El Proyecto Esfera

Carta Humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria

EDICIÓN 2011

El Proyecto Esfera

Carta Humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria

Publicado por:

El Proyecto Esfera
Copyright@El Proyecto Esfera 2011

Email: info@sphereproject.org
Sitio web: www.sphereproject.org

El Proyecto Esfera fue iniciado en 1997 por un grupo de organizaciones no gubernamentales y el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja a fin de elaborar un conjunto de normas mínimas universales en ámbitos esenciales de las respuestas humanitarias: el Manual de Esfera. El objetivo del Manual es mejorar la calidad de las respuestas humanitarias en situaciones de desastre o de conflicto y mejorar la rendición de cuentas del sistema humanitario ante la población afectada por el desastre. La Carta Humanitaria y las normas mínimas para la respuesta humanitaria son el resultado de la experiencia colectiva de muchas personas y organizaciones y, por lo tanto, no representan las opiniones de ninguna entidad en particular.

Primera edición preliminar 1998
Primera edición definitiva 2000
Segunda edición 2004
Tercera edición 2011

ISBN 978-1-908176-02-8

Existe un registro de catálogo de esta publicación en The British Library y la US Library of Congress (Biblioteca del Congreso de los Estados Unidos).

Reservados todos los derechos. Este material está amparado por el derecho de autor, pero puede ser reproducido por cualquier método, sin abonar derechos, siempre y cuando sea con fines educativos, pero no cuando se destine a la venta. Para toda utilización de este tipo se requiere una autorización expresa, que normalmente se concederá de inmediato. Para la reproducción con otros fines o para citar este material en otras publicaciones, así como para traducciones o adaptaciones, se debe obtener la autorización previa por escrito del titular de los derechos de autor que podrá exigir el pago de derechos.

Distribuido en nombre del Proyecto Esfera en todo el mundo por Practical Action Publishing y sus agentes y representantes.

Practical Action Publishing, Schumacher Centre for Technology and Development, Bourton on Dunsmore, Rugby, CV23 9QZ, Reino Unido.
Tel +44 (0) 1926 634501; Fax +44 (0)1926 634502
Email: sphere@practicalaction.org.uk

Sitio web: www.practicalactionpublishing.org/sphere

Practical Action Publishing (Registro Mercantil del Reino Unido Nº 1159018) es una editorial de propiedad exclusiva de Practical Action, y su actividad está restringida a los objetivos filantrópicos de la sociedad matriz.

Diseño: *messaggio studios*, Metz-Tessy (Francia)

Impresión: Belmont Press Ltd, Northampton, United Kingdom

Traducción española: María Eliana Inostrosa

Prólogo

Esta nueva edición del Manual de Esfera, *Carta Humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria,* es el resultado de una amplia colaboración entre varias organizaciones.

La Carta Humanitaria y las normas mínimas son el reflejo de la determinación de las organizaciones de mejorar tanto la eficacia de la asistencia que prestan como su rendición de cuentas ante las partes interesadas, de manera que contribuyan al establecimiento de un marco práctico para la rendición de cuentas.

La Carta Humanitaria y las normas mínimas no impedirán, por si solas, las crisis humanitarias ni el sufrimiento humano, pero brindan la oportunidad de mejorar la asistencia para marcar una diferencia en la vida de las personas afectadas por los desastres.

Desde que se establecieron originalmente, a fines del decenio de 1990, por iniciativa de un grupo de organizaciones no gubernamentales humanitarias y del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, las normas de Esfera se han aplicado de facto en las respuestas humanitarias del siglo XXI.

Queremos expresar un merecido agradecimiento a las personas que han contribuido a esta obra.

Ton van Zutphen
Presidente de la Junta
Directiva de Esfera

John Damerell
Director del Proyecto

Agradecimientos

La revisión del Manual de Esfera supuso un extenso proceso de colaboración y consultas, que contó con la participación de tantas personas en tantos países, que citar a cada una de ellas resulta imposible. El Proyecto Esfera agradece las enriquecedoras contribuciones realizadas y el empeño de las organizaciones y las personas participantes.

El proceso de revisión del Manual fue dirigido por un grupo de coordinadores de los capítulos técnicos y de los temas transversales, con el apoyo de expertos de los diversos sectores para cuestiones específicas; algunos de los expertos fueron cedidos para esta labor por las organizaciones humanitarias y otros fueron contratados, en función con del trabajo requerido. Los consultores se encargaron de la revisión de cuestiones pertinentes para todo el Manual que exigieron significativo trabajo adicional. Salvo indicación en contrario, las personas que figuran a continuación son consultores.

Carta Humanitaria: James Darcy, Mary Picard, Jim Bishop (InterAction), Clare Smith (CARE Internacional) e Yvonne Klynman (Federación Internacional)

Principios de protección: Ed Schenkenberg van Mierop (ICVA) y Claudine Haenni Dale

Normas esenciales: Peta Sandison y Sara Davidson

Capítulos técnicos

- **Abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene:** Nega Bazezew Legesse (Oxfam Reino Unido)
- **Seguridad alimentaria y nutrición:**
  - **Nutrición:** Susan Thurstans (Save the Children Reino Unido)
  - **Seguridad alimentaria y medios de subsistencia:** Devrig Velly (Acción contra el Hambre)
  - **Asistencia alimentaria:** Paul Turnbull (PMA) y Walter Middleton (Visión Mundial Internacional)
- **Alojamiento, asentamientos humanos y artículos no alimentarios:** Graham Saunders (Federación Internacional)
- **Acción de salud:** Mesfin Teklu (Visión Mundial Internacional)

Temas transversales

- **Niños:** Monica Blomström y Mari Mörth (ambas de Save the Children, Suecia)
- **Personas de edad:** Jo Wells (HelpAge International)
- **Personas con discapacidad:** Maria Kett (Leonard Cheshire Disability and Inclusive Development Centre)
- **Género:** Siobhán Foran (IASC, GenCap Project)
- **Asuntos psicosociales:** Mark van Ommeren (OMS) y Mike Wessells (Columbia University)
- **VIH y SIDA:** Paul Spiegel (ACNUR)
- **Medio ambiente, cambio climático y reducción del riesgo de desastres:** Anita van Breda (Fondo Mundial para la Naturaleza, WWF) y Nigel Timmins (Christian Aid)

Normas complementarias a las normas de Esfera

- **Educación:** Jennifer Hofmann y Tzvetomira Laub (ambas INEE)
- **Ganadería:** Cathy Watson (LEGS)
- **Recuperación económica:** Tracy Gerstle y Laura Meissner (ambas red SEEP)

Expertos

- **Recuperación inicial:** María Olga González (PNUD-BCPR)
- **Coordinación de campamentos y gestión de campamentos:** Gillian Dunn (IRC)
- **Programas de entrega de dinero en efectivo:** Nupur Kukrety (Cash Learning Partnership network)

Además, se consultó a varias personas con respecto a la relación entre civiles y militares, los entornos urbanos y la concienciación sobre los conflictos.

Se formaron **grupos de trabajo** y **grupos de referencia** para apoyar a los coordinadores en su labor. Se agradece la contribución de estas personas, cuyos nombres no nos es posible enumerar aquí. Se podrá consultar la lista completa de todos los miembros de esos grupos en nuestro sitio web: www.sphereproject.org.

Redacción: Phil Greaney, Sue Pfiffner, David Wilson

Coordinación del taller de redacción: Raja Jarrah

Especialista en seguimiento y evaluación: Claudia Schneider, SKATH

Junta Directiva del Proyecto Esfera *(al 31 de diciembre de 2010):*

Alianza ACT (Action by Churches Together) (John Nduna) * Órgano de Coordinación Institucional para el Socorro en Afganistán (ACBAR) (Laurent Saillard) * Aktion Deutschland Hilft (ADH) (Manuela Rossbach) * CARE Internacional (Olivier Braunsteffer) * CARITAS Internationalis (Jan Weuts) * Consejo Internacional de Organizaciones Voluntarias (ICVA) (Ed Schenkenberg van Mierop) * Comité Internacional de Rescate (IRC) (Gillian Dunn) * InterAction (Linda Poteat) * Intermón Oxfam (Elena Sgorbati) * Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (FICR) (Simon Eccleshall) * Federación Luterana Mundial (FLM) (Rudelmar Bueno de Faria) * Policy Action Group on Emergency Response (PAGER) (Mia Vukojevic) * Plan Internacional (Unni Krishnan) * Alianza Save the Children (Annie Foster) * Sphere India (N.M. Prusty) * Ejército de Salvación (Raelton Gibbs) * Visión Mundial Internacional (Ton van Zutphen)

Donantes

Además de las contribuciones de las organizaciones que son miembros de la Junta Directiva, han prestado apoyo financiero al proceso de revisión del Manual:

Organismo Australiano para el Desarrollo Internacional (AusAID) * Oficina Humanitaria de la Comunidad Europea (ECHO) * Ministerio de Relaciones Exteriores de la República Federal de Alemania * Ministerio de Relaciones Exteriores de España * Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación (SDC) * Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID) * Departamento de Estado de los Estados Unidos – Oficina de Población, Refugiados y Migración (US-PRM) * Oficina de Asistencia para Desastres en el Extranjero de la Agencia de Desarrollo Internacional (US-OFDA)

Equipo del Proyecto Esfera

Jefe del proyecto: John Damerell
Responsable de formación y aprendizaje: Verónica Foubert
Promoción y gestión de material: Aninia Nadig
Auxiliar de formación y aprendizaje: Cécilia Furtade
Administración y finanzas: Lydia Beauquis

En diferentes etapas del proceso de revisión del Manual colaboraron también con el equipo de Esfera: Alison Joyner, Hani Eskandar y Laura López.

ÍNDICE

Prólogo iii

Agradecimientos iv

¿Qué es Esfera? 3

La Carta Humanitaria 21

Principios de protección 29

Normas esenciales 53

Normas mínimas sobre abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene 89

Normas mínimas sobre seguridad alimentaria y nutrición 157

Normas mínimas sobre alojamiento, asentamientos humanos y artículos no alimentarios 273

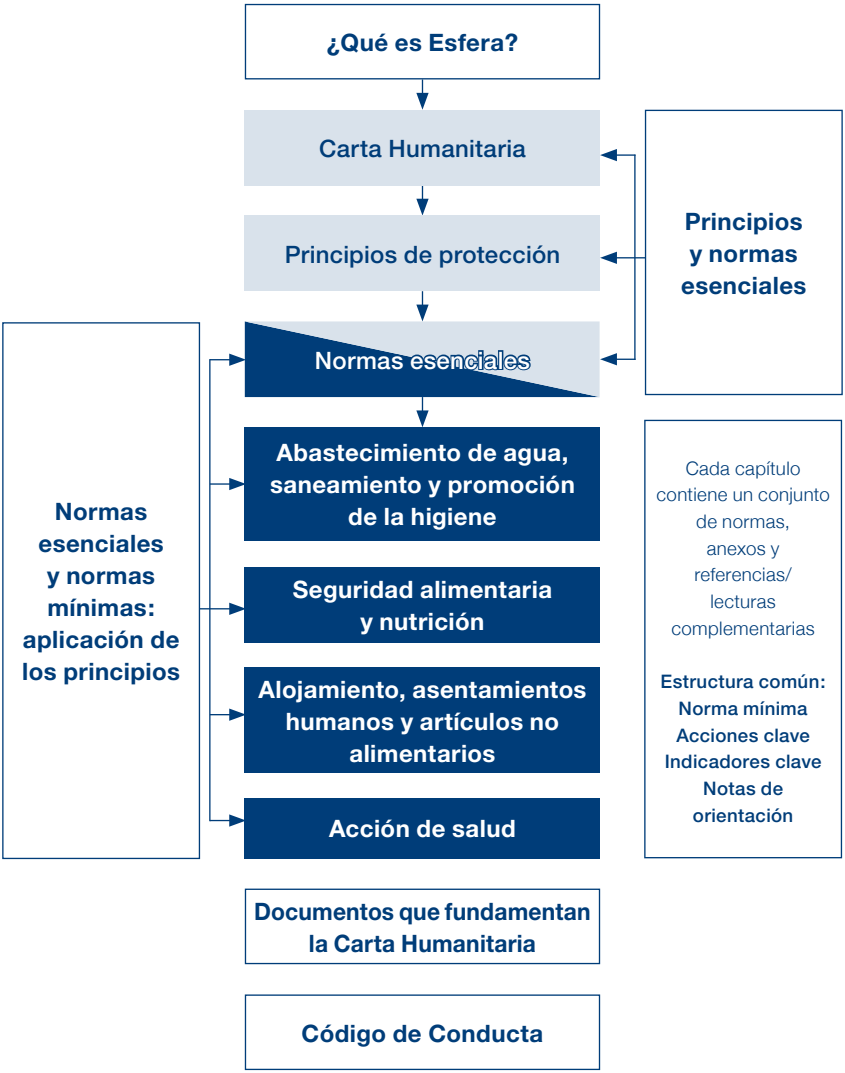
Normas mínimas sobre acción de salud 327

Anexos 403

- Anexo 1. Documentos que fundamentan la Carta Humanitaria 404
- Anexo 2. El Código de conducta relativo al socorro en casos de desastre para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y las organizaciones no gubernamentales 417
- Anexo 3. Abreviaciones y acrónimos 427

Índice analítico 431

El Manual


¿Qué es Esfera?
Carta Humanitaria
Principios de protección
Normas esenciales
Principios y normas esenciales
Normas esenciales y normas mínimas: aplicación de los principios
Abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene
Seguridad alimentaria y nutrición
Alojamiento, asentamientos humanos y artículos no alimentarios
Acción de salud
Cada capítulo contiene un conjunto de normas, anexos y referencias/ lecturas complementarias
Estructura común:
Norma mínima
Acciones clave
Indicadores clave
Notas de orientación
Documentos que fundamentan la Carta Humanitaria
Código de Conducta

¿Qué es Esfera?

¿Qué es Esfera?

El Proyecto Esfera y su Manual son conocidos por haber introducido las nociones de calidad y de rendición de cuentas en las respuestas humanitarias. Pero ¿cómo surgió el Proyecto Esfera? ¿Cuáles son su filosofía y su enfoque? ¿Cómo y por qué se concibió el Manual? ¿Qué lugar ocupa el Manual en el ámbito general de la acción humanitaria? ¿Quién debería usarlo y por qué? El presente capítulo intenta responder a estas preguntas clave. Expone, además, en detalle la estructura del Manual y explica cómo usarlo y cómo el lector y su organización pueden cumplir las normas mínimas de Esfera.

La filosofía del Proyecto Esfera: el derecho a vivir con dignidad

El Proyecto Esfera –o simplemente «Esfera»– fue iniciado en 1997 por un grupo de organizaciones no gubernamentales (ONG) humanitarias y el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Su objetivo era mejorar la calidad de sus acciones durante las respuestas en casos de desastre y rendir cuentas acerca de ellas. La filosofía de Esfera se funda en **dos convicciones esenciales:** primero, que las personas afectadas por un desastre o un conflicto armado tienen derecho a vivir con dignidad y, por lo tanto, a recibir asistencia; y segundo, que se deben tomar todas las medidas posibles para aliviar el sufrimiento humano ocasionado por los desastres y los conflictos armados.

Con el fin de plasmar estas dos convicciones esenciales, el Proyecto Esfera redactó la Carta Humanitaria y elaboró un conjunto de **normas mínimas** en algunos sectores clave para salvar vidas. Dichas normas se exponen en los cuatro capítulos técnicos del Manual: abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene; seguridad alimentaria y nutrición; alojamiento, asentamientos humanos y artículos no alimentarios, y acción de salud. Las **normas esenciales** versan sobre los procesos y se aplican a todos los capítulos técnicos.

Las normas mínimas se basan en la evidencia empírica y representan un consenso predominante en cada sector sobre las mejores prácticas para las respuestas en casos de desastre. Cada norma va acompañada de acciones clave, indicadores clave y notas de orientación (descritos más abajo en la sección «Cómo utilizar

las normas») que guían al lector sobre la manera de cumplirla de acuerdo con las circunstancias locales.

Las normas mínimas describen las condiciones que hay que lograr en cualquier respuesta humanitaria para que las poblaciones afectadas por un desastre puedan sobrevivir y recuperar condiciones de vida estables con dignidad. La **participación de las poblaciones afectadas** en el proceso de consulta está en el corazón de la filosofía de Esfera. El Proyecto Esfera fue, por consiguiente, la primera de una serie de iniciativas que hoy se conocen como **calidad y rendición de cuentas.**

La Carta Humanitaria y las normas mínimas se publican juntas en este **Manual**, del cual usted está leyendo la última edición. El Manual de Esfera fue concebido para servir en la planificación, la implementación, el seguimiento y la evaluación de las respuestas humanitarias. También es una herramienta eficaz de promoción para negociar con las autoridades el ámbito de la acción humanitaria y la asignación de recursos. Además, es útil para las actividades de preparación para desastres y la elaboración de planes de contingencia, ya que los donantes piden con cada vez mayor frecuencia que se haga referencia a las normas de Esfera en los informes que exigen.

El Manual no ha sido elaborado por ninguna organización en particular, de ahí que goce de gran aceptación en todo el sector humanitario. Se ha convertido en una de las compilaciones de normas para las respuestas humanitarias más difundidas y reconocidas a nivel internacional, y es utilizado como herramienta de comunicación y coordinación entre las organizaciones.

El Manual fue publicado por primera vez en 2000 y revisado en 2003 y nuevamente en 2009-2010. En cada proceso de revisión se realizaron amplias consultas dentro de los sectores correspondientes, en las que participó un gran número de organizaciones e individuos, gobiernos y organismos de las Naciones Unidas.

El Manual de Esfera está destinado primordialmente a los profesionales y otras personas que trabajan en la planificación, la gestión o la ejecución de una respuesta humanitaria: el personal y los voluntarios de las organizaciones humanitarias locales, nacionales e internacionales. Con frecuencia se hace también referencia a las normas mínimas en el contexto de la recaudación de fondos y las propuestas de proyectos.

Alentamos a otros actores, tales como las autoridades nacionales y locales, los militares y miembros del sector privado, a que utilicen el Manual de Esfera. Puede servirles para guiar sus actividades y para comprender las normas que aplican las organizaciones humanitarias con las cuales podrían tener interacción.

El Manual: la expresión de los valores de Esfera

La estructura del Manual refleja el objetivo de Esfera de anclar firmemente las respuestas en casos de desastre en un enfoque basado en la participación y los derechos.

La Carta Humanitaria, los principios de protección y las normas esenciales

El enfoque de Esfera para las respuestas humanitarias, basado en los derechos y centrado en las personas, está articulado en la Carta Humanitaria, los principios de protección y las normas esenciales. Estos textos hacen hincapié en la importancia de hacer participar a la población afectada y a las autoridades nacionales y locales en todas las etapas de la respuesta. Los principios de protección y las normas esenciales están agrupados al comienzo del Manual, para evitar tener que repetirlos en cada uno de los capítulos técnicos. Los lectores, incluidos los especialistas de un ámbito técnico particular, deben considerarlos como parte integrante de esos capítulos.

La piedra angular del Manual es la **Carta Humanitaria** (acompañada, en el anexo 1, página 404, por una lista descriptiva de los principales documentos jurídicos y de política). Constituye el telón de fondo ético y jurídico de los principios de protección, las normas esenciales y las normas mínimas, proporcionando así el marco para su correcta interpretación e implementación. Es una declaración de los derechos y las obligaciones jurídicos reconocidos, así como de las convicciones y los compromisos que comparten las organizaciones humanitarias, agrupados todos en un conjunto de **principios, derechos y obligaciones comunes**. Estos derechos, fundados en el principio de humanidad y el imperativo humanitario, incluyen el derecho a vivir con dignidad, el derecho a recibir asistencia humanitaria y el derecho a la protección y a la seguridad. La Carta también pone de relieve la importancia de que las organizaciones **rindan cuentas comunidades afectadas.** Las normas esenciales y las normas mínimas articulan lo que esos principios y obligaciones significan en la práctica.

La Carta Humanitaria explica por qué la asistencia y la protección son pilares fundamentales de la acción humanitaria. Para desarrollar el aspecto de protección, el Manual incluye un conjunto de **principios de protección** que traducen varios de los derechos y principios jurídicos expuestos en la Carta en estrategias y acciones que pueden guiar la práctica humanitaria desde el punto de vista de la protección. La protección es una parte esencial de la acción humanitaria, y los principios de protección subrayan la responsabilidad que incumbe a las organizaciones humanitarias para que tengan en cuenta en sus actividades las amenazas más graves que enfrentan las poblaciones afectadas en situaciones de conflicto armado o de desastre.

Todas las organizaciones humanitarias deben velar por que sus acciones no expongan a las personas a daños adicionales (principio de protección 1), por que esas actividades beneficien en particular a las personas más afectadas y vulnerables (principio de protección 2), contribuyan a proteger a las personas afectadas por la violencia y otros abusos de los derechos humanos (principio de protección 3) y ayuden a las personas afectadas a recuperarse de los abusos (principio de protección 4). Las funciones y responsabilidades de las organizaciones humanitarias en materia de protección son, en general, secundarias frente a la responsabilidad jurídica del Estado u otras autoridades competentes. La acción de protección a menudo supone recordar a las autoridades las responsabilidades que les incumben.

Las **normas esenciales** son el primer conjunto de normas mínimas y se reflejan en todas las demás. Describen cómo los procesos y los enfoques aplicados en una respuesta humanitaria son fundamentales para que dicha respuesta sea eficaz. El énfasis en la capacidad y en la participación activa de las personas afectadas por el desastre o el conflicto armado, un análisis exhaustivo y la comprensión de las necesidades y el contexto, la coordinación eficaz entre las organizaciones, el compromiso de mejorar constantemente el desempeño, así como la capacitación y la supervisión adecuadas de los trabajadores humanitarios son factores esenciales para el cumplimiento de las normas técnicas.

Los principios de protección y las normas esenciales son el fundamento de toda la actividad humanitaria y **deben utilizarse juntamente con los capítulos técnicos.** Son indispensables para cumplir las normas técnicas atendiendo a la calidad y la necesidad de rendir cuentas a las poblaciones afectadas.

Las normas esenciales y las normas mínimas en cuatro capítulos técnicos

Las normas esenciales y las normas mínimas representan, respectivamente, enfoques generales con relación a los programas y a las actividades para salvar vidas en cuatro ámbitos: abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene; seguridad alimentaria y nutrición; alojamiento, asentamientos humanos y artículos no alimentarios; y acción de salud.

Cómo utilizar las normas

Las normas esenciales y las normas mínimas están estructuradas de la misma manera. Comienzan con una declaración general y universal –la norma mínima–, y a ésta le siguen acciones clave, indicadores clave y notas de orientación.

En primer lugar se enuncia la **norma mínima**. Cada norma parte del principio de que las poblaciones afectadas tienen derecho a vivir con dignidad. Las normas son

de índole cualitativa y especifican los niveles mínimos que deben alcanzarse en las respuestas humanitarias. Tienen alcance universal y son aplicables en cualquier situación de desastre. Por esta razón, están formuladas en términos generales.

Luego se proponen **acciones clave** de índole práctica para cumplir con la norma mínima. No todas las acciones son aplicables en cualquier contexto, y queda a criterio de la persona que actúa en cada situación seleccionar las acciones pertinentes e idear acciones alternativas que conduzcan al cumplimiento de las normas.

Sigue un conjunto de **indicadores clave** que son las "señales" que permiten comprobar si se ha cumplido o no una norma. Ofrecen una forma de medir y comunicar los procedimientos y resultados de las acciones clave. Están relacionados con las normas mínimas, no con las acciones clave.

Finalmente, las **notas de orientación** versan sobre puntos específicos de la situación que han de tenerse en cuenta a la hora de ejecutar las acciones clave y alcanzar los indicadores clave. Sirven de guía para resolver dificultades prácticas, y ofrecen puntos de referencia y consejos sobre temas prioritarios y transversales. Pueden abarcar también cuestiones cruciales relacionadas con las normas, las acciones o los indicadores y exponen dilemas, puntos polémicos o lagunas que subsisten en los conocimientos actuales. **No** ofrecen una orientación sobre **la manera** de ejecutar una actividad específica.

Cada capítulo está precedido de una **breve introducción** en la que se delinean las principales cuestiones. Los capítulos sobre las normas mínimas técnicas contienen, además, anexos que incluyen, por ejemplo, listas de verificación para las evaluaciones, fórmulas, cuadros y ejemplos de formularios para la presentación de informes. Cada capítulo concluye con una lista de referencias y propuestas de lecturas complementarias. En el sitio web de Esfera (www.sphereproject.org) se ofrece un glosario detallado para cada uno de los capítulos del Manual.

Todos los capítulos están relacionados entre sí. Así pues, es frecuente que las normas descritas en una parte del Manual deban considerarse juntamente con las normas descritas en otras secciones. Por esa razón, el Manual contiene numerosas referencias cruzadas.

Conformidad con las normas mínimas de Esfera

El Manual de Esfera es un código voluntario y una herramienta de autoregulación que permite garantizar la calidad y la rendición de cuentas. El Proyecto Esfera no utiliza ningún mecanismo de control de la conformidad. Tampoco es necesario ser "signatario" de Esfera, ni ser miembro ni emprender un proceso de acreditación. El Proyecto Esfera ha decidido deliberadamente que el Manual no sea

prescriptivo ni orientado al control de la conformidad, a fin de alentar al mayor número posible de usuarios a que se identifique con él.

El Manual no ofrece ningún consejo práctico sobre la manera de prestar ciertos servicios (las acciones clave proponen actividades para cumplir una norma sin especificar de qué manera hacerlo). Más bien indica lo que debe establecerse para que la población afectada pueda vivir con dignidad. Por consiguiente, cada organización ejecutora debe elegir el sistema que le conviene para garantizar la conformidad con las normas mínimas de Esfera. Algunas organizaciones han utilizado exclusivamente sus mecanismos internos, mientras que otras han recurrido al control por otros organismos. Algunas redes de organizaciones han utilizado Esfera para evaluar su respuesta colectiva en determinadas situaciones de emergencia.

Actuar de conformidad con Esfera no significa que sea necesario cumplir todas las normas e indicadores. La medida en que las organizaciones pueden cumplir las normas depende de una serie de factores, algunos de los cuales escapan a su control. En algunas ocasiones, las dificultades para tener acceso a la población afectada, la falta de cooperación de las autoridades o la grave inseguridad reinante hacen que resulte imposible cumplir las normas.

Si con anterioridad al desastre las condiciones generales de vida de la población afectada estaban muy por debajo de las normas mínimas, es posible que los recursos de que disponen las organizaciones sean insuficientes para alcanzar el nivel estipulado por las normas. En tales situaciones, probablemente sea más importante satisfacer las necesidades básicas de toda la población afectada que alcanzar el nivel de las normas mínimas en beneficio de apenas un sector de la población.

A veces las normas mínimas son superiores a las condiciones de la vida cotidiana de la población circundante. En cuanto a la población afectada por el desastre, en tales situaciones, es esencial atenerse a las normas, pero no hay que perder de vista la necesidad de actuar en favor de la población circundante y de iniciar el diálogo con los dirigentes de sus comunidades. En definitiva, el contexto determinará lo que es apropiado y factible.

En los casos en que no es posible cumplir las normas, las organizaciones humanitarias deben:

- describir en sus informes (evaluación inicial, evaluación ulterior, etc.) la diferencia entre los indicadores pertinentes de Esfera y los indicadores alcanzados en la práctica;
- explicar las razones de esta diferencia y los cambios que es necesario aportar;

- evaluar las consecuencias negativas para la población afectada;
- aplicar las medidas de mitigación apropiadas para minimizar el daño causado por esas consecuencias.

Al comprometerse a tomar las medidas mencionadas, las organizaciones muestran que actúan de acuerdo con la filosofía de Esfera y sus normas mínimas, incluso si no pueden cumplirlas tal como están formuladas en el Manual.

El lugar de Esfera en el ámbito de la acción humanitaria

El Manual de Esfera está diseñado para ser utilizado durante las respuestas humanitarias en una serie de situaciones, que incluyen los desastres naturales, los conflictos armados, los fenómenos de evolución lenta o rápida, los entornos rurales y urbanos, así como las emergencias políticas complejas, en cualquier país. El término “desastre” abarca todas esas situaciones y, si corresponde, se utiliza el término “conflicto armado”. “Población” hace referencia a individuos, familias, comunidades y grupos en sentido amplio. En consecuencia, utilizamos en general el término “población afectada por el desastre” en todo el Manual.

Cuándo utilizar el Manual

Centradas en el período de la **respuesta humanitaria,** las normas mínimas de Esfera cubren las actividades destinadas a satisfacer las necesidades urgentes para la supervivencia de las poblaciones afectadas por el desastre. Esta fase puede durar desde unos pocos días o semanas hasta varios meses o incluso años, especialmente si las circunstancias incluyen la inseguridad o el desplazamiento persistentes. Es imposible, pues, afirmar que la utilidad de las normas de Esfera se limita a un determinado período de tiempo.

No obstante, el Manual ocupa un lugar específico dentro del ámbito general de la **acción humanitaria,** que va más allá del socorro inmediato y abarca una gama de actividades que comienzan con la preparación para desastres, siguen con la respuesta humanitaria y se extienden a la recuperación inicial. Como herramienta de referencia, el Manual es útil tanto en la fase de preparación para desastres como en la fase de recuperación inicial, que “encuadran” conceptualmente la respuesta humanitaria pero en realidad han de considerarse simultáneamente.

La **preparación para desastres** requiere que los actores –gobiernos, organizaciones humanitarias, organizaciones de la sociedad civil, comunidades e individuos en el terreno– tengan la capacidad, las relaciones y los conocimientos necesarios para prepararse y actuar eficazmente ante un desastre o un conflicto armado. Antes y durante la respuesta, deben proceder a adoptar medidas que

mejoren el nivel de preparación y reduzcan los riesgos para el futuro. Es necesario que estén preparados, al menos, para cumplir las normas mínimas de Esfera durante un futuro desastre.

