergencia se amplían los servicios para las personas que viven con VIH/SIDA de manera que incluyan medidas de apoyo, atención y posible tratamiento, y se desarrolla una campaña integral de información para.

Salud reproductiva

- Se identifica a una organización o una persona que actúe como punto focal para los temas de salud reproductiva en el campamento.
- Todos los proveedores de servicios de salud disponen de un botiquín mínimo de asistencia para la salud reproductiva (según la fase de que se trate) y reciben supervisión. Se dispone de “Botiquines de Higiene para el Parto” y se distribuyen; los centros de salud disponen de utensilios de parto profesionales para matronas y se establece un sistema de referencia para la gestión de urgencias obstétricas.

- Se previenen y gestionan las consecuencias de la violencia sexual – garantizando en particular que las víctimas de violencia sexual puedan recibir atención médica y que la población del campamento lo sepa.

Salud mental y apoyo psicológico

- Se apoyan los programas de salud mental y apoyo psicológico, que han de promover actividades de apoyo psicosocial y disponer de servicios con la capacidad necesaria para tratar a personas que acusen psicopatologías anteriores.

Educación sanitaria

- Se apoya a las agencias de salud para la evaluación de situación sanitaria y se las ayuda a llegar a determinados segmentos de la población para detectar los problemas más importantes que deban afrontarse a través de estrategias comunitarias de educación sanitaria.
- Se utilizan los canales y las herramientas de comunicación más apropiados para la población a la que se desea llegar.
- Se planifican actividades de evaluación y de supervisión para monitorear y valorar la eficacia de la estrategia de educación sanitaria.

Cuestiones de salud durante el cierre del campamento

- Los servicios sanitarios básicos permanecen en el campamento hasta que se marchan todos los residentes del mismo.
- Se garantiza la retirada progresiva de los servicios de salud sobre la base del índice de utilización de los centros de salud junto con el total de la población que permanece en el campamento.
- Se coordina e intercambia información con los proveedores de servicios de salud en las áreas de retorno. De desarrollan campañas de información para la población del campamento acerca de los servicios disponibles en las áreas de retorno así como sobre la forma de acceder los mismos tras la llegada.
- Se ponen en marcha actividades de revisión médica y campañas de información coordinadas para transmitir mensajes adecuados a la población del campamento acerca de la razón de la revisión médica.

HERRAMIENTAS

! Prácticamente todas las herramientas, publicaciones y demás documentos de referencia están incluidos en el CD-ROM adjunto a la versión impresa del Kit. También se incluyen los enlaces a los recursos en internet.

- Ejemplo de formulario de 3Ws para agencias gestoras de campamentos
- Ejemplo de formulario de evaluación rápida inicial
- Ejemplo de formulario de recopilación de información en campamentos, incluida la atención sanitaria
- Ejemplos de protocolos de diagnóstico y gestión clínica para infecciones respiratorias y diarrea
- Ejemplo de Plan para un Programa Ampliado de Vacunación
- Ejemplos de formularios de vigilancia de las tasas de mortalidad y morbilidad
- Ejemplos de directrices para el tratamiento de la diarrea, infecciones de las vías respiratorias, sarampión, fiebre y otras enfermedades infecciosas y no infecciosas
- Field guide to designing a health communication strategy. (Guía de terreno para el diseño de una estrategia de comunicación sobre la salud)
<http://www.jhuccp.org/pubs/fg/02/>
- Information involving requirements and how to request a UNFPA Reproductive Health Kits (Información relative a los requisitos y mecanismos para solicitar Botiquines de Salud Reproductiva de UNFPA) <http://www.unfpa.org/procurement/>
- Information on anti-malarial drug resistance and testing protocols. (Información sobre protocolos relativos a la resistencia a los antipalúdicos y de prueba)
<http://www.who.int/malaria/resistance.html>
- Information regarding “New Emergency Kit” (Información relative al “Nuevo Botiquín para las Emergencias”)
<http://www.who.int/hac/techguidance/ems/healthkit/en/>
- Modelo de formulario de investigación de brote epidémico
- Definiciones de casos estándar de la OMS
- Lista Modelo de Medicamentos esenciales de la OMS
- Z score reference values of WFH by sex