La **recuperación inicial** es el proceso que sigue a la operación de socorro y conduce a la recuperación a largo plazo. Es sumamente eficaz si se la anticipa y facilita desde el comienzo de una respuesta humanitaria. El Manual reconoce la importancia de la recuperación inicial y hace referencia a ella de manera continua, según proceda.

Evolución del sector humanitario y las consecuencias para Esfera

En los últimos años, se ha producido una serie de acontecimientos en el sector humanitario y en otros ámbitos relacionados, se ha modificado la naturaleza de los desastres y los conflictos armados y, con ello, la de la labor humanitaria. Los cambios que se analizaron durante el proceso de revisión del Manual incluyen:

- un mayor énfasis conceptual y operativo en las respuestas locales y nacionales, teniendo presente que es necesario consultar a las **poblaciones afectadas** y reforzar la capacidad de respuesta de los Estados afectados por las crisis y la capacidad de las organizaciones e instituciones nacionales;
- una **rendición de cuentas** más proactiva, en particular frente a las poblaciones afectadas, pero también una coordinación más dinámica, incluida la coordinación en el marco del proceso de reforma del sector humanitario (enfoque de grupos temáticos o sectoriales) auspiciado por el Comité Permanente entre Organismos (IASC);
- un mayor énfasis en los problemas de **protección** y las respuestas destinadas a hacerles frente;
- una creciente conciencia de que los **desastres inducidos por el cambio climático** pueden desencadenar la migración forzosa a gran escala y de que el deterioro ambiental aumenta la vulnerabilidad;
- el reconocimiento de que la **población urbana de bajos recursos** está en rápido aumento y presenta vulnerabilidades específicas, en particular con relación a la economía monetaria, la cohesión social y el espacio físico;
- nuevos enfoques de ayuda, como la **entrega de dinero en efectivo y de cupones** y la sustitución de los envíos de artículos de asistencia humanitaria por la adquisición de esos artículos a nivel local;
- mayor reconocimiento de la **reducción del riesgo de desastres,** como sector y como enfoque;

- participación creciente de las **fuerzas armadas** en las respuestas humanitarias –un grupo de actores que no están motivados en primer término por el imperativo humanitario–, por lo cual se requiere elaborar directrices específicas y estrategias de coordinación para el diálogo cívico-militar;
- participación creciente del **sector privado** en las respuestas humanitarias, lo que exige la elaboración de directrices y estrategias análogas a las que deben regir el diálogo entre civiles y militares.

El proyecto Esfera incorporó estos cambios en el Manual, en particular los **nuevos aspectos** ligados a la entrega de dinero en efectivo, la recuperación inicial y las relaciones cívico-militares.

Entender el contexto durante la respuesta humanitaria

Una respuesta humanitaria eficaz se basa en un diagnóstico exhaustivo y contextualizado (evaluación inicial, seguimiento y evaluación posterior) a fin de **analizar las necesidades, vulnerabilidades y capacidades en cada situación.**

El Manual está diseñado esencialmente como una herramienta para reconocer los diferentes contextos y adaptar a ellos los programas de respuesta: sirve para guiar a quienes los ejecutan en sus reflexiones sobre la manera de alcanzar el nivel de una norma universalmente aplicable en una situación o contexto concreto, poniendo especial énfasis en las vulnerabilidades y capacidades específicas.

No todos los integrantes de una población afectada por un desastre controlan de la misma manera sus recursos y posibilidades. Por ello, el efecto del desastre será diferente según el origen étnico y la afiliación religiosa o política. Un desplazamiento puede hacer vulnerables a ciertas personas que en una situación normal no hubieran estado expuestas a riesgos. Puede ocurrir que se niegue asistencia vital o no se dé oportunidad de ser escuchados a mujeres, niños, personas de edad, personas con discapacidad o personas que viven con el VIH, en razón de barreras físicas, culturales y/o sociales. La experiencia demuestra que el tratar a estas personas como una larga lista de “grupos vulnerables” puede llevar a respuestas fragmentarias e ineficaces, que pasan por alto la conjunción de vulnerabilidades, así como el hecho de que las vulnerabilidades van cambiando con el tiempo, incluso durante una crisis específica.

La labor de socorro y recuperación debe tener en cuenta también los peligros y vulnerabilidades futuros, a fin de reconstruir comunidades más seguras y promover una mayor resiliencia. En muchas partes del mundo, el cambio climático ya está empezando a repercutir en los patrones de riesgo; es necesario complementar el conocimiento tradicional sobre los peligros, las vulnerabilidades y las capacidades con estimaciones sobre los riesgos climáticos del futuro.

A fin de hacer justicia al carácter singular de cada situación de desastre y a las vulnerabilidades y capacidades particulares de la población afectada, el Manual trata varios **temas transversales**. Algunos de estos temas versan sobre las vulnerabilidades de personas y subgrupos: **niños, género, personas de edad, VIH y SIDA, personas con discapacidad y apoyo psicosocial.** Otros temas, como la **reducción del riesgo de desastres** (incluido el **cambio climático**) y el **medio ambiente,** abordan factores de vulnerabilidad que atañen al conjunto de la población afectada. Al final de esta introducción se describe cada uno de estos temas de manera más detallada.

Relación con otras normas humanitarias

Para mantener el Manual de Esfera en un solo volumen de tamaño razonable, nos hemos limitado a cubrir los cuatro sectores primordiales de las respuestas humanitarias. Muchos sectores conexos que forman parte de una respuesta humanitaria eficaz han elaborado sus propias normas. Algunas de ellas están incluidas en una serie de **normas complementarias de Esfera**, publicadas por separado pero desarrolladas con el mismo rigor y proceso de consultas que las normas de Esfera: las “Normas mínimas para la educación: preparación, respuesta, recuperación” de la Red Interagencial para la Educación en Situaciones de Emergencia (INEE); las Normas mínimas para la recuperación económica después de las crisis, publicadas por la Red de Educación y Promoción de la Pequeña Empresa (SEEP), y las “Directrices y normas de emergencia para el sector ganadero” (LEGS).

La educación en situaciones de emergencia puede servir para sostener la vida pero también para salvar vidas. Impartida en lugares seguros, brinda una sensación de normalidad, apoyo psicosocial y protección contra la explotación y otros daños. También puede servir para transmitir mensajes sobre la seguridad, prepararse para la vida y dar información importante sobre la salud y la higiene. Las Normas mínimas para la educación: preparación, respuesta, recuperación de INEE fueron publicadas por primera vez en 2004 y actualizadas en 2010; desde 2008 son normas complementarias de Esfera. Constituyen el marco necesario para garantizar los vínculos esenciales de la educación con la salud, el agua, el saneamiento, la higiene, la nutrición, el alojamiento por un lado, y la protección por el otro. También apuntan a mejorar la seguridad, la calidad y la rendición de cuentas de la preparación y la respuesta en materia de educación.

El desarrollo de la pequeña empresa y la ganadería son el objeto, respectivamente, de las Normas mínimas para la recuperación económica después de la crisis de la red SEEP y las Directrices y normas de emergencia para el sector ganadero. Se prevé que estos dos conjuntos de normas mínimas también pasarán a ser normas complementarias de Esfera en 2011.

Las normas complementarias, en combinación con este Manual, mejorarán la calidad de la asistencia que se presta a las personas afectadas por desastres o conflictos armados. Las orientaciones pertinentes formuladas en las normas de INEE, SEEP y LEGS están integradas en el Manual, que contiene también numerosas referencias cruzadas.

Otras organizaciones, coaliciones y redes han elaborado normas y códigos para responder a ciertas necesidades particulares de las operaciones, tales como mandatos y conocimientos técnicos específicos de las organizaciones, o a una falta de orientación detectada. Cuando resulta apropiado, también se hace referencia a estas otras normas en los capítulos técnicos de este Manual.

El Proyecto Esfera es parte de un conjunto de **iniciativas de calidad y rendición de cuentas** dentro del sector. Mantiene una estrecha relación de trabajo con el Proyecto *Emergency Capacity Building (ECB)*, que ha elaborado la "Guía Suficientemente Buena para Medición del Impacto y Rendición de Cuentas en las Emergencias" y con la Asociación Internacional de Responsabilidad Humanitaria (*Humanitarian Accountability Partnership, HAP*), que trata de cuestiones de conformidad en su Norma de responsabilidad humanitaria y gestión de calidad. Otras iniciativas en materia de calidad y rendición de cuentas con las cuales Esfera colabora regularmente son: People In Aid, el grupo URD (Urgence-Réhabilitation-Développement), Coordination Sud y la Red para un aprendizaje activo sobre rendición de cuentas y resultados de la acción humanitaria (ALNAP)).

Más allá del Manual

La herramienta primordial y más utilizada del Proyecto Esfera es el Manual de Esfera. El Manual existe también en formato electrónico en el sitio web de Esfera (www.sphereproject.org), en el que podrá consultar, además, las últimas novedades, así como información actualizada sobre las versiones disponibles y otros recursos.

El Manual existe en muchos idiomas y va acompañado de material de capacitación y promoción. Este material menudo está adaptado a los distintos contextos locales, en base a la experiencia de los profesionales. Ello pone en evidencia la vitalidad de la comunidad de prácticas Esfera, una red de profesionales en parte informal, conectada de manera libre y en continua expansión, que mantiene vivo el espíritu de Esfera. El Proyecto Esfera se funda en la necesidad de contribuir a mejorar la respuesta humanitaria para hacer valer los derechos y atender a las necesidades de las personas afectadas por situaciones de desastre o de conflicto armado, y rendir cuentas ante ellas. Desde sus comienzos, el Proyecto Esfera ha realizado grandes progresos, pero ningún Manual puede hacer realidad sus objetivos: sólo usted puede hacerlo.

Breve descripción de los temas transversales

Los temas transversales en este Manual corresponden a ámbitos de preocupación particulares de las respuestas en casos de desastre y abordan aspectos relacionados con la vulnerabilidad de personas, grupos o el conjunto de la población afectada. A continuación, se describe más en detalle cada uno de estos temas.

Los niños: se deben tomar medidas especiales para que todos los niños sean protegidos de lo que pueda causarles daño y tengan acceso equitativo a los servicios básicos. Dado que los niños constituyen a menudo la sección más numerosa de la población afectada, es primordial que se tome conocimiento de sus opiniones y sus vivencias no sólo en las evaluaciones iniciales y la planificación de emergencia, sino que también es importante que éstas influyan en la prestación de servicios humanitarios, así como en su seguimiento y evaluación. Los niños y los jóvenes son vulnerables a los efectos nefastos de algunas situaciones como la malnutrición, la explotación, el secuestro y el reclutamiento por parte de grupos armados y fuerzas combatientes, así como la violencia sexual, y no tienen oportunidad de participar en la toma de decisiones. Según la Convención sobre los Derechos del Niño, se entiende por niño toda persona menor de 18 años. Esa definición puede variar según el contexto cultural y social. Es necesario analizar detenidamente cómo define a los niños la población afectada para asegurar que no se excluya de la asistencia humanitaria a ningún niño o joven.

La reducción del riesgo de desastres: incluye el concepto y la práctica de reducir el riesgo de desastres mediante un esfuerzo sistemático de análisis y de gestión de los factores que causan los desastres, especialmente limitando la exposición a las amenazas y paliando la vulnerabilidad de las personas, dando muestras de sensatez en el manejo de la tierra y el entorno natural, y mejorando la preparación para enfrentar fenómenos peligrosos, entre ellos desastres naturales como tormentas, inundaciones, sequías y aumento del nivel del mar. Dichos fenómenos parecen volverse cada vez más variables y graves, y se los atribuye cada vez más al **cambio climático mundial.**

El medio ambiente: se entiende por medio ambiente el conjunto de elementos y procesos físicos, químicos y biológicos que inciden en la vida y los medios de subsistencia de las poblaciones afectadas por un desastre y de las poblaciones locales. El medio ambiente proporciona los recursos naturales de los que extraen su sustento las personas, y contribuye a su calidad de vida. Es necesario proteger y manejar el medio ambiente para preservar sus funciones

esenciales. Las normas mínimas abordan la necesidad de evitar la sobreexplotación, la contaminación y el deterioro de las condiciones ambientales y procuran mantener las funciones del medio ambiente indispensables para la vida, reducir el riesgo y la vulnerabilidad e introducir mecanismos que fomentan la adaptabilidad de los sistemas naturales para contribuir a su regeneración.

Género: la noción de género se refiere al hecho de que las personas de uno y otro **sexo** experimentan las situaciones de manera diferente. La noción de sexo atañe a los atributos biológicos —naturales, congénitos y, por lo tanto, en general universales e inmutables— de mujeres y hombres.

Los documentos en los que se sustenta la Carta Humanitaria afirman explícitamente la igualdad de derechos de mujeres y hombres. Hombres y mujeres tienen el mismo derecho a la asistencia humanitaria y la protección, al respeto a su dignidad humana, al reconocimiento de la igualdad de sus cualidades humanas, incluida la capacidad de decidir por sí mismos, a las mismas oportunidades de actuar de conformidad con esas decisiones y al mismo grado de poder de decisión para influir sobre los resultados de sus acciones. Las respuestas humanitarias son más eficaces si están basadas en una comprensión cabal de las diferentes necesidades, vulnerabilidades, intereses, capacidades y estrategias de afrontamiento de mujeres y hombres de todas las edades, y de niñas y niños, así como de los diferentes efectos que tienen los desastres o los conflictos armados en unos y otros. Mediante un análisis de la dimensión de género es posible llegar a comprender estas diferencias y las desigualdades que se manifiestan en las funciones y en la carga de trabajo de mujeres y hombres, el acceso a los recursos y el control sobre ellos, el poder de decisión y las oportunidades de desarrollar sus potencialidades. El género es un componente que debe tomarse en cuenta en los otros temas transversales. Los objetivos humanitarios de proporcionalidad e imparcialidad implican que es necesario tratar de manera justa a hombres y mujeres y velar por que ambos se beneficien igualmente. Históricamente, la atención que se prestaba a las cuestiones de género respondía al imperativo de ocuparse de las necesidades y condiciones de las mujeres y las niñas, ya que éstas se encontraban por lo general en desventaja con respecto a los hombres y los niños. No obstante, cada vez más la comunidad humanitaria reconoce que también es necesario comprender lo que tienen que afrontar los hombres y los niños varones en situaciones de crisis.

VIH y SIDA: conociendo la prevalencia del VIH en un contexto específicamente humanitario, es importante entender las vulnerabilidades y los riesgos y plani-

ficar una respuesta eficaz. Además de los grupos más expuestos al riesgo (hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, consumidores de drogas por vía intravenosa y profesionales del sexo), que a menudo necesitan la implementación de medidas específicas para que puedan protegerse de la negligencia, la discriminación y la violencia, en algunas situaciones pueden existir otros grupos vulnerables, tales como refugiados, migrantes, jóvenes y madres solteras. Un desplazamiento masivo puede aumentar la vulnerabilidad al VIH y potenciar los riesgos ligados a la dispersión de miembros de la familia y al colapso de la cohesión de la comunidad y de las normas sociales y sexuales que regulan los comportamientos. Con frecuencia las mujeres y los niños son objeto de explotación por grupos armados y son particularmente vulnerables al VIH debido a la violencia y la explotación sexuales. Durante las emergencias humanitarias, puede ocurrir que las personas ya no tengan acceso a las respuestas contra el VIH, tales como programas de prevención, y puede producirse una interrupción de las terapias antirretrovirales, del tratamiento y la prevención de la tuberculosis y del tratamiento de otras infecciones oportunistas.

Las personas que viven con el VIH suelen ser discriminadas y estigmatizadas, por lo cual es esencial mantener una confidencialidad estricta y ofrecerles protección si se requiere. Las actividades sectoriales tratadas en el Manual deben ofrecer respuestas apropiadas contra el VIH, de acuerdo con su prevalencia y las condiciones existentes, y evitar aumentar la vulnerabilidad de las personas y el riesgo frente al VIH.

Personas de edad: de acuerdo con las Naciones Unidas, se trata de hombres y mujeres mayores de 60 años, pero la definición de “persona de edad” puede variar según el contexto. En los países en desarrollo las personas de edad a menudo son uno de los grupos más pobres y representan una parte importante de las personas más vulnerables entre las poblaciones afectadas por situaciones de desastre o de conflicto armado. Su proporción va en aumento (las personas de más de 80 años son el grupo etario en más rápido aumento en el planeta), y sin embargo a menudo se los olvida en la gestión de desastres o conflictos. Su aislamiento y la debilidad física son factores significativos que exacerban la vulnerabilidad de las personas de edad en situaciones de desastre o conflicto, junto con el colapso de las estrategias de subsistencia y de las estructuras de apoyo familiar y comunitario, los problemas crónicos de salud y movilidad y el declinar de la salud mental. Es esencial realizar esfuerzos adicionales para detectar y lograr acceso a las personas de edad confinadas en sus casas y a los hogares a cargo de personas de edad. Las

personas de edad también hacen un aporte considerable a la supervivencia y la rehabilitación. Desempeñan un papel vital en el cuidado de los niños, la gestión de los recursos y la generación de ingresos; poseen conocimientos y experiencia en las estrategias comunitarias de afrontamiento y contribuyen a preservar la identidad cultural y social.

Personas con discapacidad: según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre el 7% y el 10% de la población mundial –incluidos niños y personas de edad– viven con alguna discapacidad. Los desastres y los conflictos armados pueden incrementar la incidencia de las deficiencias y las consiguientes discapacidades. La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad define la discapacidad como un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias (que pueden ser físicas, sensoriales, intelectuales o psicosociales) y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. Es, por consiguiente, la presencia de esas barreras la que impide a las personas con discapacidad participar plena y efectivamente en los programas tradicionales de asistencia humanitaria o beneficiarse de ellos. La nueva Convención hace específicamente referencia a la seguridad y la protección de las personas con discapacidad en situaciones de conflicto armado y emergencia (artículo 11).

Las personas con discapacidad hacen frente a riesgos desproporcionados en las situaciones de desastre y a menudo están excluidas de los procesos de socorro y rehabilitación. Esta exclusión hace que les sea más difícil utilizar efectivamente los servicios corrientes de apoyo en caso de desastre y participar en ellos. Hay que destacar que las personas con discapacidad constituyen un grupo diverso que incluye niños y personas mayores. No es posible atender a sus necesidades con un enfoque uniforme. Por ello, las respuestas humanitarias deben tomar en consideración las habilidades, destrezas, recursos y conocimientos de individuos con distintos tipos y grados de deficiencias. También es importante recordar que las personas con discapacidad tienen las mismas necesidades básicas que cualquier otro miembro de su comunidad. Además, algunas pueden tener necesidades específicas, tales como el reemplazo de medios de ayuda o aparatos y acceso a servicios de rehabilitación. Además, ninguna medida en beneficio de personas con discapacidad debe conducir a que sean separadas de sus familias y de sus redes comunitarias. Por último, si en las respuestas humanitarias no se tienen en cuenta los derechos de las personas con discapacidad, se pierde una

gran oportunidad de reconstruir comunidades para todos. Es esencial, por lo tanto, incluir a las personas con discapacidad en todos los aspectos del socorro y la recuperación. Para ello se requieren tanto medidas de alcance general como medidas específicas.

Apoyo psicosocial: algunas de las principales causas de vulnerabilidad y sufrimientos en las situaciones de desastre se derivan de los complejos efectos emocionales, sociales, físicos y espirituales que producen los desastres. Muchas de esas reacciones son normales y pueden superarse con el tiempo. Es esencial organizar mecanismos de apoyo psicosocial y de salud mental apropiados a las circunstancias locales que promuevan la autoayuda, la capacidad de hacer frente a la adversidad y la resiliencia entre las personas afectadas. Se refuerza la acción humanitaria si en el primer momento apropiado se involucra a las personas afectadas para que contribuyan a guiar y ejecutar la respuesta. En cada sector de la respuesta humanitaria, la manera en que se presta la asistencia tiene efectos psicosociales que pueden ayudar o perjudicar a las personas afectadas. Se debe prestar ayuda a las personas afectadas de manera compasiva, que promueva su sentimiento de dignidad, fomente su confianza en su propia capacidad ofreciéndoles una oportunidad de participación efectiva, respete la importancia de sus prácticas religiosas y culturales, y fortalezca su capacidad para contribuir al bienestar general.

Referencias

Naciones Unidas, Convención sobre los Derechos del Niño:
www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm

Naciones Unidas, Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad:
www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?navid=13&pid=497

Sitio de la OMS sobre discapacidad:
www.who.int/disabilities/en/

La Carta Humanitaria

La Carta Humanitaria sienta el fundamento ético y jurídico para los principios de protección, las normas esenciales y las normas mínimas presentadas en el Manual. Constituye tanto la expresión de los derechos y obligaciones jurídicos establecidos, como la expresión de convicciones compartidas.

En lo que atañe a los derechos y obligaciones jurídicos, resume los principios jurídicos esenciales que más inciden en el bienestar de las personas afectadas por situaciones de desastre o de conflicto armado. Con respecto a las convicciones compartidas, procura expresar el consenso existente entre las organizaciones humanitarias sobre los principios por los que se deben regir las respuestas en casos de desastre o de conflicto armado, y definir las funciones y responsabilidades de los diversos actores involucrados.

La Carta Humanitaria es la piedra angular del compromiso asumido por las organizaciones humanitarias que se adhieren al Proyecto Esfera y una invitación a todos quienes participan en la acción humanitaria para que adopten dichos principios.

La Carta Humanitaria

Nuestras convicciones

1. La Carta Humanitaria expresa nuestra convicción común, como organizaciones humanitarias, de que todas las personas afectadas por un desastre o un conflicto armado tienen derecho a recibir la protección y la asistencia que garanticen las condiciones básicas para vivir con dignidad. Creemos que los principios descritos en la Carta Humanitaria son universales y se aplican a todas las personas afectadas por un desastre o un conflicto armado, dondequiera que se encuentren, así como a quienes procuran asistirles y brindarles seguridad. Estos principios están incorporados en el derecho internacional, pero su fuerza dimana, en última instancia, del principio moral fundamental de **humanidad**, que establece que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. Fundándonos en este principio, afirmamos la primacía del **imperativo humanitario:** hay que actuar para prevenir y aliviar el sufrimiento humano causado por los desastres o los conflictos armados y nada puede prevalecer sobre este principio.

Como organizaciones humanitarias locales, nacionales e internacionales, nos comprometemos a promover y respetar los principios de esta Carta, y a observar las normas mínimas en la labor que desempeñamos para prestar asistencia y protección a las personas afectadas por un desastre o un conflicto armado. Invitamos a todos los que participan en actividades humanitarias, incluidos los

actores gubernamentales y del sector privado, a que se adhieran a los principios, derechos y deberes comunes enunciados más adelante como la expresión de nuestras convicciones humanitarias compartidas.

Nuestra función

2. Reconocemos que las personas afectadas por desastres o conflictos armados subvienen a sus necesidades básicas ante todo gracias a su propio esfuerzo, así como al apoyo de las instituciones comunitarias y locales. Reconocemos que es primordialmente la función y la responsabilidad del Estado afectado brindar asistencia oportuna a las personas afectadas, asegurar su protección y su seguridad, y prestarles la ayuda necesaria para que puedan recuperarse. Creemos que es primordial conjugar las acciones de las autoridades oficiales y de los voluntarios con miras a lograr una prevención y respuesta eficaces y, en este sentido, las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y otros actores de la sociedad civil tienen una función esencial que desempeñar en apoyo de las autoridades públicas. Afirmamos el cometido que puede asumir la comunidad internacional en su conjunto, incluidos los gobiernos donantes y las organizaciones regionales, a fin de ayudar a los Estados a cumplir sus responsabilidades cuando la capacidad nacional es insuficiente. Reconocemos y respaldamos las funciones especiales que desempeñan los organismos bajo mandato de las Naciones Unidas y el Comité Internacional de la Cruz Roja.

3. Como organizaciones humanitarias, definimos nuestra función en relación con las necesidades y capacidades de las poblaciones afectadas y las responsabilidades de sus gobiernos o de las potencias bajo cuyo control se encuentran. Nuestro cometido, al prestar asistencia, pone en evidencia el hecho de que a quienes incumbe en primer término esa responsabilidad no siempre tienen la capacidad para asumir esa función o no desean asumirla. En la medida de lo posible, y de conformidad con el imperativo humanitario y otros principios enunciados en la presente Carta, apoyaremos los esfuerzos de las autoridades competentes para proteger y asistir a las personas afectadas. Exhortamos a todos los actores estatales y no estatales a que respeten el cometido imparcial, independiente y sin partidismos de las organizaciones humanitarias y a que faciliten su labor suprimiendo las barreras innecesarias a nivel jurídico y práctico, velando por su seguridad y permitiéndoles un acceso oportuno y constante a las poblaciones afectadas.

Principios, derechos y obligaciones comunes

4. Ofrecemos nuestros servicios como organizaciones humanitarias sobre la base del principio de humanidad y del imperativo humanitario, reconociendo los derechos de todas las personas afectadas por un desastre o un conflicto armado

—mujeres, hombres, niños y niñas—. Éstos incluyen los derechos a la protección y a la asistencia recogidos en las disposiciones del derecho internacional humanitario, los derechos humanos y el derecho de los refugiados. A los fines de la presente Carta, resumimos estos derechos de la siguiente manera:

- ***el derecho a vivir con dignidad;***
- ***el derecho a recibir asistencia humanitaria;***
- ***el derecho a la protección y a la seguridad.***

Aunque estos derechos no están formulados en los mismos términos en el derecho internacional, reflejan toda una serie de derechos jurídicos aceptados y concretizan el imperativo humanitario.

5. El **derecho a vivir con dignidad** se recoge en las disposiciones del derecho internacional, particularmente en las que atañen a los derechos humanos relativos al derecho a la vida, al derecho a un nivel de vida adecuado y al derecho a no ser sometido a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. El derecho a la vida conlleva el deber de preservar la vida si ésta se ve amenazada, lo que lleva implícito el deber de no rehusar ni impedir que se preste la asistencia necesaria para salvar vidas. La dignidad va más allá del bienestar físico; exige el respeto de la persona, con inclusión de los valores y las creencias de los individuos y las comunidades, y el respeto de los derechos humanos que les corresponden, entre ellos la libertad, la libertad de conciencia y las prácticas religiosas.

6. El **derecho a recibir asistencia humanitaria** es un elemento indispensable del derecho a vivir con dignidad. Abarca el derecho a un nivel de vida adecuado, lo que incluye alimentos y agua en calidad y cantidad suficiente y una vivienda adecuada, así como los medios necesarios para mantener la salud, todos ellos elementos que se garantizan expresamente en el derecho internacional. Las normas esenciales y las normas mínimas de Esfera reflejan esos derechos y los trasponen a la práctica, específicamente en relación con la asistencia que se presta a las personas afectadas por un desastre o un conflicto armado. Cuando el Estado o los actores no estatales no aportan directamente esa asistencia, deben permitir que otros lo hagan. Esta asistencia debe brindarse conforme al principio de **imparcialidad,** lo que significa que ha de proporcionarse únicamente según las necesidades y en proporción a éstas. Ello se deriva del principio más general de **no discriminación:** nadie debe ser discriminado por motivos de edad, género, raza, color, etnia, orientación sexual, idioma, religión, discapacidad, estado de salud, opiniones políticas o de otra índole, ni por su nacionalidad u origen social.

7. El **derecho a la protección y a la seguridad** está anclado en las disposiciones del derecho internacional, en las resoluciones de las Naciones Unidas y otras organizaciones intergubernamentales, y en la responsabilidad soberana de los Estados de proteger a toda persona que se encuentre bajo su jurisdicción. La seguridad de las personas en situaciones de desastre o de conflicto armado, como la protección de los refugiados y de los desplazados internos, es un motivo de particular preocupación para las organizaciones humanitarias. El derecho reconoce que ciertas personas pueden ser particularmente vulnerables a los abusos y a la discriminación debido, por ejemplo, a su edad, género o raza, y pueden requerir medidas especiales de protección y asistencia. Si un Estado carece de la capacidad para proteger a las personas en tales circunstancias, creemos que debe solicitar asistencia internacional para hacerlo.

El derecho aplicable a la protección de los civiles y las personas desplazadas requiere aquí particular atención.

(i) Durante un **conflicto armado**, tal como se define en el derecho internacional humanitario, se toman disposiciones jurídicas específicas relativas a la protección y a la asistencia que debe conferirse a las personas que no participan en las hostilidades. En particular, los Convenios de Ginebra de 1949 y sus Protocolos adicionales de 1977, imponen obligaciones a las partes en los conflictos armados internacionales y no internacionales. Hemos de subrayar la inmunidad general contra los ataques y las represalias de la que goza la población civil, y en particular la importancia del principio **de distinción** entre civiles y combatientes y entre bienes de carácter civil y objetivos militares; los principios de **proporcionalidad** en el uso de la fuerza y de **precaución** en los ataques (la obligación de abstenerse de utilizar armas de efectos indiscriminados o que, por su naturaleza, causen males superfluos o sufrimientos innecesarios), así como la obligación de permitir que se preste socorro de manera imparcial. Gran parte de los sufrimientos evitables causados a los civiles en los conflictos armados se derivan de la inobservancia de esos principios básicos.

(ii) El **derecho a buscar asilo o refugio** sigue siendo vital para la protección de las personas que son objeto de persecución o violencia. Con frecuencia las personas afectadas por un desastre o por un conflicto armado se ven forzadas a huir de sus hogares en busca de seguridad y de medios de subsistencia. Las disposiciones de la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951 (enmendada) y de otros tratados internacionales y regionales contienen salvaguardas fundamentales para las personas que no pueden obtener protección del Estado de su nacionalidad o residencia y se ven forzadas a buscar refugio en otro país. Entre ellas se destaca el principio de **no devolución**, por el cual ninguna persona puede ser

devuelta a un país donde su vida, su libertad o su seguridad física puedan verse amenazadas, o donde exista la probabilidad de que sea sometida a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. El mismo principio se aplica, por extensión, a los desplazados internos, tal como se prevé en el derecho internacional de los derechos humanos y se explica en mayor detalle en los Principios Rectores de los Desplazamientos Internos de 1998 y en la legislación regional y nacional al respecto.

Nuestro compromiso

8. Ofrecemos nuestros servicios con la convicción de que las poblaciones afectadas están en el centro de la acción humanitaria, y reconocemos que su participación activa es esencial para que podamos prestarles asistencia de la manera que mejor se adapte a sus necesidades, incluidas las necesidades de las personas vulnerables y de aquellas que están socialmente excluidas. Procuraremos apoyar los esfuerzos locales para prevenir los desastres y los efectos de los conflictos, estar preparados para cuando ocurren y responder a ellos, así como para fortalecer la capacidad de los actores locales a todos los niveles.

9. Somos conscientes de que los esfuerzos por brindar asistencia humanitaria pueden ocasionalmente tener efectos adversos involuntarios. En colaboración con las autoridades y las comunidades afectadas, procuramos reducir al mínimo cualquier efecto negativo de la acción humanitaria sobre las comunidades locales o sobre el medio ambiente. Con respecto a los conflictos armados, reconocemos que la manera en que se presta la asistencia humanitaria puede hacer que los civiles sean más vulnerables a los ataques o, en ocasiones, acarrear ventajas no deseadas a una o varias de las partes en el conflicto. Nos comprometemos a reducir a un mínimo ese tipo de efectos adversos, ateniéndonos en todo momento a los principios antes enunciados.

10. Actuaremos de acuerdo con los principios de la acción humanitaria expuestos en la presente Carta y siguiendo específicamente *el Código de conducta relativo al socorro en casos de desastre para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y las organizaciones no gubernamentales* (1994).

11. Las normas esenciales y las normas mínimas de Esfera concretizan en la práctica los principios comunes de la presente Carta, sobre la base de lo que las organizaciones consideran necesidades mínimas para vivir con dignidad y de la experiencia que han adquirido en la prestación de asistencia humanitaria. Aunque el cumplimiento de las normas depende de una serie de factores, muchos de los cuales pueden escapar a nuestro control, nos comprometemos a tratar de alcanzarlas sistemáticamente y esperamos rendir cuentas al respecto. Invitamos a todas las partes, entre ellas a los gobiernos afectados, los gobiernos

donantes, las organizaciones internacionales, los actores privados y no estatales, a que adopten las normas esenciales y las normas mínimas de Esfera como normas consagradas.

12. Al adherirse a las normas esenciales y a las normas mínimas nos comprometemos a hacer todo lo posible por que las personas afectadas por un desastre o un conflicto armado puedan gozar al menos de condiciones mínimas para vivir con dignidad y seguridad, entre éstas cabe destacar el acceso a una cantidad suficiente de agua, al saneamiento, a los alimentos, a la nutrición, al alojamiento y a la atención de salud. Con este fin, seguiremos abogando para que los Estados y los demás actores cumplan las obligaciones morales y jurídicas que les incumben con respecto a las poblaciones afectadas. Por nuestra parte, nos comprometemos a hacer que nuestras respuestas y acciones sean más eficaces, apropiadas y responsables mediante evaluaciones sólidas y el seguimiento de la evolución del contexto local; mediante la transparencia de la información y la toma de decisiones, y mediante la coordinación y la colaboración más eficaces con otros actores pertinentes a todos los niveles, como se expone en la normas esenciales y las normas mínimas. Nos comprometemos, en particular, a trabajar en asociación con las poblaciones afectadas, poniendo énfasis en su participación en las respuestas. Reconocemos que debemos rendir cuentas principalmente a todas las personas a las que procuramos prestar asistencia.

Principios de protección

Cómo utilizar la información de este capítulo

La acción humanitaria reposa sobre dos grandes pilares: la protección y la asistencia. Gran parte de este manual, en particular los capítulos técnicos, está dedicada a la asistencia. El presente capítulo versa sobre la protección y, fundándose en la Carta Humanitaria, examina cómo las organizaciones humanitarias pueden contribuir a la protección de las personas amenazadas por la violencia o la coerción. En términos generales, se aborda el papel que pueden desempeñar las organizaciones para garantizar que se respeten y se hagan valer los derechos enunciados en la Carta, con inclusión del derecho a la asistencia.

El capítulo está dividido en dos secciones:

- Una **introducción** en la que se describen las responsabilidades generales de todos los actores que están involucrados en las respuestas humanitarias para ayudar a proteger a las poblaciones afectadas y velar por el respeto de sus derechos.
- Una parte consagrada a los cuatro **principios de protección** en los que se sustenta toda la acción humanitaria y que abarcan los elementos básicos de la protección en el contexto de las respuestas humanitarias. Cada uno de esos principios va acompañado de notas de orientación que explican más en detalle el papel de las organizaciones humanitarias en materia de protección.

Finalmente, una lista de documentos de referencia remite a otras normas y materiales relativos a ámbitos de protección específicos.

ÍNDICE

Introducción 33

Los principios de protección 37

Referencias y lecturas complementarias 49

Carta Humanitaria
Principios de protección
Principio 1
Evitar exponer a las personas a daños adicionales como resultado de nuestras acciones
Principio 2
Velar por que las personas tengan acceso a una asistencia imparcial
Principio 3
Proteger a las personas de los daños físicos y psíquicos causados por la violencia y la coerción
Principio 4
Ayudar a las personas a reivindicar sus derechos, obtener reparación y recuperarse de los efectos de los abusos sufridos
Referencias y lecturas complementarias

Introducción

Protección y respuesta humanitaria

La protección se aplica a la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas afectadas por los desastres o los conflictos armados. La Carta Humanitaria resume algunos de los derechos más fundamentales involucrados en las respuestas humanitarias. Este capítulo versa sobre cómo esos derechos deben plasmarse en la práctica de la acción humanitaria desde la perspectiva de la protección y, específicamente, sobre cómo las organizaciones pueden hacerlo para no exponer a las poblaciones afectadas a daños adicionales y ayudarlas a lograr un mayor grado de seguridad y protección.

En este contexto, las preocupaciones humanitarias esenciales en materia de protección son asegurar que no se ejerza ningún tipo de violencia ni de coerción contra las personas y que no se las prive deliberadamente de los medios necesarios para subsistir dignamente.

De estas preocupaciones dimanan los **cuatro principios básicos de protección** que inspiran toda acción humanitaria:

1. **Evitar exponer a las personas a daños adicionales como resultado de nuestras acciones.**
2. **Velar por que las personas tengan acceso a una asistencia imparcial, de acuerdo con sus necesidades y sin discriminación.**
3. **Proteger a las personas de los daños físicos y psíquicos causados por la violencia y la coerción.**
4. **Ayudar a las personas a reivindicar sus derechos, obtener reparación y recuperarse de los efectos de los abusos sufridos.**

En las respuestas humanitarias, estos cuatro principios corresponden a las amenazas más graves que suelen enfrentar las personas en tiempo de conflicto o de desastre. Las notas de orientación hacen referencia a las responsabilidades y opciones que ello supone para las organizaciones, y abordan las necesidades particulares de protección.

Los cuatro principios de protección se derivan del resumen de derechos formulados en la Carta Humanitaria: el derecho a vivir con dignidad, el derecho a la asistencia humanitaria y el derecho a la protección y a la seguridad.

Entender los principios de protección

A continuación se presenta una breve guía para la interpretación de los principios de protección.

Principio 1 (evitar causar daños): está enfocado en los problemas de protección que pueden ser causados o exacerbados por la respuesta humanitaria. Como se expresa en la Carta, los actores que participan en la respuesta humanitaria deben hacer todo lo posible para evitar exponer a las personas afectadas por un desastre o un conflicto armado a daños adicionales, como sería el caso, por ejemplo, si se instalara un asentamiento para personas desplazadas en una zona insegura.

Principio 2 (velar por que las personas tengan acceso a una asistencia imparcial): versa sobre la responsabilidad de velar por que se preste asistencia humanitaria a todos los que la necesiten, en particular las personas más vulnerables y las que son excluidas por razones políticas o de otra índole. Una preocupación mayor en el ámbito de la protección es que se rechace el acceso a la asistencia a quienes la necesitan. Esto puede incluir, entre otras cosas, que se deniegue el acceso en condiciones seguras a las organizaciones humanitarias que desean prestar asistencia.

Principio 3 (proteger a las personas de la violencia): tiene que ver con la protección de las personas frente a los actos de violencia y la protección para evitar que se vean forzadas o inducidas a actuar contra su voluntad (por ejemplo a tomar las armas), sean expulsadas por la fuerza de un lugar o se les impida dejarlo, y se vean sometidas a castigos o tratos degradantes. Tiene que ver con la prevención o mitigación de daños físicos y psíquicos, incluidas la propagación de temores y la provocación deliberada de una situación de terror o pánico.

Principio 4 (ayudar a las personas a reivindicar sus derechos, obtener reparación y recuperarse de los abusos sufridos): se refiere al cometido de las organizaciones humanitarias de ayudar a las personas afectadas a reivindicar sus derechos y obtener una reparación, compensación o restitución de su propiedad. También incluye ayudar a las personas a superar los efectos de violaciones y de abusos físicos y psíquicos, sociales y económicos en general, y a recuperarse de ellos.

Junto con sus respectivas notas de orientación, los cuatro principios de protección describen lo que pueden y deben hacer las organizaciones humanitarias para contribuir a proteger a las poblaciones afectadas por un desastre. Pero es esencial destacar que las funciones y responsabilidades de las organizaciones en este contexto son generalmente secundarias. Como lo estipula la Carta, esas funciones han de verse en relación con la obligación primordial del Estado u otras autoridades competentes, por ejemplo las partes en un conflicto que controlan u ocupan el territorio. Dichas autoridades detentan la responsabilidad oficial y legal

del bienestar de la población en el ámbito de su territorio o de su control y, más generalmente, de la seguridad de la población civil en los conflictos armados.

En definitiva, dichas autoridades son las que disponen de los medios de acción y disuasión para garantizar la seguridad de la población afectada. La función clave de las organizaciones es alentarlas y persuadirlas para que lo hagan y ayudar a las personas a superar las consecuencias cuando las autoridades no cumplen con su responsabilidad.

Poner en práctica los principios de protección

Para cumplir las normas enunciadas en este Manual, todas las organizaciones humanitarias han de guiarse por los principios de protección, incluso si no tienen un mandato de protección explícito o no son especialistas en la materia. Los principios no son 'absolutos': se admite que las circunstancias pueden determinar en qué medida las organizaciones pueden aplicarlos. En particular, es posible que algunos aspectos del principio 3 excedan las posibilidades de una organización. No obstante, los principios expresan preocupaciones humanitarias universales que deben guiar la acción en todo momento.

Algunas organizaciones humanitarias tienen mandatos de protección o funciones específicas con respecto a los grupos vulnerables. Varias de ellas llevan a cabo actividades de protección, sea como programas o proyectos independientes, sea en el marco de las respuestas de un «grupo de protección interinstitucional» o un «sector de protección» con recursos asignados a ese fin y personal especializado. En 2011, el Grupo de trabajo temático sobre la protección, de alcance mundial, prevé una estructura de coordinación con puntos focales para los siguientes ámbitos:

- la protección de los niños;
- la violencia por motivos de género;
- la vivienda, la tierra y el patrimonio;
- la acción contra las minas;
- el estado de derecho y la justicia.

Esta lista comprende sólo algunas de las áreas específicas de protección. No es, pues, exhaustiva y es preciso admitir que hay muchas otras preocupaciones específicas con relación a la protección. Para algunas de estas y otros ámbitos de protección –como la protección de los civiles y los desplazados internos o la protección durante los desastres naturales— otras iniciativas, independientes de Esfera, han elaborado normas y directrices específicas. Dichas normas están enumeradas al final de este capítulo en la sección de Referencias y lecturas complementarias; el presente capítulo tiene por finalidad complementarlas.

Diferentes tipos de actividades de protección

Los cuatro principios de protección se aplican tanto a actividades específicas de protección como a la acción humanitaria en general, aunque las actividades puedan diferir. Las actividades de protección de todas las organizaciones humanitarias pueden clasificarse en términos generales en tres tipos de actividad interdependientes que pueden llevarse a cabo simultáneamente:

- ***Actividades de prevención:*** **apuntan a evitar que se materialicen amenazas físicas o se abuse de los derechos** de las personas afectadas o a reducir la vulnerabilidad o la exposición de éstas a tales amenazas y abusos. La prevención de las amenazas también abarca los esfuerzos tendentes a fomentar el respeto por los derechos de las mujeres, los hombres, las niñas y los niños de todas las edades, de conformidad con lo estipulado en el derecho internacional.
- ***Actividades de respuesta:*** **detienen las violaciones que se producen,** respondiendo a incidentes de violencia y otros abusos de los derechos.
- ***Actividades correctivas:*** **remedian los abusos actuales o pasados,** mediante medidas de reparación y rehabilitación, ofreciendo atención de salud, apoyo psicosocial, asistencia jurídica u otros servicios y tipos de apoyo, y ayudando a las poblaciones afectadas a obtener reparación y a reivindicar sus derechos.

Un elemento común que vincula estos tres tipos de actividad es la defensa de los derechos de las personas, sea a nivel público o bien privado. Las amenazas que pesan sobre los grupos de población afectados provienen de decisiones, acciones o políticas deliberadas, y muchas de las acciones con fines de protección apuntan a promover cambios de comportamiento y cambios de política. Un factor crucial en los esfuerzos por propiciar este tipo de cambios es que las organizaciones humanitarias y otras entidades, tales como las organizaciones de derechos humanos, aboguen en favor de dichos cambios. Puede ocurrir que las organizaciones humanitarias se encuentren ante el dilema de denunciar los abusos y preservar su presencia operacional. De la forma en que resuelvan este dilema dependerá si asumen o no la defensa de una causa dada y, si lo hacen, de qué manera.

Si deciden hacerlo, su éxito depende en general de la fiabilidad de las pruebas que presenten, del análisis de las partes involucradas y de un análisis exhaustivo de la situación. En este contexto existe una vinculación con la norma sobre evaluación, que forma parte de las normas esenciales (véase la norma esencial 3, página 67). Como se explica en las notas de orientación más abajo, la presentación de pruebas que permitan identificar la fuente de información, tales como declaraciones de testigos, puede ser un asunto sumamente delicado dado que puede poner en peligro a esas personas, por lo que debe actuarse con extrema prudencia (véase el principio de protección 1, nota de orientación 8).

Principios de protección

Principio de protección 1: evitar exponer a las personas a daños adicionales como resultado de nuestras acciones

Los actores involucrados en una respuesta humanitaria toman medidas para evitar o reducir al mínimo los efectos negativos de su respuesta, en particular el riesgo de exponer a las personas a un mayor peligro o a un abuso de sus derechos.

Este principio abarca los siguientes elementos:

- El tipo de asistencia humanitaria y el entorno en el cual se presta no exponen a las personas a peligros físicos, a la violencia o a otras violaciones de sus derechos.
- Las actividades de asistencia y protección no socavan la capacidad de auto-protección de la población afectada.
- Las organizaciones humanitarias tratan información sensible sin poner en peligro la seguridad de los informantes ni de otras personas que puedan ser identificadas a partir de la información.

Notas de orientación

Evaluar la situación y anticipar las consecuencias de la acción humanitaria en la seguridad y el bienestar de la población afectada por el desastre.

1. ***Evitar ser cómplice*** de los abusos de derechos. Puede resultar difícil emitir un juicio o tomar una decisión, por ejemplo acerca de si es oportuno prestar asistencia a personas detenidas en campamentos contra su voluntad. Los juicios de este tipo deben formularse caso por caso, pero es esencial reexaminarlos posteriormente, cuando cambian las circunstancias.
2. ***Lista de verificación:*** al analizar las actividades, es necesario reflexionar periódicamente, con ayuda de la lista no exhaustiva de preguntas que sigue (lista de verificación), tanto sobre la respuesta humanitaria en su conjunto como sobre las acciones específicas:

    - ¿En qué benefician nuestras actividades a la población afectada?

- ¿Qué consecuencias involuntarias adversas podrían tener nuestras actividades para la seguridad de las personas, y cómo podríamos evitar o minimizar dichas consecuencias?
- ¿Toman nuestras actividades en cuenta las eventuales amenazas que pesan sobre la población afectada? ¿Podrían socavar los esfuerzos que ésta realiza para protegerse a sí misma?
- ¿Discriminan las actividades a algún grupo, o pueden ser percibidas como discriminatorias? ¿Protegen los derechos de las personas que históricamente han sido marginadas o discriminadas?
- ¿Cuáles serán las repercusiones de brindar protección a esos grupos y promover sus derechos en las relaciones dentro de la comunidad y fuera de ésta?
- ¿Podrían las actividades exacerbar las divisiones existentes en la comunidad o entre comunidades vecinas?
- ¿Podrían nuestras actividades empoderar inadvertidamente a grupos armados u otros actores, o fortalecer su posición?
- ¿Podrían las actividades ser explotadas por grupos delictivos?

3. ***Consultar a diferentes sectores*** de la población afectada –o a las organizaciones que gozan de su confianza– al evaluar las consecuencias tanto positivas como potencialmente negativas de la respuesta en su conjunto y de las actividades específicas.

4. ***La forma en que se presta la asistencia*** puede aumentar la vulnerabilidad a los ataques. Por ejemplo, artículos valiosos como las raciones de alimentos secos pueden ser objeto de saqueo y poner así a sus destinatarios en peligro de sufrir daños y privaciones. Cuando el riesgo sea elevado, será conveniente pensar en proveer distintas formas de asistencia (por ejemplo, distribuir alimentos preparados en cocinas o centros de alimentación). Se debe consultar a las comunidades afectadas sobre la forma de asistencia que prefieren.

5. ***El entorno en el cual se brinda la asistencia*** debe ser lo más seguro posible para las personas concernidas. No se debe forzar a las personas necesitadas a viajar a lugares peligrosos o a atravesar zonas peligrosas para recibir ayuda. Si se establecen campamentos o asentamientos humanos, éstos deben estar situados lejos de las zonas objeto de ataques u otras amenazas y hay que tomar medidas apropiadas para garantizar la mayor seguridad posible a sus habitantes.

Autoprotección de las personas afectadas

6. ***Es importante conocer por qué medios*** las personas tratan de protegerse a sí mismas, a sus familiares y a sus comunidades. Es preciso apoyar las iniciativas comunitarias de autoayuda (véase el principio de protección 3, notas de orientación 13-14). La respuesta de las organizaciones humanitarias no debe socavar la capacidad de las personas de protegerse a sí mismas y a otros, por ejemplo trasladándose a zonas más seguras y evitando entrar en contacto con grupos armados.

7. ***Necesidades de subsistencia:*** ayudar a las personas a buscar medios más seguros para satisfacer sus necesidades de subsistencia. Por ejemplo, se les puede suministrar agua, leña u otro tipo de combustible para cocinar, de modo que puedan satisfacer sus necesidades cotidianas sin tener que recorrer trayectos penosos y peligrosos. Esto puede ser particularmente valioso para las personas de edad, las mujeres, los niños y las personas con discapacidad.

Gestionar información sensible

8. ***Los datos relacionados con la protección*** pueden ser sensibles. Es esencial que las organizaciones humanitarias dispongan de políticas y procedimientos claros para guiar a los miembros de su personal sobre la forma en que deben actuar en caso de que sean testigos de abusos o tomen conocimiento de ellos, y sobre la forma confidencial de tratar dichas informaciones. Se debe impartir instrucciones al personal acerca del procedimiento apropiado para informar sobre incidentes de los que hayan sido testigos o sobre los que reciban denuncias.

9. ***Transmisión de información sensible:*** se debe considerar la posibilidad de transmitir la información sobre abusos a actores que tengan el mandato de protección correspondiente. Dichos actores tal vez se encuentran presentes en zonas distintas de la zona en la que se obtuvo la información.

10. ***Política sobre la transmisión de información sensible:*** es necesario formular la política que ha de aplicarse en la notificación de incidentes y el análisis de las tendencias. La política debe especificar cómo tratar información sensible y en qué circunstancias ésta puede remitirse a otras instancias. En la medida de lo posible, las organizaciones deben obtener el consentimiento de las personas concernidas para usar dicha información. Toda transmisión de información no debe poner en peligro la fuente de información ni a las personas a las cuales se la remite.

11. ***Información sobre abusos y violaciones de derechos específicos:*** esta información se recopilará solamente si se tiene claro el uso que se le va a dar y, conforme a ello, se define el grado de detalle requerido. Sólo las organizaciones con un mandato de protección o que dispongan de la

capacidad, competencia, sistemas y protocolo necesarios pueden recabar dicha información. La recopilación de este tipo de información está sujeta a la condición de que las personas involucradas otorguen su consentimiento informado y, en todos los casos, es indispensable su consentimiento para comunicar dicha información a terceros.

12. ***Es necesario evaluar la posible reacción del gobierno*** u otras autoridades frente a la recopilación y el uso de información sobre abusos. Es posible que haya que ponderar la necesidad de continuar las operaciones con la necesidad de usar esa información. A este respecto, puede que las diferentes organizaciones humanitarias se inclinen por distintas decisiones.

Principio de protección 2: velar por que las personas tengan acceso a una asistencia imparcial, de acuerdo con sus necesidades y sin discriminación

Las personas tienen acceso a la asistencia humanitaria de acuerdo con sus necesidades y sin sufrir discriminación adversa. No se niega la asistencia a las personas que la necesitan, y se da acceso a las organizaciones humanitarias en condiciones apropiadas para que puedan cumplir las normas de Esfera.

Este principio abarca los siguientes elementos:

- Hay que garantizar el acceso a la asistencia humanitaria a todos los sectores de la población afectada.
- Es imperativo impugnar cualquier privación deliberada de los medios de subsistencia a un sector de la población invocando la legislación pertinente y los principios humanitarios generales enunciados en la Carta Humanitaria.
- Las personas afectadas reciben apoyo según sus necesidades y no se las discrimina por ningún motivo.

Notas de orientación

Garantizar el acceso

1. ***Cuando la población afectada no es capaz de satisfacer sus necesidades básicas,*** y las autoridades competentes no están en condiciones por sí mismas de prestarle la asistencia necesaria, dichas autoridades no deben denegar el acceso a las organizaciones humanitarias imparciales para que puedan prestar asistencia. Tal denegación puede constituir una violación del derecho internacional, particularmente en situaciones de conflicto armado.

2. ***Supervisar el acceso:*** supervisar atentamente el acceso de la población afectada a la asistencia humanitaria, sobre todo el de las personas más vulnerables.

3. ***El acceso a la asistencia humanitaria está estrechamente ligado a la libertad de movimiento*** (véase el principio de protección 3, notas de orientación 7-9). La supervisión del acceso debe tomar nota de obstáculos tales como puestos de control, bloqueos o la presencia de minas terrestres. En situaciones de conflicto armado, las partes pueden establecer puestos de control, pero esas barreras no deben discriminar a ciertas categorías de personas afectadas ni impedir el acceso de personas a la asistencia humanitaria. Es esencial tomar las medidas que corresponden para garantizar un acceso equitativo a las personas afectadas en regiones remotas o inaccesibles.

4. ***Medidas específicas para facilitar el acceso de grupos vulnerables:*** es importante que se adopten medidas específicas, teniendo en cuenta la situación, las características sociales y culturales y los patrones de comportamiento de las comunidades. Las medidas pueden incluir la construcción de espacios seguros para quienes hayan sido víctimas de abusos tales como violación o trata de personas, o la instalación de ayudas que faciliten el acceso a las personas con discapacidad, prestando atención a que ninguna de estas medidas conduzca a la estigmatización de esos grupos de personas (véase la norma esencial 3, notas de orientación 5-6).

Cómo actuar ante la denegación de asistencia o la privación del acceso a los medios de subsistencia

5. ***El derecho a recibir asistencia humanitaria:*** como se expone en la Carta Humanitaria, la población afectada tiene derecho a recibir asistencia humanitaria. Este derecho dimana de una serie de disposiciones y normas jurídicas que forman parte del derecho internacional. Más concretamente, el derecho internacional humanitario contiene diversas disposiciones sobre el acceso a la asistencia y la «protección de los bienes indispensables para la supervivencia de la población civil» (Protocolos adicionales de 1977 a los Convenios de Ginebra de 1949). Se invita a las organizaciones humanitarias a promover el respeto de dichas disposiciones (véase también el principio de protección 3, notas de orientación 3-4).

Garantizar la no discriminación

6. ***Imparcialidad:*** las organizaciones humanitarias solamente priorizarán a las personas afectadas a las que prestan asistencia según sus necesidades y la asistencia será proporcional al sufrimiento que se procura mitigar. Éste es el principio de imparcialidad consagrado en el Código de conducta relativo al socorro en casos de desastre para el Movimiento Internacional de la

Cruz Roja y de la Media Luna Roja y las organizaciones no gubernamentales (véanse el anexo 2, página 417 y también la Carta Humanitaria). Las organizaciones humanitarias no deben enfocarse única y exclusivamente en un grupo particular (por ejemplo, en las personas desplazadas en campamentos) si ello perjudica a otro sector de la población afectada.

7. ***Las personas afectadas no necesitan tener un estatuto jurídico determinado*** para recibir asistencia humanitaria y protección.

Principio de protección 3: proteger a las personas de los daños físicos y psíquicos causados por la violencia y la coerción.

Las personas están protegidas de ser objeto de violencia, de ser forzadas o inducidas a actuar contra su voluntad y del temor a padecer esos abusos.

Este principio abarca los siguientes elementos:

- Tomar todas las disposiciones razonables para que la población afectada no se vea sometida a un ataque violento, ya sea negociando con la fuente de la amenaza, o bien ayudando a las personas a evitar la amenaza.
- Tomar todas las disposiciones razonables para que la población afectada no se vea sometida a coerción, es decir, para que no sea forzada o inducida a actuar contra su voluntad de manera que le ocasione daños o viole sus derechos (por ejemplo su libertad de movimiento).
- Apoyar los esfuerzos de la propia población afectada para preservar su seguridad y restablecer su dignidad, incluidos los mecanismos comunitarios de autoayuda.

Notas de orientación

Protección frente a la violencia y la coerción

1. ***La responsabilidad primordial de proteger a la población*** de las amenazas a su vida y seguridad incumbe a los gobiernos y a otras autoridades competentes (véase la Carta Humanitaria). En tiempo de conflicto armado, las partes en el conflicto tienen el deber de proteger a la población civil y a quienes han depuesto las armas. Analizando la situación desde el punto de vista de los riesgos y amenazas que presenta para la población, las organizaciones humanitarias deben establecer quién tiene la responsabilidad jurídica y/o la capacidad real de dar protección.

2. ***Ayudar a reducir otras amenazas:*** esto incluye prestar asistencia a la población de manera que esté más segura, apoyando los esfuerzos que realiza para preservar su seguridad y tomando medidas (por ejemplo, de defensa de sus derechos) para reducir su exposición a los riesgos.

3. ***Seguimiento e información:*** las organizaciones humanitarias deben considerar la posibilidad de encargarse de hacer el seguimiento de las violaciones graves de los derechos e informar al respecto. También deben abogar por los derechos de las poblaciones afectadas ante las autoridades competentes y otros actores, recordándoles sus obligaciones en ese sentido. Pueden valerse de diferentes tipos de acción, como la diplomacia, el cabildeo y las campañas públicas, sin olvidar las precauciones recomendadas para la gestión de información sensible (véase el principio de protección 1).

4. ***Durante un conflicto armado,*** es importante que las organizaciones humanitarias evalúen la posibilidad de supervisar las instituciones específicamente protegidas por el derecho internacional humanitario, tales como escuelas y hospitales, e informar sobre cualquier ataque contra ellas. Asimismo, las organizaciones deben esforzarse por reducir los riesgos y las amenazas de secuestro o reclutamiento forzoso que puedan ocurrir en esos lugares.

5. ***Donde los restos explosivos constituyen una amenaza para la población afectada,*** es indispensable que las organizaciones humanitarias coordinen sus esfuerzos con las autoridades gubernamentales competentes y los organismos especializados en la remoción de minas terrestres y municiones sin estallar. Esta amenaza puede presentarse en particular cuando las poblaciones regresan a sus lugares de origen al término de un conflicto armado.

6. ***Los políticos, los encargados de hacer cumplir la ley y los militares*** desempeñan un papel muy importante en la protección de las personas contra los abusos y violaciones de sus derechos. En definitiva, es en el ámbito político en el que pueden hallarse las soluciones a los problemas relacionados con la protección, y las preocupaciones que plantean. Las instituciones encargadas del orden y la seguridad, por ejemplo la policía y las fuerzas armadas, incluidas las fuerzas de mantenimiento de la paz, pueden y deben desempeñar un papel importante en los esfuerzos por garantizar la seguridad física de las poblaciones en riesgo. Las organizaciones pueden alertar a las instancias pertinentes acerca de las violaciones de los derechos que tienen lugar. Las respuestas ante los contingentes militares, los oficiales que los comandan o las autoridades bajo cuyo control operan pueden constituir un paso fundamental para poner término a las violaciones cometidas por las fuerzas armadas.

Libertad de movimiento

7. ***Las personas no deben ser forzadas a ir a*** un lugar que no desean (por ejemplo, un campamento) o a permanecer en él, ni se les deben imponer restricciones innecesarias a sus desplazamientos. Sólo debe restringirse su libertad de movimiento y su elección del lugar de residencia si hay serias razones de seguridad o de salud, y las restricciones deben ser proporcionales a su objetivo. En todo momento las personas afectadas por un conflicto o un desastre tienen derecho a solicitar asilo.

8. ***Evacuaciones:*** las organizaciones humanitarias sólo deben participar en una evacuación como medida excepcional en circunstancias extremas, cuando sólo de este modo se les puede prestar asistencia o protección urgentes frente a una grave amenaza para su vida, seguridad y salud.

9. ***No se debe incitar a la población afectada a que permanezca en un lugar peligroso,*** ni se debe promover su regreso o reasentamiento si no tienen pleno acceso a toda la información necesaria sobre las condiciones existentes en esas zonas.