LECTURAS RECOMENDADAS Y BIBLIOGRAFÍA

Centers for Disease Control and Prevention, 1996. *Universal Precautions for Prevention of Transmission of HIV and Other Bloodborne Infections. Fact Sheet.*
http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/bp_universal_precautions.html

G. Habquet, (ed), Médecins Sans Frontières ,1997. *Refugee Health: An Approach to Emergency Situations.*

http://www.refbooks.msf.org/msf_docs/en/Refugee_Health/RH1.pdf

Comité Permanente Entre Organismos, (IASC), 2003. *Directrices para las Intervenciones relacionadas con el VIH/SIDA en contextos de emergencia.*

http://data.unaids.org/pub/InformationNote/2003/IASCGuidelines_es.pdf

Comité Permanente Entre Organismos, 2007. *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes, Capítulo 6, Servicios de Salud.* http://www.who.int/mental_health/emergencias/iasc_guidelines_spanish.pdf

Médecins Sans Frontières, 2006. *Rapid health assessment of refugee or displaced populations.* www.refbooks.msf.org/msf_docs/en/Rapid_Health/Rapid_Health_en.pdf

Médecins Sans Frontières, 2008. *Management of Epidemic Meningococcal Meningitis.* http://www.refbooks.msf.org/msf_docs/en/Meningitis/Mening_en.pdf

Médecins Sans Frontières, 2007. *Obstetrics in remote settings.*

http://www.refbooks.msf.org/msf_docs/en/Obstetrics/Obstetrics_en.pdf

Médecins Sans Frontières, 2004. *Cholera Guidelines.*

<http://www.doctorswithoutborders.org/news/cholera/index.cfm>

Médecins Sans Frontières Reference Books. (*Libros de referencia*).

http://www.refbooks.msf.org/msf_docs/en/msfdocmenu_en.pdf

William J, Moss et. al, 2006. “Child Health in Complex Emergencies”,

***Bulletin of the WHO*, 84 (1) :** [http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2006/Vol84-No1/bulletin_2006_84\(1\)_58-64.pdf](http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2006/Vol84-No1/bulletin_2006_84(1)_58-64.pdf)

Claudine Prudhon, *Assessment and Treatment of Malnutrition in Emergency Situations, Manual of Therapeutic Care and Planning for a Nutritional Programme, Action Contre la Faim.*

G. O’Sullivan, J. Yonkler, W. Morgan and A. Merritt, 2003. *A Field Guide to Designing a Health Communication Strategy*, Baltimore, MD: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs.

<http://www.jhuccp.org/pubs/fg/02/02-intro.pdf>

El Proyecto Esfera, 2004. *Carta Humanitaria y Normas mínimas de respuesta Humanitaria en casos de desastre* .http://www.sphereproject.org/component/option,com_docman/task,catalog_view/gid,46/Itemid,203/lang,spanish/

M. J. Toole et. al., 1989. “Measles prevention and control in emergency settings”, *Bull World Health Organ*, 67: 381-8.

UN Standing Committee on Nutrition.

<http://www.unsystem.org/scn/Publications/html/statements.htm>

ONUSIDA, 2005. *Strategies to support the HIV-related needs of refugees and host populations.* : http://whqlibdoc.who.int/unaid/2005/9291734500_eng.pdf

UNFPA, 1999. *Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-agency Field Manual.* <http://www.unfpa.org/emergencies/manual/>

ACNUR, 2006. *Drug management manual 2006. Policies, Guidelines, UNHCR List of Essential Drugs.* <http://www.unhcr.org/publ/PUBL/43cf66132.pdf>

ACNUR, 2007. *Manual para situaciones de Emergencia*

http://www.acnur.org/index.php?id_pag=792

ACNUR, 2007. UNICEF, 2008. *El Estado Mundial de la Infancia 2008 – Supervivencia Infantil.* <http://www.unicef.org/sowc08/docs/sowc08.pdf>

UNICEF, Nutrition, Security and Emergencies.