Factores particulares de vulnerabilidad a la violencia y la coerción

10. ***Personas vulnerables:*** es primordial prestar especial atención a los factores individuales, sociales y contextuales para identificar a las personas más susceptibles a ciertos riesgos y amenazas. Es posible que se requieran medidas especiales para proteger a las personas que hacen frente a riesgos particulares, incluidas mujeres, niños, personas desplazadas por la fuerza, personas de edad, personas con discapacidad y personas pertenecientes a minorías religiosas o étnicas.

11. ***Un entorno seguro para los niños:*** Es esencial que las organizaciones humanitarias ofrezcan a los niños acceso a lugares donde estén seguros. Hay que apoyar a las familias y a las comunidades en sus esfuerzos por velar por la seguridad de los niños.

12. ***Los niños, especialmente cuando están separados de sus familias*** o no están acompañados por un adulto, pueden ser fácilmente víctimas de abusos o explotación durante un desastre o un conflicto. Las organizaciones humanitarias han de tomar todas las medidas posibles para evitar que los niños sean reclutados por las fuerzas armadas o, si están asociados a las fuerzas armadas, harán todo lo posible para que sean liberados de inmediato y reintegrados a su entorno.

13. ***Las mujeres y las niñas pueden estar particularmente expuestas al peligro*** de ser víctimas de la violencia por motivos de género. Cuando contribuyen a la protección de mujeres y niñas, las organizaciones humanitarias han

de contemplar medidas para reducir posibles riesgos, incluidos los de trata de personas, prostitución forzosa, violación o violencia doméstica. También deben aplicar normas e instrumentos para la prevención y erradicación de las prácticas de explotación y abuso sexuales. Estas prácticas inaceptables pueden afectar a personas con vulnerabilidades específicas, como por ejemplo mujeres solas o con discapacidad que se ven forzadas a prestarse al comercio sexual a cambio de la prestación de asistencia humanitaria.

Apoyo social y autoayuda en la comunidad

14. ***Los mecanismos familiares y comunitarios de protección y apoyo psicosocial*** merecen ser promovidos manteniendo juntos los grupos familiares, enseñando a la gente cómo prevenir que los niños sean separados de sus familias, fomentando una atención apropiada para niños separados y organizando procesos de búsqueda y reunificación para los niños separados y otros miembros de la familia. Cuando sea posible, se mantendrá reunidas a las familias y se facilitará que las personas originarias de un mismo poblado o pertenecientes a una red de apoyo se instalen en la misma zona.

15. ***Apoyo a las actividades de autoayuda comunitarias:*** tales actividades abarcan, por ejemplo, la labor de grupos de mujeres que abordan el problema de la violencia por motivos de género, grupos de jóvenes que colaboran en el apoyo a los medios de subsistencia, grupos de supervisión parental, dedicados a apoyar interacciones positivas con niños y atención a los padres de niños pequeños y niños con necesidades especiales, grupos de jóvenes que difunden información para protegerse de amenazas como las minas terrestres, y grupos comunitarios que se ocupan de mujeres y hombres que han perdido su pareja, de personas de edad y de personas con discapacidad.

Principio de protección 4: ayudar a las personas a reivindicar sus derechos, obtener reparación y recuperarse de los efectos de los abusos sufridos.

Se ayuda a la población afectada a reivindicar sus derechos informándola al respecto, documentando los hechos y asistiéndola en la búsqueda de medios para hacer valer sus derechos. Se presta apoyo a las víctimas para que se recuperen de los abusos físicos, psíquicos y sociales de la violencia y otros abusos sufridos.

Este principio abarca los siguientes elementos:

- Ayudar a las personas afectadas a reivindicar sus derechos y obtener reparación, sea del gobierno o de otras fuentes, así como proporcionarles información sobre sus derechos y sobre los medios de resarcimiento existentes.
- Ayudar a las personas afectadas a obtener la documentación que necesitan para justificar sus derechos.
- Ayudar a las personas afectadas a recuperarse mediante el apoyo comunitario y otros tipos de apoyo psicosocial.

Notas de orientación

Ayudar a las personas afectadas a reafirmar sus derechos

1. ***El gobierno y otras autoridades competentes son responsables*** de garantizar que se respeten y se cumplan los derechos de la población afectada. Las organizaciones humanitarias deben contemplar la posibilidad de ayudar a las personas afectadas a que reivindiquen sus derechos.
2. ***Derechos:*** las organizaciones tienen que informar a las personas afectadas acerca de sus derechos, tanto en el marco de un determinado programa de ayuda como los que les corresponden conforme a las leyes y disposiciones del país en cuestión. Es esencial prestar particular atención a (r)establecer los derechos de las personas con respecto a la vivienda, la tierra y el patrimonio.
3. ***Información y consultas:*** es primordial que las autoridades y las organizaciones humanitarias informen a las personas afectadas en un lenguaje y de una manera que puedan entender. Se las debe involucrar en un proceso de consulta positivo con respecto a decisiones que afectan a su vida, sin crear riesgos adicionales (véase la norma esencial 1, página 60). Ésta es una manera de ayudarlas a reafirmar sus derechos.

Documentación

4. ***Obtener los documentos necesarios y reemplazar los documentos perdidos:*** es importante que las organizaciones humanitarias ayuden a la población afectada a obtener la documentación necesaria para hacer valer sus derechos, y remplazar los documentos perdidos. En general las personas tienen algunos derechos, independientemente de si poseen o no documentación al respecto. Sin embargo, para hacer valer todos sus derechos, habitualmente se les exige que presenten algún tipo de documento o medios de identificación, como un certificado de nacimiento, un certificado de matrimonio, un pasaporte o un título de propiedad de la tierra. Después de un desastre, la documentación que acredita la propiedad suele ser particularmente importante, pero en algunos países la propiedad no siempre está claramente documentada mediante títulos legales y esto puede dar lugar a controversias. Es esencial velar por que, en caso de fallecimiento, se expidan certificados de defunción, a fin de evitar problemas financieros y jurídicos innecesarios a los familiares. Es difícil obtener certificados de defunción si se ha dispuesto de los cadáveres sin ceremonia alguna; es una práctica que es necesario evitar.

5. ***No debe confundirse la documentación legal*** reconocida por el gobierno o las autoridades competentes con los documentos elaborados por las organizaciones humanitarias, tales como el registro de personas, cartillas de racionamiento o cupones para transporte. La documentación oficial expedida por las autoridades no debe determinar de ningún modo quién tiene derecho a recibir asistencia de las organizaciones humanitarias.

Reparación

6. ***Las personas tienen derecho a procurar resarcimiento por vía jurídica u otras vías*** por parte del gobierno u otras autoridades competentes para reparar las violaciones de sus derechos. Esto puede efectuarse, por ejemplo, mediante la restitución de una propiedad o una compensación por la pérdida de ésta. También tienen derecho a esperar que los perpetradores de tales violaciones comparezcan ante la justicia. Esto puede cumplir una función esencial para restablecer la confianza entre las personas afectadas. Las organizaciones humanitarias también pueden ayudar a las personas a obtener justicia o remitir estos asuntos a otras entidades que puedan prestar ese tipo de apoyo.

7. ***Asistencia para acceder a la atención de salud y la rehabilitación:*** es preciso ayudar a las personas para que reciban una atención de salud apropiada y ofrecerles la rehabilitación que necesiten si han sido víctimas de ataques, violencia por motivos de género u otros problemas (véanse servi-

cios de salud esenciales, norma 3 sobre control de enfermedades transmisibles, página 360 y normas 1-2 sobre salud infantil, páginas 365-367).

8. ***Cuando existe la posibilidad de obtener reparación*** por parte de fuentes no gubernamentales, habría que ayudar a las personas a identificar y obtener dicha asistencia, si procede.

Apoyo comunitario y otros mecanismos de apoyo psicosocial

9. ***Mecanismos comunitarios positivos para hacer frente*** a las pérdidas: es recomendable alentar la celebración de funerales, ceremonias y prácticas religiosas culturalmente apropiadas, y respetar las prácticas culturales y sociales no perjudiciales.

10. ***Actividades para niños:*** cuando la situación es propicia, conviene alentar a las comunidades a organizar actividades estructuradas de apoyo educativo y protección de los niños por medios no formales, tales como espacios de esparcimiento para niños. Los mecanismos de protección comunitarios deben incluir actividades de autoayuda que promuevan el bienestar psicosocial.

11. ***Ayudar a organizar un apoyo psicosocial apropiado*** para las víctimas de la violencia. Velar por que tengan acceso a las redes sociales y a las actividades de autoayuda de la comunidad. El apoyo comunitario debe estar complementado por el acceso a la atención de salud mental.

12. ***Sistema integral de apoyo:*** es recomendable que las organizaciones que prestan apoyo psicosocial y atención de salud mental en diversos sectores colaboren para establecer un sistema integral de apoyo para la población afectada (véase servicios de salud esenciales, norma 1 sobre salud mental, página 380).

13. ***Asistencia clínica:*** establecer mecanismos para derivar a las personas gravemente afectadas a establecimientos donde puedan recibir atención clínica.

Referencias y lecturas complementarias

Protección en general: Antecedentes y herramientas

Caritas Australia, CARE Australia, Oxfam Australia y World Vision Australia, *Minimum Agency Standards for Incorporating Protection into Humanitarian Response – Field Testing Version, 2008.* www.icva.ch/doc00002448.pdf

CICR, *Professional standards for protection work carried out by humanitarian and human rights actors in armed conflict and other situations of violence,* Ginebra, 2009. www.icrc.org/web/eng/siteeng0.nsf/htmlall/p0999 o www.unhcr.org/refworld/type,THEMGUIDE,,,4b39cba52,0.html

CICR, *Reforzar la protección de la población civil en conflictos armados y en otras situaciones de violencia,* Ginebra, 2009. www.cid.icrc.org/library/docs/DOC/ICRC_003_0956.pdf

Giossi Caverzasio, S., *Strengthening Protection in War – A Search for Professional Standards. Ref 0783,* International Committee of the Red Cross (ICRC), Ginebra, 2001.

Inter-Agency Standing Committee (IASC), *Growing the Sheltering Tree – Protecting Rights through Humanitarian Action – Programmes & practices gathered from the field,* Ginebra, 2002. www.icva.ch/gstree.pdf

IASC, *Operational Guidelines and Manual for the Protection of Persons Affected by Natural Disasters,* 2010.

O'Callaghan, S and Pantuliano, S., *Incorporating Civilian Protection into Humanitarian Response,* HPG Report 26, Overseas Development Insitute (ODI), London, 2007.

United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA), *Aide Mémoire: For the Consideration of Issues Pertaining for the Protection of Civilians,* New York, 2009. www.humansecuritygateway.com/showRecord.php?RecordId=33206

Slim, H and Bonwick, A., *Protection – an ALNAP guide for humanitarian agencies,* ODI, London, 2005. www.alnap.org/initiatives/protection.aspx

Normas de protección específicas

Protección de los niños

CICR, *Directrices Generales Inter-Agenciales sobre niñas y niños no acompañados y separados,* Ginebra, 2004.
www.icrc.org/Web/spa/sitespa0.nsf/htmlall/p1101/$File/ICRC_003_1011.PDF

UNICEF, *Los Compromisos de París para proteger a los niños y niñas reclutados o utilizados ilícitamente por fuerzas armadas o grupos armados,* París, 2007.
www.unicef.org/videoaudio/PDFs/ParisCommitments_Spanish.pdf

UN Disarmament, Demobilization and Reintegration (UN-DDR), *Integrated Disarmament, Demobilisation, and Reintegration Standards,* New York, 2006.
www.unddr.org/iddrs/05/20.php and www.unddr.org/iddrs/05/30.php

Véase también: www.un.org/children/conflict/spanish/ddrforchildren.html

Personas con discapacidad

Handicap International, *Protection – Issues for People with Disabilities and Injuries,* 2006.

Handicap International, *Toolkit on Protection of Persons with Disabilities,* 2008.

Violencia por motivos de género

Comité permanent interorganisations (CP-IASC), *Directrices aplicables a las Intervenciones contra la Violencia por Razón de Género en Situaciones Humanitarias – Enfoque sobre la Prevención y la Respuesta contra la Violencia Sexual en Situaciones de Emergencia,* Ginebra, 2005
www.acnur.org/biblioteca/pdf/4602.pdf

Organisación Mundial de la Salud (OMS), *Ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergencies.* Ginebra, 2007.
www.who.int/gender/documents/violence/9789241595681/en/index.html

Derechos relativos a la vivienda, la tierra y el patrimonio

Restitución de viviendas y patrimonio a los refugiados y desplazados internos, "Principios Pinheiro", documento de la ONU E/CN.4/Sub.2/RES/2005/21.
ap.ohchr.org/documents/S/SUBCOM/resolutions/E-CN_4-SUB_2-RES-2005-21.doc

UN Human Settlements Programme (UN-Habitat) and Food and Agriculture Organization (FAO), *Global Land Tool Network and Early Recovery Cluster, Land and natural disasters – Guidance for Practitioners,* Nairobi, 2010.
www.unhabitat.org/pmss/listItemDetails.aspx?publicationID=2973

Global Protection Cluster, Housing, Land And Property Area of Responsibility, *Checklist of Housing, Land and Property Rights and Broader Land Issues Throughout the Displacement Timeline from Emergency to Recovery,* 2009. www.internal-displacement.org

Internal Displacement Monitoring Centre, FAO, OCHA, Office of the UN High Commissioner for Human Rights, UN-HABITAT y ACNUR, *Manual sobre la Restitución de las Viviendas y el Patrimonio de Refugiados y Personas Desplazadas. Aplicación de los "Principios Pinheiro",* 2007 www.ohchr.org/Documents/Publications/pinheiro_principles_sp.pdf

Desplazados internos

Bagshaw S. and Paul D., Protect or Neglect? *Towards a More Effective United Nations Approach to the Protection of Internally Displaced Persons – An Evaluation.* Brookings-SAIS Project on Internal Displacement and UNOCHA, Interagency Internal Displacement Division. Washington DC, 2004. www.brookings.edu/papers/2004/1123humanrights_bagshaw.aspx

Proyecto de Brookings-Bern sobre Desplazamiento Interno en enero de 2005, *Un Marco para la Acción sobre Desplazamiento Interno en América,* seminar regional sobre desplazamiento interno en América, Ciudad de México, México, 2004 www.brookings.edu/projects/idp/20050401_nrframework.aspx

Global Protection Cluster, *Handbook for the Protection of Internally Displaced Persons,* 2010. www.unhcr.org/refworld/docid/4790cbc02.html

IASC, *Implementing the Collaborative Approach to Situations of Internal Displacement – Guidance for UN Humanitarian and/or Resident Coordinators,* 2004. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&productcatid=10

IASC, *Framework on Durable Solutions for Internally Displaced Persons,* 2010. www.brookings.edu/reports/2010/0305_internal_displacement.aspx

Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, *Principios Rectores de los desplazamientos internos,* 2008, documento de las Naciones Unidas, E/CN.4/1998/53/Add.2. www.idpguidingprinciples.org/ o www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/TestFrame/d2e008c61b70263ec125661e0036f36e?Opendocument

Salud mental y apoyo psicosocial

Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&productcatid=22

IASC Reference Group on *Mental Health and Psychosocial Support, Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) In Humanitarian Emergencies: What Should Protection Programme Managers Know,* 2010.
www.psychosocialnetwork.net/explore/tags/mhpss/

Acción contra las minas

Las Normas Internacionales de Acción contra las Minas (IMAS)
www.mineactionstandards.org/international-standards/imas-in-spanish/sobre-las-imas/

Personas de edad

Orientación básica para actores humanitarios, 2010.
www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&productcatid=24

Las normas esenciales

Cómo utilizar la información de este capítulo

Las normas esenciales conciernen a los procesos que son comunes a todos los sectores. Ofrecen un punto de referencia único que sustenta todas las normas del Manual. Por eso, para cumplir las normas de cada capítulo es preciso aplicar paralelamente las normas esenciales.

Las seis normas esenciales son:

respuesta humanitaria centrada en las personas;

coordinación y colaboración;

evaluación;

diseño y respuesta;

desempeño, transparencia y aprendizaje;

desempeño de los trabajadores humanitarios.

Cada norma esencial está estructurada como sigue:

- **Las normas esenciales,** que son de índole cualitativa y especifican los niveles mínimos que deben alcanzarse en una respuesta humanitaria.
- **Las acciones clave,** que son actividades y aportes que se sugiere realizar para ayudar a cumplir las normas.
- **Los indicadores clave,** que son las "señales" que permiten comprobar si se ha cumplido o no una norma. Ofrecen una forma de medir y comunicar los procedimientos y resultados de las acciones clave. Están relacionados con las normas mínimas, no con las acciones clave.
- **Las notas de orientación,** que versan sobre los puntos específicos que han de tenerse en cuenta a la hora de aplicar las normas esenciales, las acciones clave y los indicadores clave en situaciones diferentes. Ofrecen una orientación para resolver dificultades prácticas, así como puntos de referencia y consejos sobre temas prioritarios. Pueden abarcar también aspectos cruciales relacionados con las normas, las acciones o los indicadores, y exponen dilemas, puntos polémicos o lagunas que subsisten en los conocimientos actuales.

Los indicadores clave de las normas esenciales permiten una gran flexibilidad respecto de la aplicación que se les da y del contexto en que se aplican. Las características mensurables para cada indicador y el período de tiempo en el que se utiliza dependen en gran medida del contexto y la especificidad de cada sector. Por consiguiente, los usuarios deben adaptar los indicadores clave a la situación concreta, según proceda.

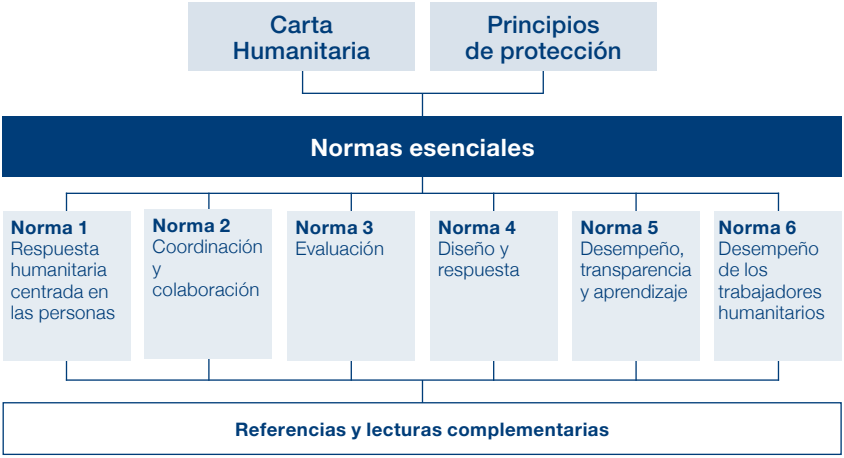
Al final del presente capítulo figura una lista de referencias y lecturas complementarias.

ÍNDICE

Introducción 57

Las normas esenciales 60

Referencias y lecturas complementarias 83


Carta Humanitaria
Principios de protección
Normas esenciales
Norma 1 Respuesta humanitaria centrada en las personas
Norma 2 Coordinación y colaboración
Norma 3 Evaluación
Norma 4 Diseño y respuesta
Norma 5 Desempeño, transparencia y aprendizaje
Norma 6 Desempeño de los trabajadores humanitarios
Referencias y lecturas complementarias

Introducción

Las normas esenciales describen los procesos fundamentales que permiten cumplir todas las normas mínimas de Esfera. Son una expresión práctica de los principios contenidos en la Carta Humanitaria y un elemento cardinal del derecho de las personas afectadas por un conflicto armado o un desastre a recibir una asistencia que les permita vivir con dignidad. Las normas esenciales establecen el nivel mínimo (señalado por los indicadores clave) que debe alcanzarse en las respuestas de las organizaciones humanitarias a nivel comunitario, local, nacional o internacional.

Las normas esenciales también están vinculadas a otras iniciativas importantes sobre la obligación de rendir cuentas, promoviendo así la coherencia y reforzando un compromiso común en ese ámbito. Por ejemplo, la Norma HAP 2010 de rendición de cuentas y gestión de la calidad en la labor humanitaria y las normas esenciales son en ese sentido complementarias. La norma esencial relativa al desempeño de los trabajadores humanitarios está en consonancia con el *Código de buenas prácticas* de People in Aid. La *Guía Suficientemente Buena para Medición del Impacto y Rendición de Cuentas en las Emergencias* del Emergency Capacity Building Project (ECB), el manual *COMPAS Calidad* del Grupo URD (Urgence-Réhabilitation-Développement) y la Red para un aprendizaje activo sobre rendición de cuentas y resultados de la acción humanitaria (ALNAP) se reflejan en particular en las normas esenciales 1 y 5. Las normas esenciales completan las normas fundacionales que figuran en las *Normas mínimas para la educación: preparación, respuesta, recuperación,* publicadas por la *Red Interagencial para la Educación en Situaciones de Emergencia* (INEE).

La importancia de las normas esenciales para todos los sectores

La norma esencial 1 reconoce que la participación de las personas afectadas por un desastre (mujeres, hombres, niñas y niños, de todas las edades), así como su capacidad y sus estrategias para sobrevivir con dignidad son parte integrante de la respuesta humanitaria. La norma esencial 2 pone de relieve que para ser eficaz una respuesta se tiene que coordinar y llevar a cabo con otras organizaciones y con las autoridades gubernamentales interesadas en una acción humanitaria imparcial.

La norma esencial 3 describe la necesidad de efectuar evaluaciones sistemáticas para comprender la naturaleza del desastre, determinar quién ha sido afectado y de qué manera, y evaluar la vulnerabilidad y las capacidades de la población. Además reconoce que es fundamental comprender las necesidades en relación con el contexto político, social, económico y ambiental y con respecto a la población en general.

Las organizaciones que cumplen la norma esencial 4 diseñan su respuesta en base a una evaluación imparcial de las necesidades, ocupándose de las necesidades insatisfechas en relación con el contexto y con la capacidad de los Estados y las personas afectadas de cubrir sus propias necesidades.

Cumplen la norma esencial 5 las organizaciones que examinan continuamente la eficacia, la calidad y la adecuación de sus respuestas. Las organizaciones adaptan sus estrategias en función de la información proveniente del seguimiento y las reacciones de las personas afectadas, e intercambian, a su vez, información sobre su desempeño. También invierten en revisiones y evaluaciones imparciales y tienen en cuenta las conclusiones formuladas para mejorar su política y sus prácticas.

La norma esencial 6 reconoce que las organizaciones humanitarias tienen la obligación frente a las personas afectadas por un desastre de emplear trabajadores humanitarios que tengan los conocimientos, las competencias, el comportamiento y las actitudes apropiados para realizar una respuesta humanitaria eficaz. Dichas organizaciones tienen, asimismo, la responsabilidad de velar por que los trabajadores humanitarios puedan desempeñarse satisfactoriamente mediante una gestión eficaz y el apoyo necesario para su bienestar emocional y físico.

Vulnerabilidad

El objetivo de Esfera es principalmente atender a las necesidades urgentes para la supervivencia de las personas afectadas por desastres o conflictos armados. Ahora bien, las normas esenciales también aportan un apoyo a la preparación para desastres y la adopción de enfoques destinados a reducir los riesgos y la vulnerabilidad en el futuro, fortalecer la capacidad e impulsar la recuperación inicial. En dichos enfoques se toma en consideración los efectos de la respuesta sobre el medio ambiente y el contexto general, así como las necesidades de las comunidades de acogida y de la población en general.

En todo el Manual, el término “vulnerable” hace referencia a las personas especialmente sensibles a los efectos de los desastres —naturales o causados por el hombre— así como a los de los conflictos armados. Las personas son o se

tornan más vulnerables a los desastres debido a una combinación de factores físicos, sociales, ambientales y políticos. Pueden ser marginadas por la sociedad por motivos de etnia, edad, sexo, discapacidad, clase social o casta, afiliación política o religiosa. Una combinación de esos factores de vulnerabilidad, sumados a la inestabilidad del contexto, contribuye a que las personas sean vulnerables de distintas maneras y por diferentes razones. Las personas vulnerables, como el resto de las personas afectadas por un desastre, tienen diversas capacidades que les permiten hacer frente a un desastre y recuperarse de sus efectos. Para que la respuesta responda a las necesidades de aquellos que más la necesitan es esencial comprender bien las capacidades de las personas vulnerables y los obstáculos que deben superar para tener acceso a la asistencia humanitaria.

Las normas esenciales

Norma esencial 1: respuesta humanitaria centrada en las personas

La capacidad y las estrategias que desarrollan las personas para sobrevivir con dignidad son parte integrante del diseño y del enfoque de la respuesta humanitaria.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Apoyar la capacidad local identificando lo antes posible los grupos comunitarios y las redes sociales, y aprovechar las iniciativas comunitarias y de autoayuda (véase la nota de orientación 1).
- Establecer mecanismos sistemáticos y transparentes mediante los cuales las personas afectadas por el desastre o el conflicto armado puedan dar su opinión y ejercer influencia sobre los programas (véase la nota de orientación 2).
- Velar por que en las discusiones con la población afectada por el desastre las personas vulnerables estén equitativamente representadas (nota de orientación 3).
- Informar a la población afectada sobre la organización humanitaria y sus proyectos, y sobre los derechos de las personas, en un lenguaje y una forma comprensibles (véase la nota de orientación 4).
- Dar acceso a la población afectada, en cuanto sea posible, a espacios comunitarios de reunión e intercambio de información que sean seguros y apropiados (véase nota de orientación 5).
- Dar a las personas la posibilidad de presentar quejas sobre el programa de manera fácil y segura, y establecer procedimientos transparentes y ágiles para responder a esas quejas y tomar las medidas correctivas necesarias (véase la nota de orientación 6).
- Siempre que sea posible, utilizar mano de obra local, materiales que garanticen la sostenibilidad del medio ambiente y empresas con responsabilidad social, a fin de beneficiar la economía local y promover la recuperación.

- Siempre que sea posible, diseñar proyectos que integren y respeten las prácticas culturales, espirituales y tradicionales importantes para la población local (véase la nota de orientación 7).
- Incrementar progresivamente, a lo largo de la respuesta, el poder de decisión de la población afectada por el desastre y favorecer el hecho de que se identifique con los programas.

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Las estrategias de proyectos están explícitamente vinculadas a las capacidades e iniciativas comunitarias.
- Las personas afectadas por el desastre realizan reuniones periódicas para saber cómo organizar y llevar a cabo la respuesta, o tienen una participación activa en ellas (véanse las notas de orientación 1-2).
- El número de iniciativas de autoayuda lideradas por la comunidad afectada y las autoridades locales aumenta durante el período de la respuesta (véase la nota de orientación 1).
- Las organizaciones humanitarias han investigado y, llegado el caso, han tomado las medidas necesarias tras las quejas recibidas en relación con la asistencia prestada.

Notas de orientación

1. ***Capacidad local:*** las personas afectadas por el desastre poseen y adquieren competencias, conocimientos y capacidades para hacer frente y responder al desastre y reponerse de sus efectos. La participación activa en la respuesta humanitaria es un fundamento esencial del derecho de las personas a vivir con dignidad afirmado en los principios 6 y 7 del *Código de conducta relativo al socorro en casos de desastre para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y las organizaciones no gubernamentales* (véase el anexo 2, página 417). Las iniciativas comunitarias y la autoayuda contribuyen al bienestar psicológico y social de las personas afectadas por el desastre, restaurando su dignidad y dándoles cierto grado de control sobre la situación. El acceso al apoyo social, financiero, cultural y emocional a través de la familia ampliada, las redes y rituales religiosos, los amigos, la escuela y las actividades comunitarias ayuda a recuperar la autoestima y la identidad de las personas y de las comunidades, reduce la vulnerabilidad y aumenta la resiliencia. Es preciso apoyar a las comunidades locales para poder identificar y, según el caso, reactivar o crear redes de apoyo y grupos de autoayuda. El grado y la manera en que las personas participan dependerán del tiempo transcurrido desde que ocurrió el desastre y de las circunstancias físicas, sociales y políticas. Por ende, los indicadores de participación deben seleccionarse en función del contexto y representar a

toda la población afectada. Por lo general es la población local la primera que reacciona cuando se produce un desastre, y siempre es posible organizar alguna forma de participación incluso en una fase temprana de la respuesta. Los esfuerzos concretos que se realicen para escuchar, consultar e involucrar a las personas en una etapa temprana estarán orientados a mejorar más adelante la calidad del programa y la gestión de la comunidad.

2. ***Los mecanismos de información de retorno*** proporcionan un medio para que todas las personas afectadas puedan influir sobre la planificación y la ejecución del programa (véase el parámetro para la norma HAP sobre participación). Incluyen grupos de discusión, encuestas, entrevistas y reuniones sobre las "lecciones aprendidas" con una muestra representativa de todos los sectores afectados (véanse las herramientas de ECB en la *Guía Suficientemente Buena para Medición del Impacto y Rendición de Cuentas en las Emergencias* y las notas de orientación 3-4). Las conclusiones y las acciones de la organización en respuesta a la información de retorno deben comunicarse sistemáticamente a la población afectada.

3. ***Participación representativa:*** para lograr una participación equilibrada es fundamental comprender y superar los obstáculos que impiden la participación de diversas personas. Se deben tomar medidas para asegurar la participación de representantes de todos los grupos de personas afectadas (jóvenes y personas mayores, hombres y mujeres). Es necesario hacer un esfuerzo especial para incluir a las personas que no están bien representadas o que se encuentran marginadas (por ejemplo por motivos de etnia o religión) o que de otro modo son "invisibles" (por ejemplo, las personas confinadas en sus hogares o internadas en instituciones). Es importante promover la participación de los jóvenes y niños, siempre que sea por su propio bien, y tomar las medidas necesarias para que no se vean expuestos a abusos o daños.

4. ***Transmisión de información:*** las personas tienen derecho a recibir información precisa y actualizada sobre las acciones que se emprenden en su nombre. Recibir información reduce la ansiedad y es un fundamento esencial de la responsabilidad y la implicación comunitarias. Las organizaciones deben transmitir como mínimo una descripción de su mandato y su(s) proyecto(s), los derechos de la población, y cuándo y dónde se puede recibir asistencia (véase el parámetro para la norma HAP sobre transmisión de información). Los medios más corrientes para transmitir esa información incluyen las carteleras, las reuniones públicas, las escuelas, los diarios y las emisiones radiofónicas. La información así comunicada debe poner de manifiesto que se comprende y toma en cuenta la situación de las personas; se utilizará la lengua o las lenguas locales y una variedad de medios apropiados para que la información sea accesible a todos los interesados. Por ejemplo, es necesario utilizar la comunicación oral o ilustraciones para los niños y los adultos que no saben leer, transmitir la información en un lenguaje sencillo

(que pueda comprender la población de niños de doce años) y usar un tipo de letra grande si se imprime información para personas con deficiencias visuales. Las reuniones deben organizarse de modo que las personas de edad o las personas con problemas auditivos puedan oír.

5. ***Espacios seguros y accesibles:*** ubicar los lugares de reunión para el público en zonas seguras y velar por que sean accesibles para las personas con movilidad reducida, e incluso para las mujeres cuyo acceso a eventos públicos esté restringido por las normas culturales. Ofrecer espacios apropiados para que los niños puedan jugar, aprender, relacionarse con otros niños y alcanzar su pleno desarrollo.

6. ***Quejas:*** Las personas tienen derecho a formular una queja a una organización y recibir la correspondiente respuesta (véase la norma de referencia HAP sobre gestión de quejas). Los mecanismos oficiales para presentar quejas y obtener reparación son componentes esenciales de la rendición de cuentas ante la población y ayudan a las comunidades a recuperar el control de su vida.

7. ***Las prácticas apropiadas desde el punto de vista cultural,*** tales como funerales y otras ceremonias y prácticas religiosas, suelen constituir un elemento esencial de la identidad, la dignidad y la capacidad de las personas para recuperarse de un desastre. Algunas prácticas aceptables en ciertas culturas (por ejemplo, la denegación del derecho de las niñas a la educación o la mutilación genital femenina) vulneran los derechos humanos y no deben apoyarse.

Norma esencial 2: coordinación y colaboración

La respuesta humanitaria se planifica y se ejecuta en coordinación con las autoridades competentes, las organizaciones humanitarias y las organizaciones de la sociedad civil que realizan una acción humanitaria imparcial para lograr juntas eficiencia, cobertura y eficacia óptimas.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Participar desde un comienzo en los mecanismos de coordinación generales y sectoriales pertinentes (véanse las notas de orientación 1-2).
- Informarse sobre las responsabilidades, los objetivos y la función en materia de coordinación del Estado y otros grupos de coordinación eventualmente presentes (véase la nota de orientación 3).
- Dar a los grupos de coordinación información sobre el mandato, los objetivos y el programa de la organización.

- Comunicar de manera oportuna a los grupos de coordinación competentes la información de las evaluaciones en un formato que otras organizaciones humanitarias puedan utilizar fácilmente (véase la norma esencial 3, página 67).
- Usar la información sobre el programa facilitada por otras organizaciones humanitarias para documentar el análisis, seleccionar la zona geográfica y trazar los planes de respuesta.
- Poner al día periódicamente a los grupos de coordinación sobre los progresos realizados, mencionando cualquier retraso importante, las deficiencias de la organización, o los límites de su capacidad (véase la nota de orientación 4).
- Colaborar con otras organizaciones humanitarias para abogar con mayor fuerza por causas humanitarias comunes y vitales.
- Establecer políticas y prácticas claras con relación a la colaboración de la organización con actores no humanitarios, sobre la base de los principios y objetivos humanitarios (véase la nota de orientación 5).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Se presentan periódicamente informes de evaluación e información sobre los planes de los programas y los progresos realizados a los grupos de coordinación competentes (véase la nota de orientación 4).
- No se duplican las actividades humanitarias de otras organizaciones en la misma zona geográfica o en el mismo ámbito sectorial.
- Se emprenden las actividades prometidas en las reuniones de coordinación y se informa puntualmente sobre sus progresos.
- En la respuesta humanitaria de la organización se toman en cuenta la capacidad y las estrategias de las otras organizaciones humanitarias, de las organizaciones de la sociedad civil y de las autoridades competentes.

Notas de orientación

1. ***Coordinación de las respuestas:*** para lograr adecuada cobertura, cumplir los plazos previstos y obtener calidad, se requiere un esfuerzo concertado. La participación de los responsables de la coordinación en dichas actividades facilita una distribución oportuna y clara de tareas y responsabilidades, una evaluación de la atención colectiva de las necesidades, una reducción de la duplicación de esfuerzos y de las deficiencias en materia de cobertura y calidad. La coordinación de las respuestas, las oportunas evaluaciones entre organizaciones y el intercambio de información reducen las molestias a las personas afectadas de tener que responder una y otra vez a las mismas preguntas por parte de distintos equipos de evaluación.

La colaboración y, cuando sea posible, la puesta a disposición recíproca de recursos y equipamientos optimizan la capacidad de las comunidades, de sus vecinos, los gobiernos receptores, los donantes y las organizaciones humanitarias con mandatos y competencias diferentes. La participación en los mecanismos de coordinación antes del desastre permite establecer relaciones y reforzar la coordinación durante la respuesta. Puede ocurrir que las organizaciones de la sociedad civil y las autoridades no participen en ellos si sólo las organizaciones internacionales los consideran útiles. Es primordial respetar el uso de la(s) lengua(s) local(es) en las reuniones y otras formas de comunicación común. Convendría identificar a los actores y las redes locales de la sociedad civil que participan en la respuesta e invitarles, junto con otras organizaciones humanitarias locales e internacionales, a sumarse a esta acción. Los representantes de las organizaciones humanitarias en las reuniones de coordinación deben disponer de la información pertinente, y tener las aptitudes y la autoridad necesarias para contribuir a la planificación y a la toma de decisiones.

2. ***Mecanismos comunes de coordinación:*** incluyen reuniones generales (para todos los programas), sectoriales (por ejemplo, sobre salud) e intersectoriales (por ejemplo, sobre género), así como mecanismos de intercambio de información (como las bases de datos de las evaluaciones e información contextual). Las reuniones que agrupan a representantes de diferentes sectores permiten abordar las necesidades de la población afectada en conjunto y no individualmente (por ejemplo, el alojamiento, el agua, el saneamiento, la higiene y el apoyo psicosocial). El intercambio de información pertinente entre los mecanismos de coordinación es imprescindible para la coordinación integrada de todos los programas.

   En todas las situaciones que exijan coordinación, la calidad de los mecanismos de coordinación determinará el grado de compromiso de las organizaciones. Incumbe a los encargados de la coordinación velar por que las reuniones estén bien organizadas, sean informativas y eficaces y estén orientadas a la obtención de resultados. De no ser así, las organizaciones participantes deberán pedir que se mejoren los mecanismos y apoyarlos.

3. ***Funciones de coordinación:*** incumbe al Estado afectado por un desastre coordinar las respuestas de las organizaciones humanitarias que desempeñan un papel esencial en apoyo a la función de coordinación del Estado. No obstante, en ciertas situaciones puede ser conveniente recurrir a otros mecanismos de coordinación, por ejemplo, cuando las autoridades estatales sean responsables de abusos y violaciones de derechos, su asistencia no sea imparcial, o si el Estado está dispuesto a asumir la coordinación pero no dispone de la capacidad necesaria. En tales situaciones, las reuniones de coordinación pueden ser dirigidas por las autoridades locales, o por éstas

junto con las Naciones Unidas o las ONG. Las emergencias humanitarias de gran envergadura suelen coordinarse mediante el «enfoque por grupos temáticos», conforme al cual varias organizaciones trabajan en un mismo sector bajo la dirección de un organismo rector.

4. ***El intercambio de datos será más eficaz*** si la información es fácil de utilizar (breve, clara, pertinente) y se ajusta a protocolos humanitarios mundiales técnicamente compatibles con los datos recabados por otras organizaciones (véase la norma esencial 3, página 67). La frecuencia con la que se intercambie la información dependerá de la organización y del contexto, sin olvidar que debe ser oportuna y pertinente. Se debe preservar el carácter confidencial de la información sensible. (véase las normas esenciales 3-4, páginas 67-72).

5. ***Las fuerzas armadas y el sector privado:*** el sector privado y las fuerzas armadas nacionales y extranjeras participan cada vez más en la labor de socorro, lo que incide en los esfuerzos de coordinación. Las fuerzas armadas aportan conocimientos y recursos específicos, con respecto por ejemplo a la seguridad, la logística, el transporte y la comunicación. Al mismo tiempo, sus actividades pueden hacer que sea menos clara la importante distinción entre objetivos humanitarios y prioridades militares o políticas, creando así riesgos para la seguridad en el futuro. Toda asociación con las fuerzas armadas sólo puede concebirse al servicio de las organizaciones humanitarias y bajo su dirección conforme a directrices aprobadas. Algunas organizaciones humanitarias mantienen un diálogo mínimo para asegurar la eficiencia operativa (por ejemplo intercambio de información básica sobre el programa), mientras que otras pueden optar por mantener relaciones más estrechas (por ejemplo utilización de recursos militares). En todos los casos, las organizaciones humanitarias deben permanecer claramente diferenciadas de las fuerzas armadas, a fin de evitar cualquier asociación real o aparente con prioridades políticas o militares que pudieran comprometer su independencia, su credibilidad, su seguridad y su acceso a las poblaciones afectadas. Por su parte, el sector privado puede aportar a las organizaciones humanitarias eficiencia comercial, competencias y recursos complementarios. Se requiere intercambiar información para evitar la duplicación de esfuerzos y promover buenas prácticas humanitarias. Las asociaciones entre el sector privado y el sector humanitario deben perseguir objetivos estrictamente humanitarios.

Norma esencial 3: evaluación

Las necesidades prioritarias de las poblaciones afectadas por el desastre se determinan mediante una evaluación sistemática de la situación, de las amenazas que impiden vivir con dignidad y de la capacidad que tienen las personas afectadas y las autoridades competentes para tomar las medidas necesarias.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Recopilar y utilizar información previa al desastre sobre la capacidad de asistencia humanitaria local, la población afectada y la población en general, el contexto y los factores preexistentes que puedan incrementar la vulnerabilidad de las personas al desastre (véase la nota de orientación 1).
- Llevar a cabo de inmediato una evaluación inicial, sobre la base de la información conocida antes del desastre, para estimar los cambios contextuales causados por el desastre y comprobar los nuevos factores que puedan crear o agravar la vulnerabilidad (véase la nota de orientación 2).
- Llevar a cabo lo antes posible una evaluación rápida, seguida por evaluaciones más pormenorizadas sucesivas cuando el tiempo y la situación lo permitan (véase la nota de orientación 3).
- Desglosar los datos de la población como mínimo por sexo y por edad (véase la nota de orientación 4).
- En la evaluación, escuchar la opinión de una amplia gama de personas afectadas por el desastre (mujeres y hombres de todas las edades, niñas, niños y otras personas vulnerables), así como de la población en general (véanse la norma esencial 1, página 60 y las notas de orientación 5-6).
- Siempre que sea posible, participar en evaluaciones multisectoriales con uno o varios organismos.
- Recopilar información sistemáticamente, valiéndose de diversos métodos; cotejarla con la información de diferentes fuentes y organizaciones, y organizar los datos a medida que se recopilen (véase la nota de orientación 7).
- Evaluar la capacidad de la población afectada para hacer frente a la situación, así como sus competencias, recursos y estrategias de recuperación (véase la nota de orientación 8).
- Evaluar los planes de respuesta y la capacidad del Estado.

- Evaluar los efectos del desastre en el bienestar psicosocial de las personas y las comunidades.
- Evaluar las preocupaciones relativas a la seguridad, tanto de la población afectada por el desastre como de los trabajadores humanitarios, incluido el riesgo de que la respuesta exacerbe un conflicto o cree tensiones entre la población afectada y la población de acogida (véase la nota de orientación 9).
- Comunicar de manera oportuna los datos de la evaluación en un formato que otras organizaciones humanitarias puedan utilizar fácilmente (véanse la norma esencial 2, página 63 y la nota de orientación 10).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Se ha establecido un vínculo explícito entre las necesidades evaluadas y la capacidad de reacción de la población afectada y del Estado.
- Todos los informes de evaluación, tanto de las evaluaciones rápidas como pormenorizadas, recogen las opiniones representativas de todos los grupos de personas afectadas, incluidos los miembros de grupos vulnerables y de la población de las inmediaciones.
- Los informes de evaluación contienen datos desglosados, como mínimo, por sexo y por edad.
- Los informes de las evaluaciones exhaustivas contienen información y un análisis de vulnerabilidad, contexto y capacidades.
- Se han utilizado modelos de evaluación que han sido aceptados y cuentan con un amplio apoyo.
- Tras las evaluaciones rápidas se han llevado a cabo evaluaciones pormenorizadas de las poblaciones seleccionadas para la respuesta.

Notas de orientación

1. ***Información sobre la situación previa al desastre:*** la colaboración para reunir la información existente es valiosísima para la evaluación inicial y la evaluación rápida. En general existe una cantidad considerable de información sobre el contexto (por ejemplo, sobre el entorno político, social y económico, así como sobre la seguridad, los conflictos y el medio ambiente), pero también sobre las personas (sexo, edad, estado de salud, cultura, convicciones religiosas y nivel de educación). Las fuentes que pueden suministrar esta información abarcan los ministerios competentes (por ejemplo, datos de salud, datos del censo), las instituciones académicas y de investigación, las organizaciones comunitarias y las organizaciones humanitarias internacionales que se encontraban en el país antes del desastre. También las

iniciativas de preparación para desastres y de alerta temprana, así como las nuevas tecnologías de cartografía basadas en Internet, la externalización y las plataformas de telefonía celular (como Ushahidi) han generado bases de datos que proveen información útil.

2. ***Evaluaciones iniciales,*** que en general se llevan a cabo en las primeras horas que siguen a un desastre, pueden estar basadas casi totalmente en información indirecta y datos preexistentes. Son esenciales para establecer las necesidades de socorro inmediatas y deben realizarse y sus resultados deben transmitirse inmediatamente.

3. ***Las etapas de la evaluación:*** la evaluación no es un acontecimiento único sino un proceso. La evaluación inicial y la evaluación rápida servirán de base para las evaluaciones pormenorizadas ulteriores, que profundizan (sin repetirlas) las conclusiones de las evaluaciones precedentes. Es necesario actuar con precaución, ya que las evaluaciones repetidas sobre cuestiones sensibles relacionadas con la protección, como la violencia de género, pueden causar más daño que beneficio a las comunidades y las personas.

4. ***Desglose de datos:*** rara vez es posible desglosar los datos en un comienzo, pero es de capital importancia determinar las diferentes necesidades y los derechos de los niños y los adultos de todas las edades. En cuanto sea posible, habrá que seguir desglosando por sexo y por edad: 0-5 niños/niñas; 6-12 niños/niñas y 13-17 niños/niñas; luego en tramos de edad de 10 años, por ejemplo: 50-59 hombres/mujeres; 60-69 hombres/mujeres; 70-79 hombres/mujeres; 80+ hombres/mujeres. A diferencia de los tramos de edad definidos según el desarrollo fisiológico abordados en el capítulo de salud, estos grupos corresponden aquí a los diferentes derechos y aspectos sociales y culturales.

5. ***Evaluaciones representativas:*** es importante que las evaluaciones de las necesidades cubran a todos los sectores de la población afectada por el desastre. Hay que realizar esfuerzos especiales para evaluar la situación de las personas que se encuentran en lugares de difícil acceso; por ejemplo, personas que no están en campamentos, que viven en zonas geográficas poco accesibles o que están alojadas con familias de acogida. Lo mismo se aplica a las personas que viven en condiciones menos accesibles pero que suelen estar expuestas a riesgos, como las personas con discapacidad, las personas de edad, las personas confinadas en sus hogares, los niños y los jóvenes, que pueden ser reclutados como niños soldados o que son víctimas de la violencia de género. Las fuentes primarias de información incluyen la observación directa, los grupos de discusión, las encuestas y las conversaciones con una amplia gama de personas y grupos (por ejemplo autoridades locales, líderes comunitarios de ambos sexos, personas de edad de ambos sexos, personal de salud, profesores y otros educadores, comerciantes,

otras organizaciones humanitarias). A algunas personas puede resultarles difícil o peligroso hablar abiertamente. Hablar con los niños por separado, ya que es probable que les cueste expresarse delante de los adultos y, si lo hacen, pueden correr riesgos. En la mayoría de los casos también se aconseja consultar a las mujeres y las niñas por separado. Los trabajadores humanitarios encargados de recoger sistemáticamente información de personas que han sido maltratadas o violadas deben tener las aptitudes necesarias y disponer de sistemas que les permitan llevar a cabo su labor de manera correcta y segura. En las zonas de conflicto armado, puede ocurrir que la información se use de manera indebida, exponiendo a las personas a mayores riesgos o comprometiendo las posibilidades de actuar de la organización. Sólo se puede transmitir información sobre una persona a otras organizaciones humanitarias o a las instituciones pertinentes con el consentimiento de esa persona (véase el principio de protección 1, página 37). No es posible evaluar de inmediato a todas las personas afectadas: en el informe de evaluación se debe indicar claramente las zonas o los grupos que han sido excluidos, y se aprovechará la primera oportunidad para incluirlos.

6. ***Evaluación de la vulnerabilidad:*** después de un desastre, los diversos grupos e individuos enfrentan riesgos diferentes. Algunas personas pueden ser vulnerables debido a factores individuales, como la edad (especialmente los muy jóvenes y los de edad muy avanzada) y la enfermedad (en particular las personas que viven con el VIH o el SIDA). Pero los factores individuales por sí solos no siempre aumentan el riesgo. Es necesario evaluar los factores sociales y contextuales que contribuyen a la vulnerabilidad, tales como la discriminación y la marginación (por ejemplo la condición de inferioridad y la falta de poder de mujeres y niñas), el aislamiento scial, el deterioro ambiental, las variaciones climáticas, la pobreza, la falta de títulos de propiedad de tierras, el mal gobierno, la etnia, la clase o casta y la afiliación religiosa o política. Las evaluaciones pormenorizadas ulteriores deberán identificar las posibles amenazas para el futuro, como la modificación de los patrones de riesgo debido al deterioro ambiental (por ejemplo, la erosión del suelo, la deforestación) y el cambio climático y los fenómenos geológicos (por ejemplo, ciclones, inundaciones, sequías, desprendimientos de tierra y el aumento del nivel del mar).

7. ***Recopilación de datos y listas de verificación:*** la información de las evaluaciones, incluida las cifras y los datos relativos a los movimientos de población, deberán verificarse, validarse y confirmarse mediante el mayor número de fuentes posible. Si en un comienzo no es posible realizar evaluaciones multisectoriales, se deberá velar por establecer un vínculo con otras evaluaciones por sector, condiciones de protección y transversales. Es importante indicar las fuentes de datos y los criterios de desglose; desde el inicio, hay que documentar la mortalidad y la morbilidad de los niños menores de

cinco años. Existe un número considerable de listas de verificación para las evaluaciones, basadas en las normas humanitarias reconocidas (véanse las listas de verificación en los anexos de algunos de los capítulos técnicos). Las listas de verificación refuerzan la coherencia de los datos y facilitan el acceso a los datos por parte de otras organizaciones; garantizan que se han examinado todos los ámbitos clave y limitan la parcialidad de las organizaciones o las personas. Es posible que, antes del desastre o durante la respuesta, se haya convenido un modelo de evaluación para todas las organizaciones. En todo caso, las evaluaciones deben ser precisas en cuanto a los objetivos y las metodologías que han de utilizarse y generar información imparcial sobre las consecuencias de la crisis para las poblaciones afectadas. Es necesario utilizar una combinación de métodos cuantitativos y cualitativos adaptados al contexto. En la medida de lo posible, los equipos de evaluación deben estar integrados, por hombres y mujeres, con conocimientos generales y especializados, incluidas personas capacitadas para recabar datos sensibles desde la perspectiva de género, y conversar con los niños. Los equipos deben incluir también personas familiarizadas con la(s) lengua(s) locales y con el lugar, que sean capaces de comunicarse con la población de manera culturalmente aceptable.

8. ***Evaluación de la capacidad:*** en general, las comunidades disponen de la capacidad para enfrentar las crisis y recuperarse de sus efectos (véase la norma esencial 1, página 60). Muchos de los mecanismos para enfrentar la situación son útiles y sostenibles, mientras que otros pueden resultar perjudiciales con consecuencias a largo plazo, como por ejemplo la venta de bienes o el consumo excesivo de alcohol. En las evaluaciones se debe determinar las estrategias que aumentan la resiliencia de las comunidades y las razones por las cuales se adoptan estrategias negativas.

9. ***Evaluación de la seguridad:*** en todas las evaluaciones iniciales y subsiguientes es preciso evaluar la seguridad de bienes y personas afectados por el desastre, así como la de las comunidades de acogida, detectando las amenazas de violencia, cualquier forma de coacción y toda privación de los medios de subsistencia o de los derechos humanos fundamentales (véase el principio de protección 3, página 42).

10. ***Intercambio de evaluaciones:*** los informes de evaluación suministran información valiosa a otras organizaciones humanitarias, aportan datos de referencia y acrecientan la transparencia de las decisiones que se toman en las respuestas. Independientemente del formato de los informes de evaluación de las distintas organizaciones, éstos deben ser claros y concisos, permitir a los usuarios definir las acciones prioritarias y describir su metodología para demostrar la fiabilidad de los datos y permitir un análisis comparativo.

Norma esencial 4: diseño y respuesta

La respuesta humanitaria se realiza en función de las necesidades de la población afectada por el desastre tal como han sido evaluadas en relación con el contexto, los riesgos, la capacidad de la población afectada y del Estado para hacer frente a la crisis y superarla.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Diseñar el programa sobre la base de una evaluación imparcial de las necesidades, el contexto, los riesgos afrontados y la capacidad de la población afectada (véase la norma esencial 3, página 67).
- Diseñar un programa que atienda a las necesidades que el Estado y la población afectada no puedan satisfacer o no estén en condiciones de hacerlo (véase la nota de orientación 1).
- Priorizar acciones que permitan salvar vidas atendiendo a las necesidades básicas urgentes para la supervivencia inmediatamente después del desastre.
- Utilizar datos de evaluación desglosados, analizar la manera en que el desastre ha afectado a diferentes personas y grupos de la población y diseñar el programa de manera que atienda sus necesidades específicas.
- Diseñar la respuesta de tal manera que las personas vulnerables tengan pleno acceso a los servicios de asistencia y de protección (véase la nota de orientación 2).
- Velar por que el diseño y el enfoque del programa fortalezcan en todo sentido la dignidad de las personas afectadas (véanse la norma esencial 1, página 60 y la nota de orientación 3).
- Analizar todos los factores contextuales que aumentan la vulnerabilidad de las personas y diseñar el programa de manera que reduzca paulatinamente esa vulnerabilidad (véanse la norma esencial 3, página 67 y la nota de orientación 4).
- Diseñar el programa de manera que se reduzca al mínimo los peligros para las personas, no se exacerbe un conflicto ni se propicie situaciones de inseguridad o de explotación y abuso (véanse la nota de orientación 5 y el principio de protección 1, página 37).
- Reducir progresivamente las diferencias entre las condiciones observadas en la evaluación y las normas mínimas de Esfera, hasta cumplir con los indicadores de Esfera o superarlos (véase la nota de orientación 6).

- Diseñar programas que promuevan la recuperación inicial, reduzcan el riesgo y aumenten la capacidad de las personas afectadas para prevenir, minimizar o afrontar mejor los efectos de los peligros en el futuro (véase la nota de orientación 7).
- Adaptar continuamente el programa para que sea pertinente y apropiado (véase la norma esencial 5, página 76).
- Impulsar la recuperación sostenible mediante la planificación de estrategias de fin de respuesta con la población afectada, así como su difusión, desde el inicio del programa.

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- El diseño del programa se basa en el análisis de las necesidades y los riesgos específicos que afrontan los diferentes grupos de personas.
- El programa está diseñado de manera que reduce la brecha entre las necesidades de la población y su capacidad o la capacidad del Estado para responder a ellas.
- El diseño del programa se revisa para incorporar cambios en las circunstancias, los riesgos y las necesidades y capacidades de las personas.
- El diseño del programa incluye acciones destinadas a reducir la vulnerabilidad de las personas ante futuros peligros y acrecentar su capacidad de gestión de riesgos y de respuesta.

Notas de orientación

1. ***Apoyar la capacidad existente:*** incumbe ante todo al Estado brindar oportunamente protección y asistencia a las personas afectadas (véase la Carta Humanitaria, párrafo 2, página 22). Intervenir si la población afectada y/o el Estado no tienen suficiente capacidad para responder (en particular en la fase temprana de la respuesta), o si el Estado o las autoridades de control discriminan especialmente a ciertos grupos y/o zonas afectadas. En todo caso, la capacidad y las intenciones del Estado hacia todos los miembros de la población afectada determinarán la escala y el tipo de la respuesta humanitaria.
2. ***Acceso:*** se presta asistencia a todas las personas necesitadas sin discriminación (véase el principio de protección 2, página 40). El acceso de las personas a la asistencia propuesta y su capacidad para utilizarla y beneficiarse de ella mejoran si se les brinda información oportuna y si el diseño del programa corresponde a sus necesidades específicas y a sus preocupaciones culturales y de seguridad (por ejemplo, filas de espera separadas para las personas de edad y las mujeres con niños que acuden a las distribuciones de alimentos). Los resultados son aún mejores si se hace participar

en el diseño del programa a mujeres y hombres de todas las edades, así como a niñas y niños. También se mejora el acceso si se aplican criterios acertados para la selección de destinatarios y los procesos son bien divulgados, comprendidos por la comunidad y supervisados sistemáticamente. Las acciones descritas en los capítulos técnicos facilitan un acceso equitativo para todas las personas ya que se tiene en cuenta, por ejemplo, la ubicación de instalaciones de asistencia en zonas seguras, etc.

3. ***El fundamento para vivir con dignidad*** es garantizar el acceso a los servicios básicos, la seguridad y el respeto de los derechos humanos (véase la Carta Humanitaria, página 21). Asimismo. la manera en que se realiza la respuesta humanitaria incide fuertemente en la dignidad y el bienestar de la población afectada por el desastre. Los programas con enfoques que respeten el valor intrínseco de las personas, afiancen su identidad religiosa y cultural, promuevan la autoayuda comunitaria y alienten las redes de apoyo social positivo, contribuyen al bienestar psicosocial y son un elemento esencial del derecho de las personas a vivir con dignidad.

4. ***Contexto y vulnerabilidad:*** los factores sociales, políticos, culturales y económicos, las situaciones de conflicto armado y los factores ambientales pueden aumentar la vulnerabilidad de las personas a los desastres. Los cambios en el contexto pueden suscitar la vulnerabilidad de otras personas (véase la norma esencial 3, página 67).Varios factores pueden coincidir y afectar a las personas vulnerables (por ejemplo, las personas de edad que pertenecen a grupos étnicos marginados). Es necesario analizar la interacción de los factores personales y contextuales que elevan los riesgos y diseñar programas para abordar y mitigar dichos riesgos y atender a las necesidades de las personas vulnerables.

5. ***Sensibilidad al conflicto:*** la asistencia humanitaria puede tener efectos negativos involuntarios. Los recursos de asistencia que son valiosos pueden fomentar la explotación y los abusos y suscitar la competencia, el uso o la apropiación indebidos de la ayuda. El hambre puede ser un arma de guerra (por ejemplo para despoblar deliberadamente una zona o forzar la transferencia de bienes). La ayuda puede afectar negativamente a la población en general y exacerbar las desigualdades en las relaciones de poder entre diferentes grupos, inclusive entre hombres y mujeres. Un análisis detenido y un diseño cuidadoso pueden limitar el riesgo de que la ayuda brindada agudice el conflicto y la inseguridad (incluso durante un desastre natural). Es importante diseñar los programas de manera que garanticen la distribución equitativa e imparcial de la asistencia. Hay que proteger la seguridad y la dignidad de las personas respetando la información personal confidencial. Por ejemplo, las personas que viven con el VIH y el SIDA pueden ser estigmatizadas. Y es necesario garantizar una asistencia segura y confidencial

a los sobrevivientes de violaciones de derechos humanos (véase la norma esencial 3, página 67).

6. ***Cumplir las normas mínimas de Esfera:*** el tiempo necesario para cumplir las normas mínimas dependerá del contexto: los recursos, el acceso, la inseguridad y las condiciones de vida en la zona antes del desastre. Pueden generarse tensiones si la población afectada alcanza condiciones de vida superiores a las de la población de acogida y/o la población en general, o incluso empeorar su situación. Es necesario elaborar estrategias para reducir las disparidades y los riesgos, por ejemplo, mitigando los efectos negativos de la respuesta en el medio ambiente y la economía y abogando por que se mejore la situación de la población de acogida. Siempre que sea posible, conviene hacer extensivo el alcance de la respuesta a la población de acogida.

7. ***Recuperación inicial y reducción del riesgo:*** se promoverá la recuperación económica inicial y se reforzará la capacidad de las personas para manejar los riesgos una vez finalizada la ayuda externa implementando, lo antes posible, medidas destinadas a fortalecer la capacidad local, trabajar con recursos locales y restablecer los servicios, la educación, los mercados y los medios de subsistencia (véase la norma esencial 1, página 60). Es esencial que la respuesta humanitaria no perjudique la calidad de vida de las generaciones futuras, ni la ponga en peligro, e inadvertidamente contribuya a potenciar las amenazas del futuro (por ejemplo, propiciando la deforestación o el uso no sostenible de los recursos naturales). Una vez que se hayan neutralizado las amenazas inmediatas a la vida, analizar los (múltiples) peligros presentes y los peligros potenciales para el futuro (como por ejemplo los que entraña el cambio climático). Es necesario diseñar la respuesta de manera que se reduzca los riesgos futuros. Por ejemplo, durante la respuesta hay que aprovechar la oportunidad para invertir en la reducción del riesgo y la «reconstrucción más segura». Entre los ejemplos cabe destacar la construcción de edificios antisísmicos y resistentes a los huracanes, la protección de los humedales que absorben las marejadas de tormenta y el apoyo para elaborar políticas y promover iniciativas comunitarias de alerta temprana y preparación para desastres.