www.unicef.org/nutrition/index_emergencies.html

Valid International, 2006. *Community Based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual 1st Edition.* http://concernusa.org/media/pdf/2007/10/CTC_Manual_v1_Oct06.pdf

Women’s Commission for Refugee Women and Children. *Minimal Package of Reproductive Care.* <http://www.rhrc.org/misp/english/index.html>

Organización Mundial de la Salud, 2007. *Communicable Disease Risk Assessment: protocol for humanitarian agencies.* http://www.who.int/entity/diseasecontrol_emergencies/guidelines/Com_dis_risk_ass_oct07.pdf

OMS, Communicable Disease Country Specific Toolkits.

http://www.who.int/diseasecontrol_emergencies/toolkits/en/

OMS/UNICEF, 2004. *Reducing measles mortality in complex emergencies. WHO/V & B/04.03.* http://www.unicef.org/publications/files/WHO_UNICEF_Measles_Emergencies.pdf

OMS, 2004. *Immunisation in Practice: a practical resource guide for health workers.*

<http://aim.path.org/en/vaccines/hepb/resources/implement/l-training.html>

OMS, 2006. *The Interagency Emergency Health Kit*. Geneva.
http://www.who.int/medicines/publications/WEB_IEHK_EN.pdf

OMS, 1998. *Safe vaccine handling, cold chain and immunisations: A manual for the Newly Independent States*.
<http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF/www9825.pdf>

Organización Mundial de la Salud, 1999. *Management of severe malnutrition: a manual for physicians and other senior health workers*.
<http://libdoc.who.int/hq/1999/a57361.pdf>

OMS, 2000. *The management of nutrition in major emergencies*. Geneva.
<http://www.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?sesslan=1&codlan=1&codcol=15&codcch=2154>

OMS, 2004. *Guiding principles of feeding infants and young children during emergencies*. <http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/9241546069.pdf>

OMS/PMA/UNICEF Joint Statement, 2007. *Preventing and controlling micronutrient deficiencies in populations affected by an emergency*.
www.who.int/nutrition/publications/WHO_WFP_UNICEFstatement.pdf

OMS/PMA/UNICEF/SCN Joint Statement, 2007. *Innovative approach tackles malnutrition in the community*. http://www.unsystem.org/SCN/Publications/html/cbm_samalnutrition.htm

OMS, 2000. *Reproductive health during conflict and displacement: a guide for programme managers*. : http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_00.13.pdf

OMS, ACNUR, 2004. *Clinical Management of Rape Survivors: Developing Protocols for use with Refugees and Internally Displaced Persons; Revised Edition*. ISBN 92 4 159263 X (NLM classification: WA 790). http://www.rhrc.org/pdf/Clinical_Management_2005_rev.pdf

OMS, 2005. *Communicable Disease Control in Emergencies: A Field Manual*. edited by M. A. Connolly. : http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241546166_eng.pdf

OMS/UNICEF, 2005. *Diarrhoea Treatment Guidelines: Including new recommendations for the use of ORS and Zinc supplementation*.
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/a85500.pdf>

OMS, 2005. *Guidelines for the control of Epidemics due to Shigella Dysenteriae Type I*. <http://www.who.int/entity/csr/resources/publications/cholera/whocdr954.pdf>

OMS, 2004. *Cholera Outbreak: Assessing the outbreak response and improving preparedness*. Geneva. http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_CDS_CPE_ZFk_2004.4_eng.pdf

OMS, 2005. *Malaria Control in Complex Emergencies: An inter-agency field handbook*. http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/924159389X_eng.pdf

OMS, 2007. *Tuberculosis Care and Control in Refugee and Displaced Populations: An interagency field manual. (Second Edition)*. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595421_eng.pdf

OMS, 2006. *Pandemic influenza preparedness and mitigation in refugee and displaced populations: WHO guidelines for humanitarian agencies*. : http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_CDS_NTD_DCE_2006.2_eng.pdf

Organización Mundial de la Salud, Disease Control in Humanitarian Emergencies. http://www.who.int/diseasecontrol_emergencies/guidelines/en/