Norma esencial 5: desempeño, transparencia y aprendizaje

Se examina continuamente el desempeño de las organizaciones humanitarias y se dan a conocer las conclusiones al respecto a las partes interesadas; los proyectos se adaptan para tener en cuenta el desempeño.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Establecer oportunamente mecanismos sistemáticos pero sencillos y participativos destinados al seguimiento del progreso en la aplicación de todas las normas pertinentes de Esfera y de los principios declarados, así como en la obtención de los resultados y la ejecución de las actividades del programa (véase la nota de orientación 1).
- Establecer mecanismos básicos para el seguimiento del desempeño general de la organización en relación con sus sistemas de gestión y control de calidad (véase la nota de orientación 2).
- Hacer el seguimiento de los resultados y, cuando sea posible, de los primeros efectos de una respuesta humanitaria en la población afectada y en la población en general (véase la nota de orientación 3).
- Establecer mecanismos sistemáticos para adaptar las estrategias del programa teniendo en cuenta los datos aportados por el seguimiento, los cambios en las necesidades y la evolución del contexto (véase la nota de orientación 4).
- Organizar periódicamente sesiones de reflexión y aprendizaje durante toda la respuesta.
- Llevar a cabo una evaluación final u otra forma objetiva de analizar lo aprendido en el programa en relación con sus objetivos declarados, los principios aplicados y las normas mínimas convenidas (véase la nota de orientación 5).
- Siempre que sea posible, participar en iniciativas conjuntas, entre organizaciones y otras iniciativas de colaboración que permitan sacar lecciones.
- Dar a conocer las principales conclusiones del seguimiento y, dado el caso, las conclusiones de las evaluaciones y otros procesos clave de aprendizaje a la población afectada, las autoridades competentes y los grupos de coordinación (véase la nota de orientación 6).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Los programas se adaptan teniendo en cuenta la información del seguimiento y las lecciones aprendidas.
- Entre las fuentes de seguimiento y evaluación figuran las opiniones de un número representativo de destinatarios de la respuesta, así como las de la comunidad de acogida, si son grupos distintos.
- Se comunica periódicamente información precisa, actualizada y no confidencial sobre los progresos alcanzados a los destinatarios de la respuesta, las autoridades locales competentes y otras organizaciones humanitarias.
- Se efectúa el seguimiento periódico del desempeño con respecto a todas las normas esenciales y a las normas mínimas técnicas pertinentes de Esfera (así como a otras normas mundiales o de evaluación del desempeño de la organización) y se transmite los principales resultados a las principales partes interesadas (véase la nota de orientación 6).
- Las organizaciones llevan a cabo, sistemáticamente, la evaluación objetiva o el análisis de las lecciones aprendidas de las grandes respuestas humanitarias de acuerdo con normas reconocidas de evaluación (véase la nota de orientación 6).

Notas de orientación

1. ***El seguimiento*** compara las intenciones con los resultados. Mide los progresos del proyecto con respecto a los objetivos y los indicadores, así como sus efectos en la vulnerabilidad y el contexto. La información generada por el seguimiento sirve para guiar las revisiones del proyecto y verificar si los criterios de selección de destinatarios son apropiados y si la asistencia llega a los destinatarios. Permite que los encargados de tomar decisiones respondan a las inquietudes expresadas por la comunidad y detecten problemas y tendencias. También ofrece a las organizaciones la oportunidad de facilitar y recopilar información. Mediante un seguimiento eficaz se selecciona métodos apropiados para el programa y el contexto, se combina datos cuantitativos y cualitativos, según proceda, y se mantiene un registro coherente. Si la información obtenida del seguimiento se comunica de manera abierta y transparente, se mejora la rendición de cuentas ante la población afectada. El proceso de seguimiento que realiza la propia población refuerza la transparencia y la calidad y le permite identificarse con la información. Para determinar la índole de la información que ha de recopilarse y la manera de presentarla, es necesario tener una idea clara del uso que se prevé hacer de la información y quiénes serán los usuarios. Los datos deben presentarse de forma concisa y accesible, a fin de facilitar su transmisión y la toma de decisiones.

2. ***Desempeño de la organización:*** no se limita a medir los logros de su programa. Cubre la función global de la organización: sus progresos en lo que respecta a las relaciones que mantiene con otras organizaciones, la observancia de buenas prácticas, códigos y principios humanitarios, así como la eficacia y la eficiencia de sus sistemas de gestión. Para evaluar el desempeño general de la organización, se pueden aplicar sistemas de garantía de la calidad como el método de COMPAS Calidad del Grupo URD.

3. ***Seguimiento de los efectos:*** cada vez más, se considera factible, e incluso esencial para las respuestas humanitarias, la evaluación de los efectos de las respuestas (generales, a corto y mediano plazo, positivos y negativos, deseados y no deseados). El seguimiento de los efectos es un ejercicio cada vez más importante, que vincula determinadas contribuciones humanitarias a ciertos cambios en las poblaciones y en el contexto que pueden ser complejos y estar interrelacionados. Las personas afectadas son los mejores jueces de los cambios que se producen en su vida; de ahí la necesidad de incluir en la evaluación de los resultados y de los efectos la opinión de las personas interesadas, preguntas abiertas y enfoques participativos cualitativos, además de los métodos cuantitativos habituales.

4. ***Comprobación de la pertinencia:*** en el seguimiento se debe verificar periódicamente si el programa sigue siendo pertinente para las poblaciones afectadas. De acuerdo con las conclusiones obtenidas, se procederá a la revisión del programa, según sea necesario.

5. ***Métodos para examinar el desempeño:*** se aplicarán diferentes enfoques dependiendo de los objetivos de desempeño, de aprendizaje y de rendición de cuentas. Se puede usar una diversidad de métodos que incluyen el seguimiento y la evaluación, evaluaciones participativas de los efectos, ejercicios para escuchar las opiniones, herramientas de control de la calidad, auditorías y ejercicios internos de aprendizaje y reflexión. En general la evaluación de un programa se lleva a cabo al final de una respuesta, e incluye recomendaciones para que se hagan cambios en las políticas institucionales y en los programas futuros. También se pueden hacer el seguimiento del desempeño y la «evaluación en tiempo real» durante una respuesta; en este caso suelen llevar a cambios inmediatos en las políticas y en la práctica. Las evaluaciones de los programas suelen estar a cargo de evaluadores externos independientes, pero también pueden ser efectuadas por miembros del personal interno, siempre y cuando apliquen un enfoque objetivo. Esto normalmente significa que debe tratarse de personas que no hayan participado en la operación. La evaluación humanitaria utiliza generalmente ocho elementos conocidos como «los criterios del CAD (Comité de Asistencia al Desarrollo/ OCDE): pertinencia, adecuación, conectividad, coherencia, cobertura, eficiencia, eficacia e impacto.

6. ***Desempeño del sector:*** cada organización informa a los grupos de coordinación sobre sus progresos con respecto al cumplimiento de las normas mínimas de Esfera. Esto facilita el seguimiento global de la respuesta y establece una valiosa fuente de datos sobre el desempeño de todo el sector.

Norma esencial 6: desempeño de los trabajadores humanitarios

Las organizaciones humanitarias prestan un apoyo apropiado en materia de gestión, supervisión y apoyo psicosocial que permite a los trabajadores humanitarios adquirir los conocimientos, las competencias, los comportamientos y las actitudes necesarios para planificar y llevar a cabo con humanidad y respeto una respuesta humanitaria eficaz.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Impartir a los directivos una capacitación adecuada en liderazgo, familiarizarlos con las principales políticas y recursos para una gestión eficaz (véase la nota de orientación 1).
- Establecer procedimientos de contratación sistemáticos, justos y transparentes para atraer el mayor número posible de candidatos idóneos (véase la nota de orientación 2).
- Formar equipos con una composición equilibrada de mujeres y hombres de diferentes etnias, edades y origen social, de manera que la diversidad de los equipos corresponda a la cultura y al contexto locales.
- Impartir oportunamente a los trabajadores humanitarios (miembros del personal, voluntarios y consultores, tanto nacionales como internacionales) cursos de introducción apropiados, instrucciones, información sobre una estructura jerárquica clara y descripciones actualizadas de sus cargos, a fin de que conozcan sus responsabilidades, los objetivos de su trabajo, los valores de la organización, las principales políticas y el contexto local.
- Elaborar directrices de seguridad y de evacuación, así como políticas de salud y seguridad, y usarlas para informar a los trabajadores humanitarios que comienzan a trabajar para la organización.
- Velar por que los trabajadores humanitarios tengan acceso a la atención médica y a apoyo psicosocial.
- Elaborar códigos de conducta personal para los trabajadores humanitarios, a fin de proteger a las personas afectadas por desastres contra abusos sexuales, la corrupción, la explotación y otras violaciones de sus derechos

humanos. Poner esos códigos en conocimiento de las personas afectadas por desastres (véase la nota de orientación 3).

- Promover una cultura de respeto hacia la población afectada (véase la nota de orientación 4).
- Crear procedimientos para presentar denuncias y tomar medidas disciplinarias apropiadas contra los trabajadores humanitarios si se confirma que han violado el código de conducta de la organización.
- Realizar evaluaciones periódicas del personal y los voluntarios e informarles acerca de su desempeño en relación con sus objetivos de trabajo, conocimientos, competencias, comportamientos y actitudes.
- Ayudar a los trabajadores humanitarios a organizar su trabajo y reducir el estrés (véase la nota de orientación 5).
- Ayudar al personal y a los directivos a identificar conjuntamente oportunidades para el aprendizaje y el perfeccionamiento continuos (véase la nota de orientación 6).
- Dar el apoyo apropiado a los trabajadores humanitarios que han experimentado o han sido testigos de acontecimientos muy dolorosos (véase la nota de orientación 7).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Las evaluaciones del desempeño del personal y de los voluntarios indican que poseen un nivel de competencias adecuado en relación con sus conocimientos, sus competencias, su comportamiento, sus actitudes y las responsabilidades que figuran en la descripción de sus funciones.
- Los trabajadores humanitarios que violan los códigos de conducta en los que se prohíben los comportamientos corruptos y abusivos son objeto de medidas disciplinarias formales.
- Los principios del Código de buenas prácticas de People in Aid, u otros análogos, se han incorporado a la política y las prácticas de la organización.
- El nivel de incidencia de las enfermedades, lesiones y problemas de salud causados por el estrés se mantiene estable o disminuye durante la respuesta humanitaria.

Notas de orientación

1. ***Buenas prácticas de gestión:*** los sistemas de gestión de los recursos humanos dependen de la organización y del contexto, pero los directivos y los supervisores deben estar familiarizados con el Código de buenas prácticas de People in Aid, que incluye políticas y directrices para la planificación, la contratación, la gestión, la capacitación y el perfeccionamiento profesional, la transición al finalizar el contrato y, el despliegue, en el caso de las organizaciones internacionales.

2. ***El procedimiento de contratación*** debe ser abierto y comprensible tanto para el personal como para los candidatos. Esta transparencia incluye la elaboración y la difusión de descripciones actualizadas y pertinentes de cada puesto y es esencial para formar equipos competentes y de composición diversa. También se puede mejorar la diversidad y la idoneidad de los equipos existentes mediante nuevas contrataciones. Sin embargo, un aumento rápido de los recursos humanos puede llevar a la contratación de personas inexpertas que deben recibir apoyo de miembros del personal con más experiencia.

3. ***El control que pueden ejercer los trabajadores humanitarios*** en la gestión y la asignación de suministros de socorro de gran valor los coloca en una posición de fuerza con respecto a la población afectada por el desastre. Esta posición con respecto a las personas que dependen de la asistencia y cuyas redes sociales de protección están alteradas o destruidas, puede dar lugar a corrupción y abusos. Con frecuencia las mujeres, los niños y las personas con discapacidad se ven forzados a someterse a abusos sexuales. En ningún caso se pueden exigir relaciones sexuales a cambio de protección o asistencia humanitaria. Ninguna persona relacionada con una respuesta humanitaria (trabajadores humanitarios, militares, personal estatal o del sector privado) debe ser parte en actos de abuso, corrupción o explotación sexual. También se prohíbes el trabajo forzoso de adultos o niños, el uso indebido de drogas y el comercio con bienes y servicios humanitarios por parte de las personas que participan en la distribución de ayuda humanitaria.

4. ***Los trabajadores humanitarios deben respetar*** los valores y la dignidad de la población afectada y evitar comportamientos que sean culturalmente inaceptables para ésta (por ejemplo, indumentaria inapropiada).

5. ***Los trabajadores humanitarios suelen tener jornadas de trabajo muy largas,*** en condiciones riesgosas y estresantes. Las organizaciones tienen la obligación de cuidar de sus colaboradores, ello incluye la adopción de medidas destinadas a promover su bienestar y a evitar el agotamiento a largo plazo, lesiones o enfermedades. Los directivos deben señalar a la atención de los trabajadores humanitarios estos riesgos y protegerlos contra amenazas inne-

cesarias para su salud física y emocional, por ejemplo estableciendo dispositivos de seguridad eficaces, previendo pausas necesarias para el descanso y la recuperación, ayudándoles a que trabajen según un horario razonable y facilitándoles el acceso a apoyo psicosocial. Los directivos pueden promover la obligación de cuidarse estableciendo modelos de buenas prácticas y cumpliendo ellos mismos esa política. Los trabajadores humanitarios, a su vez, tienen que asumir la responsabilidad de velar por su bienestar.

6. ***En la primera fase de un desastre,*** las posibilidades de desarrollo de la capacidad del personal puede ser limitadas. Con el tiempo, gracias a las evaluaciones del desempeño y a las observaciones del personal, los directivos deben determinar los ámbitos en los que se requiere aprendizaje y perfeccionamiento e impulsar las medidas en ese sentido. La preparación para desastres también constituye una excelente ocasión para descubrir y desarrollar competencias para la labor humanitaria.

7. ***Los primeros auxilios psicológicos*** deben estar inmediatamente a disposición de los trabajadores humanitarios que han experimentado acontecimientos muy dolorosos o han sido testigos de ellos (véanse Servicios de salud esenciales: norma 1 sobre la salud mental, página 380 y Referencias y lecturas complementarias). El «interrogatorio psicológico» es ineficaz y debe evitarse.

Referencias y lecturas complementarias

Fuentes

Respuesta humanitaria centrada en las personas

Comité Permanente entre Organismos (IASC), *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes,* Ginebra, 2007.

Emergency Capacity Building (ECB) Project, *Medición de impacto y rendición de cuentas en las emergencias: Una guía suficientemente buena,* Oxfam Publishing, Oxford, 2007.
www.ecbproject.org/download-the-good-enough-guide

Human Accountability Partnership (HAP) International, *Standard in Accountability and Quality Management,* Ginebra, 2010. www.hapinternational.org/projects/standard/hap_2010_standard.aspx

Norma HAP, Versión 2007 en español: *Norma HAP 2007 de rendición de cuentas y gestión de la calidad en la labor humanitaria,* Ginebra, 2007.
www.hapinternational.org/standards.aspx

Coordinación y colaboración

IASC, *Guidance Note on using the Cluster Approach to Strengthen Humanitarian Response,* Ginebra, 2008.

IASC, Global Cluster Approach:
oneresponse.info/GlobalClusters/Pages/default.aspx

IASC y Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (OCAH), *Civil-Military Guidelines and Reference for Complex Emergencies,* Nueva York, 2008. ochaonline.un.org/cmcs/guidelines

OCAH, *Guidelines on the Use of Foreign Military and Civil Defence Assets In Disaster Relief – "Oslo Guidelines". Rev. 1.1.* Ginebra, 2007.
ochaonline.un.org/cmcs

Plataforma Humanitaria Mundial, Declaración de compromiso, Ginebra, 2007.
www.globalhumanitarianplatform.org/pop.html

Evaluación

IASC, *Initial Rapid Assessment (IRA) Guidance Notes for Country Level,* Ginebra, 2003.
www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Portals/1/cluster%20approach%20page/clusters%20pages/health%20cluster/RT/IRA_Guidance_Country%20Level_field_test.doc

IASC, Needs Assessment Task Force (NATF) Operational Guidance for Needs Assessments, 2011.
oneresponse.info/resources/NeedsAssessment/publicdocuments/Operational%20Guidance%20for%20Endorsement%20-%20%20Final%20Version.pdf

Ushahidi mobile phone-based information gathering and sharing. www.ushahidi.com

Diseño y respuesta

Conflict Sensitivity Consortium: www.conflictsensitivity.org/

Early Recovery Tools and Guidance. oneresponse.info/GlobalClusters/Early%20Recovery/Pages/Tools%20and%20Guidance.aspx

Estrategia Internacional para la Reducción de los Desastres, Naciones Unidas, *Marco de Acción de Hyogo para 2005-2015: Aumento de la resiliencia de las naciones y las comunidades ante los desastres,* Ginebra, 2005.
www.unisdr.org/eng/hfa/hfa.htm

IASC, *Mujeres, Niñas, Niños y Hombres: Igualdad de oportunidades para necesidades diferentes (Manual sobre cuestiones de género en la acción humanitaria),* Ginebra, 2008.
www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&productcatid=3

Provention Consortium, *Vulnerability and Capacity Analysis Guidance Note 9,* Ginebra, 2007.
www.proventionconsortium.org/themes/default/pdfs/tools_for_mainstreaming_GN9.pdf

Desempeño, transparencia y aprendizaje

Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP), *8th Review of Humanitarian Action,* Overseas Development Institute (ODI), Londres, 2009.
www.alnap.org/initiatives/current/rha/8.aspx

Collaborative Learning Projects, *The Listening Project (LISTEN).* Cambridge, Mass. 2007.
www.cdainc.com/cdawww/pdf/other/cda_listening_project_description_Pdf.pdf

Grupo URD, COMPAS Calidad, 2009.
www.compasqualite.org/es/index/index.php

Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), *Guidance for Evaluation of Humanitarian Assistance in Complex Emergencies,* París, 1999.
www.oecd.org/dac

Desempeño de los trabajadores humanitarios

People In Aid, *Código de buenas practices en la gestión y apoyo al personal cooperante,* Londres, 2003.
peopleinaid.org

Véase también: peopleinaid.org/pool/files/code/code-es.pdf

World Health Organization, World Vision International and War Trauma Foundation, *Psychological First Aid Guide,* Ginebra.
www.who.int/mental_health/emergencies/es/index.html

Lecturas complementarias

Diseño y respuesta

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y Programa Mundial de Alimentos (PMA), *Joint Assessment Mission Guidelines.* 2nd Edition, Roma, 2008. www.unhcr.org/45f81d2f2.html

Niños

Action for the rights of children (ARC), 2009.
www.arc-online.org/arc/translations/spanish.html

Red Interagencial para la Educación en Situaciones de Emergencia (INEE) y el Proyecto Esfera, *Integrating Quality Education within Emergency Response for Humanitarian Accountability: The Sphere–INEE Companionship,* Ginebra, 2009.
www.sphereproject.org y www.ineesite.org

Discapacidad

Women's Commission for Refugee Women and Children, *Disabilities among Refugees and Conflict-affected Populations: A Resource Kit for Fieldworkers,* Nueva York, 2008.
www.womensrefugeecommission.org/docs/disab_res_kit.pdf

Handicap International, Disability Checklist for Emergency Response.

www.handicap-international.de/fileadmin/redaktion/pdf/disability_checklist_booklet_01.pdf

Medio ambiente

ACNUR y CARE International, *Framework for Assessing, Monitoring and Evaluating the Environment in Refugee-related Operations: Toolkit for practitioners and managers to help assess, monitor and evaluate environmental circumstances, using mainly participatory approaches,* Ginebra, 2005.
www.unhcr.org/4a97d1039.html

ACNUR y Unión Internacional para la Conservación de la Naturaleza (UICN), *UNHCR Environmental Guidelines,* Ginebra, 2005.
www.unhcr.org/3b03b2a04.html

Dependencia Conjunta del PNUMA/OCAH para el Medio Ambiente:
www.reliefweb.int/ochaunep

Kelly, C., *Guidelines for Rapid Environmental Impact Assessment in Disasters,* Benfield Hazard Research Centre, University College London and CARE International, Londres, 2005.

Género

Política del PMA en materia de género, 2009
www.wfp.org/content/wfp-gender-policy

Gender and Disaster Network: gdnonline.org

VIH y SIDA

IASC: *Directrices para el Abordaje del VIH en Contextos de Asistencia Humanitaria,* Ginebra, 2010.

www.aidsandemergencies.org/cms/

Personas de edad

IASC, *La respuesta humanitaria y las personas mayores - Orientación básica para actores humanitarios,* Ginebra, 2008.
www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-common&tempid=94

HelpAge International: www.helpage.org

ODI, *Network paper 53:* Assisting and protecting older people in emergencies. Londres, 2005.
www.odi.org.uk/resources/details.asp?id=357&title=protecting-assisting-older-people-emergencies

Desempeño, seguimiento y evaluación

ALNAP Annual Review, *Humanitarian Action: Improving Monitoring to Enhance Accountability and Learning,* Londres, 2003. www.alnap.org

ALNAP, *Real Time Evaluations of Humanitarian Action (Pilot Version),* Londres, 2009. www.alnap.org

Catley, A. et al., *Evaluación Participativa Del Impacto - Guía para profesionales,* Feinstein International Center, Tufts University, 2008.

wikis.uit.tufts.edu/confluence/display/FIC/Participatory+Impact+Assessment

Grupo URD, *Manual del COMPAS Calidad,* 2009.
www.compasqualite.org/es/index/index.php

OECD, *Guidance for the Evaluation of Humanitarian Assistance in Complex Emergencies,* París, 1999.
www.oecd.org/dac

Para más amplia información sobre desempeño, seguimiento y evaluación, véase también: ALNAP: www.alnap.org

Selección de los destinatarios

Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja: *Informe Mundial sobre Desastres* 2003 – Capítulo 1: Humanitarian ethics in disaster and war. www.ifrc.org/publicat/wdr2003/chapter1.asp

UNISDR, Menos vulnerabilidad, menos desastres, Ginebra, 2001.
www.unisdr.org/eng/public_aware/world_camp/2001/pa-camp01-kit-eng.htm

Normas mínimas sobre abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene

Cómo utilizar la información de este capítulo

Este capítulo se divide en siete secciones principales:

Abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene;
Promoción de la higiene;
Abastecimiento de agua;
Evacuación de excrementos;
Lucha antivectorial;
Gestión de desechos sólidos;
Drenaje.

La información de este capítulo se debe aplicar de conformidad con los principios de protección y las normas esenciales.

Aunque su objetivo principal es guiar la respuesta humanitaria después de un desastre, las normas mínimas pueden aplicarse también a la preparación para desastres y al período de transición hacia las actividades de recuperación y reconstrucción.

Cada sección contiene los aspectos siguientes:

- **Las normas mínimas,** que son de índole cualitativa y especifican los niveles mínimos que deben alcanzarse en una respuesta humanitaria en lo relativo al abastecimiento de agua, el saneamiento y la promoción de la higiene.
- **Las acciones clave,** que son actividades y aportes que se sugiere realizar para cumplir las normas.
- **Los indicadores clave,** que son las "señales" que permiten comprobar si se ha cumplido o no una norma. Ofrecen una forma de medir y comunicar los procedimientos y resultados de las acciones clave; están relacionados con las normas mínimas, no con las acciones clave.
- **Las notas de orientación,** que versan sobre los puntos específicos que han de tenerse en cuenta a la hora de aplicar las normas mínimas, las acciones clave y los indicadores clave en situaciones diferentes. Ofrecen una orientación para resolver las dificultades prácticas, así como puntos de referencia y consejos sobre temas prioritarios. Pueden abarcar también cuestiones cruciales relacionadas con las normas, las acciones o los indicadores, y exponen dilemas, puntos polémicos o lagunas que subsisten en los conocimientos actuales.

Si no se pueden cumplir los indicadores y las acciones clave, habrá que evaluar las consecuencias negativas que ello implica para la población afectada y tomar las medidas de mitigación que corresponda.

En el anexo 1 figura una lista de verificación para evaluar las necesidades; se incluyen notas de orientación en los anexos 2-6, y se proporciona también una selección de referencias y otras lecturas de interés, que remiten a fuentes de información sobre temas específicos y generales relacionados con este capítulo.

Índice

Introducción 93

1. Agua, saneamiento y promoción de la higiene 99

2. Promoción de la higiene 102

3. Abastecimiento de agua 109

4. Evacuación de excrementos 118

5. Lucha antivectorial 125

6. Gestión de desechos sólidos 132

7. Drenaje 137

Anexo 1 : Lista de verificación para la evaluación inicial de las necesidades en materia de abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene 140

Anexo 2 : Cantidades mínimas de agua para las instituciones y otros usos 145

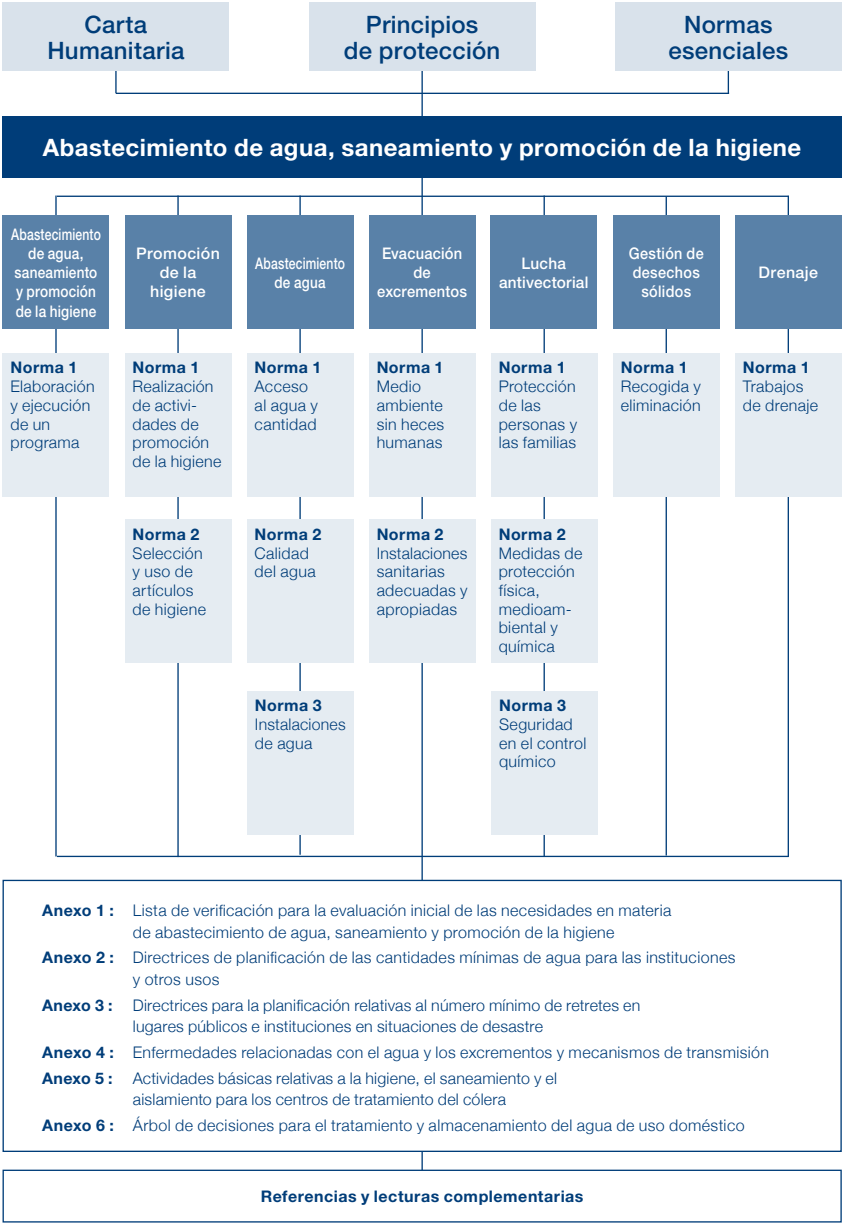
Anexo 3 : Número mínimo de letrinas en lugares públicos e instituciones en situaciones de desastre 146

Anexo 4 : Enfermedades relacionadas con el agua y los excrementos, y mecanismos de transmisión 147

Anexo 5 : Actividades básicas relativas a la higiene, el saneamiento y el aislamiento para los centros de tratamiento del cólera 148

Anexo 6 : Árbol de decisión para el tratamiento y almacenamiento del agua de uso doméstico 150

Referencias y lecturas complementarias 151


Carta Humanitaria
Principios de protección
Normas esenciales
Abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene
Abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene
Promoción de la higiene
Abastecimiento de agua
Evacuación de excrementos
Lucha antivectorial
Gestión de desechos sólidos
Drenaje
Norma 1 Elaboración y ejecución de un programa
Norma 1 Realización de activi-dades de promoción de la higiene
Norma 1 Acceso al agua y cantidad
Norma 1 Medio ambiente sin heces humanas
Norma 1 Protección de las personas y las familias
Norma 1 Recogida y eliminación
Norma 1 Trabajos de drenaje
Norma 2 Selección y uso de artículos de higiene
Norma 2 Calidad del agua
Norma 2 Instalaciones sanitarias adecuadas y apropiadas
Norma 2 Medidas de protección física, medioam-biental y química
Norma 3 Instalaciones de agua
Norma 3 Seguridad en el control químico
Anexo 1 : Lista de verificación para la evaluación inicial de las necesidades en materia de abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene
Anexo 2 : Directrices de planificación de las cantidades mínimas de agua para las instituciones y otros usos
Anexo 3 : Directrices para la planificación relativas al número mínimo de retretes en lugares públicos e instituciones en situaciones de desastre
Anexo 4 : Enfermedades relacionadas con el agua y los excrementos y mecanismos de transmisión
Anexo 5 : Actividades básicas relativas a la higiene, el saneamiento y el aislamiento para los centros de tratamiento del cólera
Anexo 6 : Árbol de decisiones para el tratamiento y almacenamiento del agua de uso doméstico
Referencias y lecturas complementarias

Introducción

Relación con la Carta Humanitaria y el derecho internacional

Las normas mínimas sobre abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene son una expresión concreta de las convicciones y los compromisos que comparten las organizaciones humanitarias, así como de los principios comunes, enunciados en la Carta Humanitaria, por los que se rige su acción. Fundados en el principio de humanidad y consagrados en el derecho internacional, dichos principios abarcan el derecho a la vida y a la dignidad, el derecho a la protección y a la seguridad, y el derecho a recibir asistencia humanitaria según las necesidades. En el anexo 1 (página 404) figuran, a modo de referencia, una lista de documentos jurídicos y normativos fundamentales, en los que se sustenta la Carta Humanitaria, así como comentarios explicativos destinados a todo el personal humanitario.

Aunque son principalmente los Estados los que deben garantizar el cumplimiento de los derechos arriba enunciados, las organizaciones humanitarias tienen la responsabilidad de trabajar con las poblaciones afectadas por un desastre de manera que se respeten esos derechos. De esos derechos de alcance general se derivan varios otros más específicos, como el derecho a la participación, el derecho a la información y el derecho a la no discriminación, los cuales constituyen la base de las normas esenciales, así como los derechos específicos al agua, al saneamiento, a la alimentación, a la vivienda y a la salud, en los que se sustentan estas normas esenciales y las normas mínimas contenidas en el presente Manual.

Toda persona tiene derecho al agua y al saneamiento. Este derecho, reconocido en los instrumentos jurídicos internacionales, permite el acceso al agua en cantidad suficiente, agua que ha de ser salubre, aceptable, físicamente accesible y barata para el uso personal y doméstico, y para instalaciones sanitarias accesibles. Es necesario disponer de una cantidad adecuada de agua salubre para prevenir la muerte por deshidratación, reducir el riesgo de contraer enfermedades relacionadas con el agua y satisfacer las necesidades relativas al consumo, la cocina y la higiene personal y doméstica.

El derecho al agua y al saneamiento está estrechamente vinculado con otros derechos humanos, como el derecho a la salud, el derecho a la vivienda y el derecho a una alimentación adecuada. Por ello, forma parte de las garantías esenciales para la supervivencia de los seres humanos. Incumbe a los Estados y a los actores no estatales la responsabilidad de hacer efectivo el derecho al agua y al saneamiento. En tiempo de conflicto armado, por ejemplo, se prohíbe atacar, destruir, sustraer o inutilizar las instalaciones de agua potable o las obras de riego.

Las normas mínimas que figuran en este capítulo no son la expresión completa del derecho al agua y al saneamiento. Sin embargo, las normas de Esfera recogen lo esencial del derecho al agua y al saneamiento y contribuyen a la realización progresiva de este derecho en todo el mundo.

La importancia del abastecimiento de agua, el saneamiento y la promoción de la higiene en casos de desastre

El agua y el saneamiento son determinantes para la supervivencia en las fases iniciales de un desastre. Las personas afectadas por los desastres suelen estar mucho más expuestas a contraer enfermedades y a morir a causa de ellas. Las enfermedades están relacionadas en gran medida con un saneamiento y un suministro de agua inadecuados y la incapacidad de mantener buenas prácticas de higiene. De estas enfermedades las más importantes son las diarreicas y las infecciosas transmitidas por vía fecal-oral (véase el anexo 4: Enfermedades relacionadas con el agua y los excrementos y mecanismos de transmisión). Entre otras enfermedades vinculadas con el agua y el saneamiento figuran las transmitidas por vectores asociados con los desechos sólidos y el agua. En el manual Esfera, el término «saneamiento» se refiere a todo lo relativo a la evacuación de excrementos, la lucha antivectorial, la eliminación de desechos sólidos y el drenaje.

El principal objetivo de los programas de abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene en casos de desastre es reducir la transmisión de las enfermedades propagadas por vía fecal-oral y la exposición a los vectores de enfermedades, mediante:

- la promoción de buenas prácticas de higiene;
- el abastecimiento de agua salubre para beber;
- la reducción de riesgos medioambientales para la salud;
- la creación de condiciones que permitan a las personas vivir con buena salud, dignidad, comodidad y seguridad.

El simple hecho de proveer un número adecuado de instalaciones de abastecimiento de agua y saneamiento no bastará por sí solo para lograr una utilización óptima o el mejor efecto en la salud pública. Para alcanzar el máximo beneficio de la respuesta humanitaria, es imperativo garantizar que los afectados por el desastre dispongan de la información, los conocimientos y la comprensión necesarios para prevenir las enfermedades relacionadas con el agua y el saneamiento, y hacer que participen en la concepción y el mantenimiento de esas instalaciones.

Cuando utilizan las instalaciones comunitarias de agua y saneamiento, por ejemplo en los casos en que hay refugiados o personas desplazadas, las mujeres y las niñas están más expuestas a la violencia sexual y a otras formas de violencia basadas en el género. Para reducir al mínimo esos riesgos y ofrecer una respuesta de mejor calidad, es esencial garantizar la participación de las mujeres en los programas de abastecimiento de agua y saneamiento. La participación equitativa de mujeres y hombres en la planificación, la toma de decisiones y la gestión local contribuirá a asegurar que toda la población afectada tenga un acceso fácil y seguro a los servicios de abastecimiento de agua y saneamiento, y que estos servicios sean apropiados.

En situaciones de desastre, mientras mejor sea la preparación más eficaz será la respuesta en materia de salud pública. Esta preparación se obtiene gracias a las capacidades, las relaciones y los conocimientos que hayan podido desarrollar los gobiernos, las organizaciones humanitarias, las organizaciones locales de la sociedad civil, las comunidades y las personas para prever las situaciones y afrontar con eficacia los peligros probables e inminentes. La preparación se basa en un análisis de los riesgos y está estrechamente relacionada con los sistemas de alerta temprana. También incluye la planificación de contingencia, la constitución de reservas de equipos y suministros, la prestación de servicios de emergencia, la concertación de acuerdos contingentes, la capacitación de personal y la capacitación en materia de planificación a nivel comunitario y los entrenamientos.

Relación con otros capítulos

Muchas de las normas enunciadas en los demás capítulos son útiles para el presente capítulo. Los progresos que se realicen para cumplir las normas en un ámbito específico suelen influir, e incluso determinar, los progresos en otros ámbitos. Para que la respuesta sea eficaz se requieren una coordinación y una colaboración estrechas con otros sectores. Es necesario también coordinar con las autoridades locales y con otras organizaciones participantes en la respuesta a fin de garantizar que las necesidades sean atendidas, no se dupliquen los esfuerzos y se optimice la calidad de las intervenciones en materia de agua y saneamiento.

Por ejemplo, cuando no se han respetado las normas en materia de nutrición, es más urgente mejorar la calidad de los servicios de abastecimiento de agua y saneamiento porque habrá aumentado significativamente la vulnerabilidad de las personas a contraer enfermedades. Lo mismo cabe decir de los grupos de población en los que se registra una elevada prevalencia de VIH y SIDA o en los que hay un gran número de personas de edad o con discapacidad. Las prioridades deben decidirse sobre la base de información fiable que se da a conocer entre los sectores a medida que evoluciona la situación. Si procede, se hará también referencia a las demás normas de apoyo o complementarias.

Relación con los principios de protección y las normas esenciales

Para cumplir las normas presentadas en este manual, todas las organizaciones humanitarias deben guiarse por los principios de protección, incluso si no tienen un mandato específico de protección ni son especialistas en la materia. Los principios no son absolutos: se admite que las circunstancias pueden limitar hasta qué punto las organizaciones pueden aplicarlos. Sin embargo, los principios de protección son el reflejo de preocupaciones humanitarias universales que deberían guiar la acción en todo momento.

Las normas esenciales son normas básicas relativas a los procesos y al personal comunes a todos los sectores. Las seis normas esenciales abarcan la participación, la evaluación inicial, la respuesta, la selección de beneficiarios, el seguimiento, la evaluación, el desempeño de los trabajadores humanitarios, así como la supervisión del personal y el apoyo que se le presta. Ofrecen un punto de referencia único para los enfoques que sustentan a todas las demás normas del manual. Por consiguiente para cada capítulo técnico hay que utilizar al mismo tiempo las normas esenciales que contribuirán a lograr el cumplimiento de las demás normas en él contenidas. En particular, para lograr que una respuesta

sea apropiada y de calidad, será importante maximizar la participación de las personas afectadas por el desastre, incluidos los grupos y personas más expuestos al riesgo en casos de desastre.

Vulnerabilidades y capacidades de las poblaciones afectadas por un desastre

Esta sección está concebida para utilizarse juntamente con las normas esenciales y sirve para reforzarlas.

Es muy importante comprender que una persona no es más vulnerable ni está expuesta a un mayor riesgo meramente porque es joven, o de edad avanzada, porque es una mujer o una persona con discapacidad o que vive con el VIH. Es más bien la combinación de varios de esos factores lo que lleva a ese resultado. Así por ejemplo, una persona de más de 70 años que vive sola y no goza de buena salud, será sin duda más vulnerable que una persona de la misma edad y con el mismo estado de salud pero que vive rodeada por una familia numerosa y que tiene un ingreso suficiente. Análogamente, una niña de 3 años es mucho más vulnerable cuando no está acompañada que si estuviera cuidada por padres responsables.

En la medida en que se aplican las normas sobre abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene y se implementan las acciones clave, el análisis de la vulnerabilidad y la capacidad permite asegurar que la respuesta en casos de desastre se dirige efectivamente a las personas que tienen derecho a una asistencia sin discriminación y que más lo necesitan. Para ello, se precisa una comprensión cabal del contexto local y de la manera en que una determinada crisis afecta de diferentes formas a grupos específicos de personas a causa de vulnerabilidades ya existentes (por ejemplo en una situación de pobreza extrema o de discriminación), el hecho de verse expuestos a diversas amenazas contra su seguridad (por ejemplo, la violencia de género, como la explotación sexual), la incidencia o prevalencia de enfermedades (por ejemplo, el VIH o la tuberculosis), y los riesgos de epidemias (por ejemplo el sarampión o el cólera). Los desastres pueden agravar las disparidades que ya existían. Por ello, es esencial preconizar las estrategias que permiten a las personas hacer frente a una situación, y potenciar su resiliencia y su recuperación. Asimismo, es necesario promover y reforzar sus conocimientos, competencias y estrategias, reforzar su acceso a los servicios de apoyo social, jurídico, financiero y psicosocial, así como ayudarlas a salvar los diversos obstáculos físicos, culturales, económicos y sociales con los que pueden tropezar al buscar un acceso equitativo a dichos servicios.

A continuación se mencionan algunas de las medidas más importantes que deben adoptarse para poder garantizar que los derechos y las capacidades de todas las personas vulnerables se tengan debidamente en cuenta.

- Optimizar la participación de las personas, velando por que se incluyan todos los grupos representativos, especialmente aquellos que son menos visibles (como las personas con dificultad para comunicarse o moverse, las personas que viven en instituciones, los jóvenes estigmatizados y otros grupos subrepresentados o no representados).
- Desglosar los datos por sexo y por edad (0-80 años y más) durante la evaluación –se trata de un elemento importante para que en el sector del abastecimiento de agua, el saneamiento y la promoción de la higiene se tenga debidamente en cuenta la diversidad de los grupos de población.
- Velar por que todos los miembros de la comunidad sepan que tienen derecho a la información sobre las prestaciones y por que tengan acceso a dicha información.

Normas mínimas

1. Abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene

El objetivo de todo programa de abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene es fomentar una buena higiene personal y medioambiental a fin de proteger la salud, tal como se muestra en el diagrama que figura más abajo. Para ser eficaz, un programa de este tipo se basa en el intercambio de información entre la organización interesada y la población afectada por el desastre, con objeto de detectar los principales problemas en materia de higiene y hallar soluciones adaptadas culturalmente. Sólo mediante el uso óptimo de todas las instalaciones de abastecimiento de agua y saneamiento y la práctica de una buena higiene se obtendrán los mayores efectos en la salud pública.

La promoción de la higiene es vital para el éxito de una respuesta en materia de abastecimiento de agua, saneamiento e higiene. La atención prioritaria que se presta a la promoción de la higiene es, a la vez, general y específica. De manera general, ésta forma parte integrante de todas las secciones y se refleja en los indicadores establecidos para el abastecimiento de agua, la evacuación de excrementos, la lucha antivectorial, la gestión de desechos sólidos y el drenaje. Más específicamente, el presente capítulo se centra en dos normas de promoción de la higiene y versa sobre las actividades específicas en la materia.

ABASTECIMIENTO DE AGUA, SANEAMIENTO Y PROMOCIÓN DE LA HIGIENE - PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

Norma 1 sobre abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene
Elaboración y ejecución del programa

Las necesidades de la población afectada en materia abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene son atendidas y, llegado el caso, los usuarios participan en el diseño, la gestión y el mantenimiento de las instalaciones.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Determinar los principales riesgos de importancia para la salud pública, en consulta con la población afectada (véanse la nota de orientación 1 y las normas esenciales 1, 3 y 4).
- Satisfacer las necesidades de la población afectada en materia de salud pública según las necesidades prioritarias (véase la nota de orientación 1).
- Solicitar sistemáticamente la opinión de los diferentes grupos de usuarios sobre el diseño y la aceptabilidad tanto de las instalaciones, como de los métodos promocionales en relación con todas las actividades del programa de abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene (véanse las normas esenciales 1, 3 y 4).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Todos los grupos de población tienen un acceso seguro y equitativo a los recursos e instalaciones de abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene, utilizan las instalaciones facilitadas y toman las medidas necesarias a fin de reducir los riesgos para la salud pública (véase la norma 2 sobre promoción de la higiene, página 106).
- Todo el personal encargado del programa de abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene se comunica de manera clara y respetuosa con las personas afectadas y les da a conocer sin restricción la información acerca del proyecto, respondiendo, por ejemplo, a las preguntas que puedan plantear los miembros de la comunidad al respecto.
- Se establece un sistema para la gestión y el mantenimiento de las instalaciones en función de las necesidades y los diferentes grupos contribuyen a estas tareas de manera equitativa (véase la nota de orientación 1).

- Todos los usuarios están satisfechos de la elaboración y la ejecución del programa de abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene, que les aporta más seguridad y restablece su dignidad.

Notas de orientación

1. ***Evaluación de las necesidades:*** es preciso determinar las prácticas de riesgo que podrían aumentar la vulnerabilidad de las personas, y ver en qué medida se puede remediar esto mediante la provisión de instalaciones de abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene y la realización de actividades promocionales en materia de higiene. Es probable que los principales riesgos tengan que ver sobre todo con la seguridad de las personas cuando acceden a las instalaciones, la discriminación de los grupos marginados que afecta al acceso, el uso y mantenimiento de las letrinas, el no lavarse las manos con jabón u otro producto, la recogida y el almacenamiento antihigiénicos de agua, y el almacenamiento y preparación antihigiénicos de alimentos. La evaluación deberá tener en cuenta los recursos de que dispone la población, así como los conocimientos y prácticas locales para que las actividades promocionales sean eficaces, pertinentes y prácticas. En la evaluación inicial y continua es necesario considerar las normas sociales y culturales que podrían facilitar o comprometer el respeto de las buenas prácticas de higiene. Se prestará especial atención a las necesidades de las personas vulnerables. Si no es posible consultar con alguno de esos grupos, habrá que indicarlo claramente en el informe de evaluación, que se transmitirá lo antes posible (véase la norma esencial 3, página 67).

2. Promoción de la higiene

La promoción de la higiene es una estrategia planificada y sistemática que permite a las personas tomar las medidas necesarias para prevenir o limitar el riesgo de enfermedades relacionadas con el agua, el saneamiento y la higiene. Se trata asimismo de una forma práctica de fomentar la participación de la comunidad, el sentido de la responsabilidad y el seguimiento de los programas de abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene. Toda acción de promoción de la higiene debe basarse en los conocimientos, las prácticas y los recursos de la población afectada, así como en la base de datos actual sobre abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene, para poder decidir la mejor manera de proteger la salud pública.

La promoción de la higiene consiste en garantizar que las personas utilizan de manera óptima las instalaciones de agua, saneamiento e higiene y los servicios provistos en el programa; también comprende la puesta en funcionamiento y el mantenimiento de las instalaciones. Los tres factores clave son:

1. el intercambio de información y conocimientos;
2. la movilización de las comunidades afectadas;
3. el suministro de materiales e instalaciones indispensables.

La movilización de las comunidades es especialmente oportuna en casos de desastre, ya que es necesario alentar a las personas afectadas a tomar medidas para que protejan su salud. Cuando sea posible, las actividades promocionales se apoyarán en los métodos interactivos en lugar de centrarse exclusivamente en la difusión masiva de mensajes.

Norma 1 sobre promoción de la higiene: Implementación de las actividades

Los hombres, las mujeres y los niños de todas las edades afectados por el desastre conocen los principales riesgos para la salud pública y son movilizados para adoptar medidas destinadas a prevenir el deterioro de las condiciones higiénicas y utilizar y mantener las instalaciones facilitadas.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Facilitar sistemáticamente información sobre los riesgos relacionados con la falta de higiene y las medidas preventivas mediante canales de comunicación de masa apropiados (véanse las notas de orientación 1-2).
- Identificar los factores sociales, culturales o religiosos específicos que puedan motivar a los diferentes grupos sociales de la comunidad y utilizarlos como base de la estrategia de comunicación sobre la promoción de la higiene (véase la nota de orientación 2).
- Utilizar, cuando sea factible, métodos de comunicación interactivos sobre las cuestiones de higiene a fin de mantener un diálogo y un debate permanentes con las personas afectadas (véase la nota de orientación 3).
- En colaboración con la comunidad afectada, efectuar un seguimiento periódico de las principales prácticas de higiene y del uso de las instalaciones facilitadas (véanse la nota de orientación 3 y la norma esencial 5, las notas de orientación 1, 3-5, páginas 77-78).
- Negociar con la población y las principales partes interesadas para definir las condiciones de los movilizadores comunitarios (véase la nota de orientación 5).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Todos los grupos de usuarios pueden explicar y enseñar lo que han hecho para evitar que se deterioren las condiciones de higiene (véase la nota de orientación 1).
- Todas las instalaciones facilitadas se utilizan correctamente y se mantienen con regularidad.
- Todas las personas se lavan las manos después de defecar, después de hacer la higiene anal a un bebé, antes de comer y antes de preparar alimentos (véase la nota de orientación 6).

- Todos los mensajes y actividades de promoción de la higiene abarcan los comportamientos clave y los conceptos erróneos y están destinados a todos los grupos de usuarios (véase la nota de orientación 6).
- Los representantes de todos los grupos de usuarios participan en la planificación, capacitación, realización, seguimiento y evaluación de la labor de promoción de la higiene (véanse las notas de orientación 1-6 y la norma esencial 1, las notas de orientación 1-5, páginas 61-63).
- Las personas encargadas de cuidar niños de corta edad y lactantes reciben los medios necesarios para la eliminación segura de las heces de los niños (véanse la norma 1 sobre evacuación de excrementos, página 118 y la nota de orientación 6).

Notas de orientación

1. ***Seleccionar como prioridad los riesgos y comportamientos en materia de higiene:*** la evaluación de los riesgos en materia de higiene, las tareas y responsabilidades de los diferentes grupos permitirá comprender mejor la situación y, por lo tanto, planificar y priorizar las medidas de ayuda. De este modo, la corriente de información entre los actores humanitarios y la población afectada estará dirigida correctamente y se corregirán los conceptos erróneos, si los hubiere.
2. ***Llegar a todos los sectores de la población:*** en las fases iniciales de un desastre, tal vez sea necesario recurrir a los medios de comunicación para que el mayor número posible de personas reciba la información importante sobre cómo reducir los riesgos para la salud. Se deberá facilitar a los diferentes grupos diversos material de información, educación y comunicación a través de los canales de comunicación pertinentes a fin de que la información llegue a todos los miembros de la población. Esto reviste especial importancia para todas las personas que no saben leer o no tienen acceso a la radio ni a la televisión. En este caso, los medios de comunicación populares (obras de teatro, canciones, teatro en la calle, danza, etc.) también pueden resultar muy útiles. La coordinación con el grupo sectorial de educación será importante para aprovechar las oportunidades de realizar actividades de higiene en las escuelas.
3. ***Métodos interactivos:*** los materiales didácticos y los métodos participativos, cuando son culturalmente apropiados, brindan a las personas afectadas la oportunidad de planificar sus propias medidas para mejorar la higiene y vigilar los resultados. También son una ocasión para que formulen sugerencias o quejas respecto del programa, llegado el caso. La planificación de la promoción de la higiene debe ser culturalmente apropiada. Las actividades promocionales deben estar a cargo de facilitadores que tengan

las características y las competencias necesarias para trabajar con grupos de personas que tengan creencias y estilos de vida diferentes de las de ellos (por ejemplo, en algunas culturas no es aceptable que las mujeres hablen con hombres que no conocen).

4. ***Sobrecarga:*** es importante que no se imponga a ningún grupo (las mujeres, por ejemplo) dentro de la población afectada demasiadas responsabilidades respecto de las actividades de promoción de la higiene o de la gestión de dichas actividades. Se ofrecerán ventajas, tales como una capacitación o un empleo, a las mujeres, los hombres y los grupos marginados.

5. ***Condiciones de empleo de los movilizadores comunitarios:*** el recurso a agentes de divulgación o visitadores a domicilio ofrece la posibilidad de entrar en contacto e interactuar con un mayor número de personas, pero esos agentes necesitan apoyo para desarrollar sus competencias como facilitadores. Como indicación general, en el contexto de un campamento, debería haber dos promotores de higiene o movilizadores comunitarios por cada 1.000 personas de la población afectada. Los movilizadores comunitarios pueden ser empleados también por día, sobre la base de un contrato o como voluntarios, de conformidad con la legislación nacional. Habrá que resolver con la población afectada, las organizaciones de ejecución y los diversos grupos sectoriales si esos agentes deben ser remunerados o trabajar como voluntarios para no suscitar tensiones, ni perjudicar a largo plazo la sostenibilidad de los sistemas ya establecidos.

6. ***Motivar el compromiso de los diferentes grupos:*** es muy importante darse cuenta de que la salud no es necesariamente el principal incentivo para modificar un comportamiento. La necesidad de privacidad, la seguridad, la comodidad, la observancia de las normas culturales y religiosas, la condición y la estima a nivel social pueden ser factores desencadenantes mucho más poderosos que la promesa de un mejor estado de salud. Es necesario tener en cuenta esos factores a la hora de concebir las actividades promocionales, e incorporarlos efectivamente en el diseño y la implantación de las instalaciones, en colaboración con los ingenieros. Es indispensable no sólo poner énfasis en el cambio de comportamiento de las personas, sino también en la movilización social y el trabajo en grupo.

Norma 2 sobre promoción de la higiene:
Selección y uso de artículos de higiene

La población afectada por el desastre tiene acceso a artículos de higiene; ayuda a seleccionarlos y promover su uso a fin de garantizar una buena higiene, la salud, la dignidad y el bienestar de la persona.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Consultar con todos los hombres, mujeres y niños de todas las edades sobre los principales artículos de higiene que necesitan (véanse las notas de orientación 1, 3-4).
- Efectuar oportunamente una distribución de artículos de higiene para satisfacer las necesidades inmediatas de la comunidad (véanse las notas de orientación 2-3).
- Hacer un seguimiento después de la distribución de artículos de higiene a fin de evaluar el uso que se ha hecho de ellos y comprobar si los beneficiarios están satisfechos (véanse las notas de orientación 3 y 5).
- Estudiar y evaluar la posibilidad de recurrir a soluciones alternativas a la distribución de artículos de higiene, por ejemplo entrega de dinero en efectivo, cupones y/o artículos no alimentarios (véase la norma 1 sobre seguridad alimentaria: entregas de dinero en efectivo y de cupones, página 229).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Las mujeres, los hombres y los niños tienen acceso a artículos de higiene y los utilizan apropiadamente para mantener la salud, la dignidad y el bienestar (véanse las notas de orientación 1, 7 y 9).
- Todas las mujeres y las niñas en edad de menstruar reciben los artículos apropiados para la higiene menstrual tras consulta con la población afectada (véanse las notas de orientación 5 y 8).
- Todos los hombres, las mujeres y los niños tienen acceso a la información y a las indicaciones sobre el uso seguro de los artículos de higiene que no les son familiares (véase la nota de orientación 5).
- Se facilita a la población afectada información sobre los horarios, los lugares, la lista de productos y los grupos destinatarios para la distribución de artículos no alimentarios (véanse las notas de orientación 3-5).
- La seguridad de la población afectada y del personal es una preocupación fundamental a la hora de organizar una distribución de artículos no alimentarios (véanse el principio de protección 1, notas de orientación 1-3, páginas 37-38)

Notas de orientación

1. ***Artículos de higiene esenciales:*** un paquete con artículos de higiene esenciales contiene recipientes de agua (cubos), jabón de baño y para lavar la ropa, y artículos de higiene menstrual.

Lista de artículos de higiene esenciales

Un recipiente para acarrear agua de 10–20 litros	Uno por familia
Un recipiente para almacenar agua de 10–20 litros	Uno por familia
250g de jabón de baño	Uno por persona y por mes
200 g de jabón para lavar la ropa	Uno por persona y por mes
Artículos apropiados para la higiene menstrual, por ej. paños de algodón lavable	Uno por persona

2. ***Coordinación:*** discutir con el grupo sectorial de alojamiento y la población afectada si se necesitan otros artículos no alimentarios, tales como mantas, que no se incluyen en los artículos de higiene esenciales (véase la norma 1 sobre artículos no alimentarios, página 308).

3. ***Distribución oportuna de artículos de higiene:*** a fin de efectuar oportunamente una distribución de artículos de higiene, quizás sea necesario suministrar algunos artículos básicos (jabón, bidones, etc.) sin haber recibido antes el asenso de la población afectada y, tras consulta, llegar a un acuerdo para organizar distribuciones ulteriormente.

4. ***Necesidades prioritarias:*** algunas personas pueden decidir vender los artículos que se les ha suministrado si no se satisfacen adecuadamente sus necesidades esenciales; por consiguiente, es indispensable tener en cuenta los medios de subsistencia de las personas a la hora de planificar las distribuciones.

5. ***Artículos apropiados:*** es necesario tener mucho cuidado con los artículos que se suministran para evitar proveer productos que no se utilizarán porque son desconocidos o podrían ser utilizados por error (por ejemplo, cuando se pueden confundir con productos alimentarios). Cuando es conveniente o preferible desde un punto de vista cultural, recomendar el uso de polvos en lugar de jabón para lavar.

6. ***Reaprovisionamiento:*** habrá que considerar el reaprovisionamiento de productos de consumo cuando sea necesario.

7. ***Necesidades especiales:*** algunas personas con necesidades especiales (por ejemplo, en caso de incontinencia o de diarrea grave) pueden necesitar mayores cantidades de artículos de higiene personal, como jabón. Las personas con discapacidad o que están postradas en cama pueden necesitar artículos adicionales como orinales. Es probable que otros artículos precisen adaptación para un uso sanitario (silla con orinal).

8. ***Higiene menstrual:*** se deben tomar disposiciones para el lavado o la eliminación de forma discreta de artículos de higiene menstrual.

9. ***Otros artículos de higiene:*** dadas las prácticas sociales y culturales existentes, puede que sea necesario facilitar otros artículos de higiene personal. Si se dispone de ellos, se podrían suministrar los artículos siguientes (por persona y por mes):

   - 75ml/100g de pasta de dientes;
   - un cepillo de dientes;
   - 250ml de champú;
   - 250ml de loción para bebés y niños de hasta 2 años;
   - una maquinilla de afeitar desechable;
   - ropa interior de mujer y de niñas en edad de menstruar;
   - un cepillo de pelo y/o un peine;
   - un cortaúñas;
   - pañales y bacinicas (según las necesidades de la familia).

3. Abastecimiento de agua

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

Norma 1 sobre abastecimiento de agua:
Acceso al agua y cantidad disponible

Todas las personas tienen un acceso seguro y equitativo al agua en cantidad suficiente para beber, cocinar y realizar la higiene personal y doméstica. Los puntos de abastecimiento de agua públicos están suficientemente cerca de los hogares para permitirles utilizar el mínimo indispensable de agua.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Localizar la fuente de agua más apropiada para la situación, tomando en consideración la cantidad disponible y el impacto medioambiental de las fuentes de agua (véase la nota de orientación 1).
- Establecer las prioridades y suministrar agua para satisfacer las necesidades de la población afectada (véanse las notas de orientación 2 y 4).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- La cantidad promedio de agua utilizada para beber, cocinar y realizar la higiene personal en los hogares es de al menos 15 litros por persona y por día (véanse las notas de orientación 1-8).
- La distancia máxima de cualquier hogar al punto de abastecimiento de agua más cercano es de 500 metros (véanse las notas de orientación 1, 2, 5 y 8).
- El tiempo que hay que hacer cola en un punto de abastecimiento de agua no excede los 30 minutos (véase la nota de orientación 7).

Notas de orientación

1. ***Selección de fuentes de agua:*** al seleccionar las fuentes de agua se deben tener en cuenta los factores siguientes: la disponibilidad, la proximidad y la sostenibilidad de una cantidad suficiente de agua; si es necesario o no tratar el agua, y si este tratamiento es factible, incluida la existencia de factores sociales, políticos o jurídicos relativos a la fuente de agua. En general, se prefieren las fuentes de aguas subterráneas y/o los manantiales cuyo flujo es movido por gravedad porque requieren menos tratamiento y no hay necesidad de bombeo. En casos de desastre, a menudo es preciso utilizar en la fase inicial una combinación de métodos de abastecimiento y fuentes de agua. Es necesario mantener una vigilancia constante de todas las fuentes para evitar así la explotación excesiva.

2. ***Necesidades:*** las cantidades de agua necesarias para el consumo doméstico varían según el clima, las instalaciones de saneamiento disponibles, los hábitos de las personas, sus prácticas religiosas y culturales, los alimentos que cocinan, la ropa que se ponen, etc. En general, mientras más cerca esté la vivienda de la fuente de agua, mayor es el consumo de agua Siempre que sea posible, se puede exceder la cantidad de 15 litros por persona y por día para adaptarse a una norma local que sea más elevada.

Necesidades básicas de agua para asegurar la supervivencia

Necesidades para asegurar la supervivencia: consumo de agua (para beber y utilizar con los alimentos)	2,5–3 litros por día	Depende del clima y la fisiología individual
Prácticas de higiene básicas	2–6 litros por día	Depende de las normas sociales y culturales
Necesidades básicas para cocinar	3–6 litros por día	Depende del tipo de alimentos y las normas sociales y culturales
Necesidades básicas: cantidad total de agua	7,5–15 litros por día	

Para más indicaciones sobre las cantidades mínimas de agua necesarias para las instituciones y otros usos, consultar el anexo 2. Con respecto a las necesidades de agua para el ganado en situaciones de emergencia, consultar Livestock Emergency Guidelines and Standards (en Referencias y lecturas complementarias).

3. ***Mediciones:*** las encuestas de hogares, la observación y los grupos de discusión comunitarios son métodos más eficaces para obtener datos sobre el uso y consumo de agua que la medición del volumen de agua bombeado en la red de distribución o el tiempo de funcionamiento de las bombas manuales.

4. ***Cantidad/cobertura:*** en una situación de desastre, y hasta que se hayan cumplido las normas mínimas relativas a la cantidad y calidad del agua, la prioridad es facilitar un acceso equitativo a una cantidad adecuada de agua, incluso si es de calidad media. Las personas afectadas por un desastre son mucho más vulnerables a las enfermedades; por lo tanto, es imprescindible ceñirse a los indicadores de acceso al agua y de cantidad, incluso si sobrepasan las normas habituales de la población afectada o la población de acogida. Hay que tener especialmente en cuenta el hecho de que las personas con enfermedades particulares, como el VIH y el SIDA, necesitan más agua. En caso de sequía, hay que atender a las necesidades de agua del ganado y los cultivos. Para no suscitar ninguna hostilidad, se recomienda satisfacer de manera equitativa las necesidades de agua y saneamiento tanto de la población de acogida, como de la población afectada (véase el anexo 2: Cantidades mínimas de agua para instituciones y otros usos).

5. ***Número máximo de personas por fuente de agua:*** el número de personas por fuente de agua depende del caudal y de la disponibilidad de agua de cada fuente. Las cantidades son aproximadamente las siguientes:

250 personas por grifo	sobre la base de un caudal de 7,5 litros/minuto
500 personas por cada bomba manual	sobre la base de un caudal de 17 litros/minuto
400 personas por cada pozo abierto de un solo usuario	sobre la base de un caudal de 12,5 litros/minuto

Se parte del supuesto de que el punto de abastecimiento de agua es accesible durante unas ocho horas por día y el caudal es constante. Si el acceso es posible durante un tiempo más largo, las personas pueden recoger más de la cantidad mínima de 15 litros por día. Estos objetivos deben utilizarse con prudencia puesto que el hecho de alcanzarlos no garantiza necesariamente una cantidad mínima de agua ni un acceso equitativo.

6. ***Tiempo de espera haciendo cola:*** si el tiempo de espera haciendo cola es excesivo, ello indica que no se dispone de agua suficiente (sea porque el número de puntos de agua es inadecuado o bien porque el caudal es inadecuado). Los resultados negativos posibles de un tiempo de espera excesivo

son la reducción del consumo de agua per cápita; el aumento del consumo de agua procedente de fuentes de superficie no protegidas y la disminución del tiempo que pueden dedicar las personas encargadas de recoger agua a otras tareas esenciales para su supervivencia.

7. ***Acceso y equidad:*** incluso si se dispone de una cantidad suficiente de agua para cubrir las necesidades mínimas, es preciso tomar otras medidas a fin de garantizar un acceso equitativo para todos los grupos. Los puntos de abastecimiento de agua deben estar situados en zonas que son accesibles para todos sin distinción de sexo o de etnia, por ejemplo. Probablemente habrá que diseñar o adaptar algunas bombas manuales y recipientes para el acarreo de agua a fin de que puedan utilizarlos las personas que viven con el VIH o el SIDA, las personas de edad, las personas con discapacidad o los niños. En los casos en que el agua es racionada o bombeada a horas determinadas, habrá que planificar un sistema en consulta con los usuarios, incluidas las mujeres.

Norma 2 sobre abastecimiento de agua:
Calidad del agua

El agua tiene un sabor agradable y suficiente calidad para beberla y utilizarla para la preparación de alimentos y la higiene personal y doméstica sin que ello entrañe riesgos para la salud.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Emprender rápidamente un control sanitario y, si el tiempo y la situación lo permitan, trazar un plan de salubridad del agua proveniente de la fuente de abastecimiento (véanse las notas de orientación 1-2).
- Implementar todas las medidas necesarias para reducir al mínimo la contaminación después del suministro del agua (véanse las notas de orientación 3-4 y la norma 1 sobre promoción de la higiene, página 103).
- En el caso de abastecimiento de agua por tuberías y de todos los abastecimientos de agua cuando hay un riesgo de epidemia de enfermedades diarreicas, tratar el agua con un desinfectante de forma que se obtenga una concentración de cloro residual de 0,5 mg/l y un grado de turbidez inferior a 5 UTN (unidades de turbidez nefelométrica). En el caso de enfermedades diarreicas específicas, velar por que la concentración de cloro residual sea superior a 1mg/l (véanse las notas de orientación 5-8).
- Cuando se proponga un tratamiento del agua en los hogares, velar por que vaya acompañado de actividades de promoción, capacitación y seguimiento (véanse las notas de orientación 3 y 6).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- No hay coliformes fecales por 100ml en el punto donde está la salida del agua (véanse las notas de orientación 2, 4-7).

  Todas las medidas de tratamiento del agua en los hogares mejoran eficazmente la calidad microbiológica del agua y se acompañan de actividades adaptadas de capacitación, promoción y seguimiento (véanse las notas de orientación 3–6).

- No se detectan efectos negativos para la salud debido al consumo a corto plazo de agua contaminada por productos químicos (incluidas impurezas de los productos químicos del tratamiento) o de procedencia radiológica, y la evaluación no revela una probabilidad significativa de ese tipo de efectos (véase la nota de orientación 7).

- Todas las personas afectadas prefieren beber agua procedente de una fuente protegida o tratada a beber de otras fuentes de fácil acceso (véanse las notas de orientación 3 y 6).

- No se registra ningún brote de enfermedades de origen hídrico o relacionadas con el agua (véanse las notas de orientación 1–9).

Notas de orientación

1. ***Control sanitario y plan de salubridad del agua:*** el control sanitario es una evaluación de las condiciones y prácticas que pueden entrañar un riesgo para la salud pública. La evaluación abarca las causas posibles de contaminación del agua en la fuente, durante el transporte y en el hogar, así como las prácticas de defecación, los sistemas de drenaje y la gestión de los desechos sólidos. Realizar un mapeo de la comunidad es un método especialmente eficaz de determinar dónde se encuentran los peligros para la salud pública, porque en esta labor participa la población en la búsqueda de formas de reducir los riesgos. Cabe observar que si bien los excrementos de los animales no son tan nocivas como las humanas, pueden contener microorganismos, tales como criptosporidio, giardia, salmonela, campilobacter, calicivirus y otros causantes comunes de diarrea humana y, por lo tanto, presentan un peligro considerable contra la salud. La OMS recomienda la utilización del plan de seguridad del agua. Se trata de un enfoque integral que engloba la determinación de los peligros y la evaluación de los riesgos, un plan de ampliación o mejoramiento, la vigilancia de las medidas de control, así como los procedimientos de gestión, con inclusión de la elaboración de programas de apoyo (véanse Referencias y lecturas complementarias).

2. ***Calidad microbiológica del agua:*** las bacterias coliformes fecales (de las cuales más del 99% son E. coli) son un indicador del nivel de contaminación del agua por desechos humanos o animales y de la posible presencia

de agentes patógenos peligrosos. Si hay coliformes fecales, el agua deberá ser tratada.

3. ***Promoción de fuentes protegidas:*** el mero hecho de proveer fuentes protegidas o agua tratada tendrá un efecto limitado si las personas no entienden sus beneficios para la salud y, por ende, no la utilizan. Puede que las personas prefieran usar fuentes no protegidas, como ríos, lagos o pozos sin protección, por razones de sabor, proximidad y comodidad. En esos casos, es necesario que los técnicos, los promotores de la higiene y los movilizadores comunitarios entiendan las razones de esas preferencias para que puedan incorporarlas en las discusiones y los mensajes promocionales.

4. ***Contaminación en el punto de salida del agua:*** el agua que es salubre en el punto de salida puede presentar un riesgo importante para la salud debido a una eventual contaminación durante la recogida, el almacenamiento y la extracción. A fin de reducir al mínimo ese riesgo, cabe tomar algunas medidas como mejorar las prácticas de recogida y almacenamiento, así como distribuir recipientes limpios y adecuados (véase la norma 3 sobre abastecimiento de agua, página 116). Se deben tomar muestras de agua regularmente en el lugar donde se utiliza a fin de detectar toda contaminación después de su salida.

5. ***Desinfección del agua:*** El agua debe ser tratada con un desinfectante residual como el cloro si existe un peligro real de contaminación en la fuente de abastecimiento o en el punto de salida del agua. Determinarán este riesgo las condiciones prevalecientes en el asentamiento, tales como la densidad demográfica, los sistemas de evacuación de excrementos, las prácticas de higiene y la prevalencia de enfermedades diarreicas. En caso de que exista el peligro o la presencia de una epidemia de diarrea, toda el agua de bebida será tratada, sea antes de la distribución o bien en el hogar. Para poder desinfectar correctamente el agua, la turbidez debe ser inferior a 5 UTN, aunque a corto plazo en caso de emergencia, se podrá desinfectar el agua que presenta un mayor grado de turbidez empleando una doble dosis de cloro, luego procediendo a una filtración para reducir el grado de turbidez (véase el anexo 6: Árbol de decisión para el tratamiento y el almacenamiento de agua de uso doméstico).

6. ***Tratamiento del agua en el hogar:*** cuando no es posible utilizar un sistema centralizado de tratamiento del agua, se puede tratar el agua en el punto de consumo en los hogares. Entre los diferentes métodos de tratamiento del agua en el punto de consumo que permiten reducir el riesgo de diarrea y mejorar la calidad microbiológica del agua almacenada en el hogar, cabe mencionar la ebullición, la cloración, la desinfección solar, la filtración con cerámica, la filtración lenta con arena y la floculación/desinfección. La elección del método más adecuado depende del estado de los sistemas de abastecimiento de agua y saneamiento, la calidad del agua, la aceptabilidad

cultural y la viabilidad de implementar cualquiera de esos métodos. Para que el tratamiento del agua en el punto de consumo sea eficaz, es indispensable suministrar los materiales y productos necesarios y capacitar a los beneficiarios. En casos de desastre, se evitará aplicar una solución de tratamiento del agua que no haya sido probada. En las zonas donde se pueden anticipar los riesgos, se procederá a la constitución de reservas de los productos necesarios, a fin de acelerar la respuesta, si fuera necesario Se deberá priorizar el uso de productos disponibles localmente si se prevé seguir utilizándolos después del desastre. Para que el uso de un sistema de tratamiento del agua en el punto de consumo sea eficaz, es necesario mantener un seguimiento, un apoyo y un monitoreo periódicos del mismo, y ello debe ser una condición indispensable para poder adoptar cualquier solución alternativa de tratamiento del agua.

7. ***Tratamiento con cloro:*** se puede considerar el uso de una doble dosis de cloro para disminuir una turbidez elevada en los casos en que no haya una fuente de agua alternativa. Sin embargo, este método se aplicará sólo durante períodos cortos y después de instruir a los usuarios sobre la forma de reducir la turbidez mediante filtración, sedimentación y decantación antes del tratamiento del agua (véase el anexo 6: Árbol de decisiones para el tratamiento y el almacenamiento de agua de uso doméstico).

8. ***Contaminación química y radiológica:*** cuando los registros hidrogeológicos o la información sobre una actividad industrial o militar indican que las reservas de agua pueden presentar riesgos químicos o radiológicos para la salud, estos riesgos deben evaluarse de inmediato mediante un análisis químico. En las decisiones que se tomen será necesario sopesar los riesgos y los beneficios a corto plazo para la salud pública. La decisión de utilizar a largo plazo agua que pueda estar contaminada deberá fundarse en una evaluación y un análisis detenidos de las posibles consecuencias para la salud.

9. ***Palatabilidad:*** aunque el sabor no es en sí mismo un problema que repercuta directamente en la salud (por ejemplo, si el agua es ligeramente salina), si el agua salubre suministrada no tiene un sabor agradable, es probable que los usuarios prefieran beber agua de fuentes insalubres y pongan así en peligro su salud. En tal caso, es necesario llevar a cabo actividades de promoción de la higiene para que se utilicen solamente las fuentes de agua salubres.

10. ***Calidad del agua para los centros de salud:*** Toda el agua destinada a hospitales, centros de salud y centros de alimentación deberá ser tratada con cloro u otro desinfectante residual. En las situaciones en las que el agua puede ser racionada debido a la interrupción del suministro, el centro deberá disponer de suficientes medios de almacenamiento de agua para garantizar un abastecimiento ininterrumpido a niveles normales de utilización (véanse el anexo 2: Cantidades mínimas de agua para instituciones y otros usos y el

anexo 5: Actividades básicas relativas a la higiene, el saneamiento y el aislamiento en los centros de tratamiento del cólera).

Norma 3 sobre abastecimiento de agua: Instalaciones de agua

Las personas disponen de instalaciones adecuadas para recoger, almacenar y utilizar cantidades suficientes de agua para beber, cocinar, para su higiene personal, y para garantizar que el agua de bebida sea salubre hasta el momento de ser consumida.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Proporcionar a la población afectada los medios adecuados para recoger y almacenar agua (véanse la nota de orientación 1 y la norma 2 sobre promoción de la higiene, página 106).
- Alentar activamente la participación de todas las personas afectadas y los grupos vulnerables en la elección de la ubicación y el diseño de los puntos de abastecimiento de agua y en la construcción de lavaderos y baños (véase la nota de orientación 2).
- En los puntos de distribución de agua y lavaderos comunitarios, prever lavabos y pilas reservados para las mujeres donde puedan lavar y secar su ropa y paños higiénicos (véanse la nota de orientación 2 y la norma 2 sobre promoción de la higiene, página 106).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Cada hogar cuenta por lo menos con dos recipientes de agua limpios con capacidad para 10 a 20 litros, uno para el almacenamiento y otro para el transporte (véanse la nota de orientación 1 y la norma 2 sobre promoción de la higiene, página 107).
- Los recipientes para recoger y almacenar el agua son de cuello estrecho y los cubos y otros recipientes que deben conservarse limpios están provistos de tapas, para una extracción y manipulación seguras. Se puede demostrar su correcta utilización (véase la nota de orientación 1).
- Se dispone por lo menos de un lavatorio por cada 100 personas y de zonas privadas para lavar la ropa y la higiene de las mujeres. Hay agua en cantidad suficiente para lavarse y lavar la ropa (véase la nota de orientación 2).
- El agua en los hogares está exenta de contaminación en todo momento (véase la nota de orientación 1).

- Todas las personas están satisfechas con las instalaciones puestas a disposición para recoger y almacenar agua, bañarse, lavarse las manos y lavar la ropa (véase la nota de orientación 2).
- Se asegura el mantenimiento periódico de todos los sistemas e instalaciones y los usuarios participan en esta tarea en la mayor medida posible (véase la nota de orientación 3).

Notas de orientación

1. ***Recogida y almacenamiento de agua:*** las personas necesitan recipientes para recoger agua, almacenarla y usarla para beber, cocinar, lavar y bañarse. Los recipientes deben estar limpios y ser higiénicos, fáciles de transportar y adaptados a las necesidades y costumbres locales con respecto al tamaño, forma y diseño. Los niños, las personas con discapacidad, las personas de edad y las que viven con el VIH y el SIDA pueden necesitar recipientes más pequeños o diseñados especialmente. La capacidad de almacenamiento necesaria depende del número de personas que componen la familia y de que se disponga de agua de manera constante: por ejemplo, se requieren aproximadamente 4 litros de agua por día y por persona cuando el suministro cotidiano es continuo. Las actividades de promoción y de seguimiento de la recogida, almacenamiento y extracción de agua brindan la oportunidad de discutir sobre cuestiones relativas a la contaminación del agua con los grupos vulnerables, especialmente las mujeres y los niños.
2. ***Lavaderos y baños comunes:*** las personas necesitan un espacio en el que puedan lavarse preservando su intimidad y dignidad. Si esto no es posible en los hogares, es necesario prever instalaciones centrales separadas para hombres y mujeres. Si no se dispone de jabón, se pueden facilitar otros productos utilizados comúnmente como ceniza, arena limpia, soda o diversas plantas que son adecuadas para lavar o frotar. El lavado de ropa, especialmente la ropa de niño, es una actividad esencial para la higiene; también es indispensable lavar los utensilios de cocina y los cubiertos. El número, ubicación, diseño, seguridad, adecuación y conveniencia de las instalaciones deberán decidirse en consulta con los usuarios, especialmente las mujeres, las adolescentes y las personas con discapacidad. La ubicación de las instalaciones en una zona central, accesible y bien iluminada con visibilidad de las áreas circundantes puede contribuir a velar por la seguridad de los usuarios.
3. ***Mantenimiento de los sistemas de abastecimiento de agua:*** es importante que la población afectada sea consciente de la necesidad de mantener los sistemas de abastecimiento y que se le ofrezcan los medios para asegurar su buen funcionamiento.

4. Evacuación de excrementos

La evacuación segura de excrementos humanos constituye la primera barrera contra las enfermedades relacionadas con los excrementos, porque contribuye a reducir la transmisión directa o indirecta de esas enfermedades. Por consiguiente, la evacuación segura de excrementos es una prioridad absoluta y, en la mayoría de las situaciones de desastre, se debe manejar esta cuestión con la misma urgencia y el mismo esfuerzo que el abastecimiento de agua salubre. La provisión de instalaciones apropiadas para la defecación es una de las medidas de emergencia esenciales para garantizar la dignidad, la seguridad, la salud y el bienestar de las personas.

Norma 1 sobre evacuación de excrementos:
Un medio ambiente sin heces humanas

El medio ambiente en general y, más específicamente, el hábitat, las zonas de producción alimentaria, los centros públicos y los alrededores de las fuentes de agua potable no están contaminados por heces humanas.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Implementar de inmediato todas las medidas apropiadas para contener los excrementos (véase la nota de orientación 1).
- Consultar rápidamente con la población afectada sobre las prácticas en materia de evacuación segura de excrementos y de medidas de higiene (véanse las notas de orientación 1-6 de la norma 1 sobre promoción de la higiene, páginas 104-105).
- Concertar campañas de promoción de la higiene enfocadas en la evacuación segura de excrementos y el uso de instalaciones apropiadas (véanse las notas de orientación 1-6 de la norma 1 sobre promoción de la higiene, páginas 104-105).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- El medio ambiente en el que vive la población afectada no está contaminado por heces humanas (véanse las notas de orientación 1-2).

- Todas las medidas de confinamiento de excrementos, a saber, letrinas de zanja, letrinas de pozo y pozos de infiltración se sitúan por lo menos a 30 metros de las fuentes de agua subterránea, y el fondo de las letrinas o de los pozos de infiltración está por lo menos a 1,5 metros por encima del nivel de la capa freática (véase la nota de orientación 3).
- En caso de inundación o cuando la capa freática se encuentra cerca de la superficie del suelo, se toman las medidas necesarias para solucionar el problema de la contaminación por heces humanas de las fuentes de agua subterránea (véase la nota de orientación 3).
- Los desagües o el vertido de los sistemas de defecación no contaminan las fuentes de agua de superficie ni las de agua subterránea de poca profundidad (véase la nota de orientación 3).
- Los retretes son utilizados de la forma más higiénica posible y las heces de los niños son eliminadas enseguida y de manera higiénica (véase la nota de orientación 4).

Notas de orientación

1. ***Evacuación segura de excrementos:*** el objetivo de la evacuación segura de excrementos es lograr que el medio ambiente no se vea contaminado por heces humanas desperdigadas y vertidas sin control. Inmediatamente después de un desastre y mientras se establece un plan de gestión de evacuación de excrementos, considerar la posibilidad de emprender una primera campaña de limpieza, delimitar y acordonar las zonas de defecación, así como elegir un emplazamiento para las letrinas colectivas y construirlas. Según el contexto, será más eficaz adoptar un enfoque escalonado para resolver el problema de saneamiento comprobado. Hacer participar a todos los grupos de la población afectada por el desastre en la realización de actividades relacionadas con la evacuación segura de excrementos. Cuando la población afectada tradicionalmente no utiliza retretes, será necesario emprender una campaña concertada de promoción de la higiene a fin de alentar la evacuación segura de excrementos y solicitar la construcción de más retretes. En el caso de desastres en zonas urbanas, en los que hayan resultado dañados los sistemas de alcantarillado existentes, evaluar la situación y prever la instalación de retretes portátiles o la utilización de fosos sépticos o de confinamiento que puedan ser vaciados con regularidad. Se debe prestar la debida atención al desenlodamiento, manejo, transporte y eliminación final de los desechos.
2. ***Zonas de defecación:*** En la fase inicial de un desastre y cuando se disponga de terrenos, es necesario delimitar una zona de defecación y/o construir letrinas de zanja. Esta solución dará el resultado deseado solamente si el lugar es gestionado y mantenido correctamente y si la población afectada entiende la importancia de utilizar las instalaciones facilitadas y conoce su ubicación.

3. ***Distancia entre los sistemas de defecación y las fuentes de agua:*** los pozos de infiltración, las letrinas de zanja y/o los retretes deben situarse por lo menos a 30 metros de las fuentes de agua, y el fondo de los pozos debe estar al menos a 1,5 metros por encima de la capa freática. Estas distancias se aumentarán si el suelo está compuesto de rocas fisuradas o es calcáreo o, por el contrario, se disminuirá en caso de suelos ligeros. En algunas respuestas en casos de desastre, la contaminación de las aguas subterráneas puede no ser una preocupación inmediata si esta agua no se utiliza para beber. Habrá que proceder más bien al tratamiento del agua en los hogares u optar por otras soluciones (véanse la norma 2 sobre abastecimiento de agua y la nota de orientación 6, página 114). En caso de inundación o cuando la capa freática está cerca de la superficie del suelo, tal vez sea necesario construir letrinas elevadas o fosos sépticos para contener los excrementos y evitar así la contaminación del medio ambiente. Es imperativo también que el drenaje o vertido de los fosos sépticos no contamine las fuentes de agua de superficie ni las de agua subterránea.
4. ***Sitio de confinamiento de las heces de niños:*** se debe prestar particular atención a la eliminación de las heces de niños porque suelen ser más peligrosas que las de los adultos (el riesgo de infección relacionada con los excrementos suele ser mayor en el caso de los niños, que probablemente no han desarrollado todavía anticuerpos). Se proporcionará a los padres y otros cuidadores información sobre la evacuación segura de las heces infantiles, las buenas prácticas en materia de lavado de ropa y el uso de pañales, bacinicas o palas para poder eliminar de manera eficaz e higiénica los excrementos.

Norma 2 sobre evacuación de excrementos: Retretes adecuados

Las personas disponen de retretes adecuados y aceptables, que están ubicados suficientemente cerca de sus viviendas para permitirles acceder a ellos de forma rápida y segura en cualquier momento del día y de la noche.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Consultar con todos los usuarios (especialmente las mujeres y las personas con una movilidad reducida) y obtener su aprobación sobre la ubicación, el diseño y la idoneidad de las instalaciones sanitarias (véanse las notas de orientación 1-4 y los principios de protección 1-2, páginas 37-40).
- Suministrar a las personas afectadas las herramientas y los materiales necesarios para la construcción, el mantenimiento y la limpieza de sus propios retretes (véanse las notas de orientación 6-7).

- Proporcionar un suministro adecuado de agua para el lavado de manos y para retretes con descarga de agua y/o mecanismos higiénicos de sifón hidráulico, así como material apropiado para la higiene anal para uso en letrinas de pozo convencionales (véanse las notas de orientación 7-8).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Los retretes están diseñados, construidos y ubicados de tal manera que cumplen las condiciones siguientes:
  - pueden ser utilizados con toda seguridad por todos los sectores de la población, incluyendo los niños, las personas de edad, las mujeres embarazadas y las personas con discapacidad (véase la nota de orientación 1);
  - están situados de manera que se reducen al mínimo las amenazas contra la seguridad de los usuarios, especialmente las mujeres y las niñas, durante el día y la noche (véase la nota de orientación 3 y las notas de orientación 1-6 del principio de protección 1, páginas 37-39);
  - permiten un grado de intimidad compatible con las costumbres de los usuarios (véase la nota de orientación 3);
  - son suficientemente fáciles de utilizar y mantener limpios y no presentan un peligro sanitario para el medio ambiente. Según el contexto, los retretes cuentan con un suministro apropiado de agua para el lavado de manos y/o la descarga de agua (véanse las notas de orientación 7-8);
  - están equipados con un sistema que permite la eliminación de compresas higiénicas y ofrecen a las mujeres la intimidad necesaria para lavar y secar sus paños higiénicos (véase la nota de orientación 9);
  - posibilitan la reducción al mínimo de la proliferación de moscas y mosquitos (véase la nota de orientación 7);
  - están provistos de mecanismos para el desenlodamiento, el transporte y la eliminación apropiada en caso de que los retretes sean herméticos o estén destinados a un uso de largo plazo y deban ser vaciados (véase la nota de orientación 11);
  - en casos de inundación o cuando la capa freática está cerca de la superficie del suelo, los pozos o contenedores de excrementos son herméticos a fin de reducir al mínimo la contaminación de las aguas subterráneas y del medio ambiente (véase la nota de orientación 11).

- Un máximo de 20 personas utilizan cada retrete (véanse las notas de orientación 1-4 y el anexo 3: Número mínimo de retretes en lugares públicos e instituciones en situaciones de desastre).

- Se dispone de retretes que pueden cerrarse desde el interior, separados para hombres y mujeres en lugares públicos, como mercados, centros de distribución, centros de salud, escuelas, etc. (véase la nota de orientación 2 y los principios de protección 1-2, páginas 37-40).

- Los retretes no se encuentran a más de 50 m de las viviendas (véase la nota de orientación 5).

- El uso de retretes se organiza por familia (o grupo de familias) y/o es separado para los hombres y las mujeres (véanse las notas de orientación 2-5).
- Todas las personas afectadas están satisfechas por haber sido consultadas y con respecto a los retretes facilitados y los utilizan de manera apropiada (véanse las notas de orientación 1-10).
- Las personas se lavan las manos después de ir al retrete y antes de comer y de preparar los alimentos (véase la nota de orientación 8).

Notas de orientación

1. ***Instalaciones aceptables:*** para que los programas de evacuación de excrementos tengan buenos resultados es indispensable comprender las diversas necesidades de las personas y contar con su participación. Puede que no sea posible lograr que todos los retretes sean aceptables para todos los grupos. Es probable que sea necesario construir retretes especiales para los niños, las personas de edad y las personas con discapacidad, por ejemplo retretes con asientos o pasamanos, o suministrar orinales, bacinicas o sillas con inodoros. El tipo de instalación de saneamiento apropiada dependerá del momento de la respuesta, de las preferencias y los hábitos culturales de los usuarios, de la infraestructura existente, de la disponibilidad de agua (para la descarga de agua y los sifones hidráulicos), de las características del terreno y la disponibilidad de los materiales de construcción. En el cuadro siguiente figuran diferentes tipos de evacuación de excrementos para las distintas fases de una respuesta en casos de desastre.

Cuadro: Posibles soluciones para la evacuación segura de excrementos

	Tipo de evacuación	**Observaciones de aplicación**
1	Zona delimitada de defecación (por ejemplo, con módulos separados por lonas)	Primera fase: durante los primeros dos a tres días cuando un gran número de personas necesita instalaciones de inmediato
2	Letrinas de zanja	Primera fase: hasta dos meses
3	Letrina de pozo simple	Planificar desde el comienzo para uso a largo plazo
4	letrinas de pozo mejoradas con ventilación	Según el contexto para uso a mediano o a largo plazo
5	Letrinas de saneamiento ecológico (Ecosan) con desviación de orina	Según el contexto: en caso de inundación o de capa freática cerca de la superficie del suelo, planificar desde un comienzo para un uso a mediano o a largo plazo
6	Fosos sépticos	Fase de mediano a largo plazo

2. ***Retretes públicos:*** en los lugares públicos, se establecen sistemas para efectuar con regularidad la limpieza y el mantenimiento adecuados de estas instalaciones. Se utilizan los datos demográficos desglosados para planificar el número de cubículos destinados a mujeres y hombres (proporción que es aproximadamente de 3 a 1). Siempre que sea posible, se instalarán urinarios para los hombres (véase el anexo 3: Número mínimo de retretes en lugares públicos e instituciones en situaciones de desastre).

3. ***Retretes familiares:*** es la opción recomendada cada vez que sea posible. Se calculará un retrete para un máximo de 20 personas. Cuando no haya retretes, es posible comenzar con un retrete por cada 50 personas y disminuir el número de usuarios a 20 tan pronto como sea posible. En algunos casos, será imposible alcanzar esas cifras debido a la falta de espacio. Se hará, entonces, todo lo posible por obtener espacio suplementario. Sin embargo, cabe recordar que el objetivo principal es ofrecer y mantener un medio ambiente sin heces humanas.

4. ***Instalaciones comunes:*** se consultará con las familias sobre la ubicación y el diseño de los retretes comunes, así como sobre la manera responsable de limpiar y de mantenerlos limpios. Por lo general, es más probable que se utilicen con mayor frecuencia unas letrinas que estén limpias. Se realizarán esfuerzos para que las personas que viven con enfermedades crónicas como el VIH y el SIDA tengan un acceso fácil a los retretes, pues con frecuencia padecen diarrea crónica y su movilidad es reducida.

5. ***Instalaciones seguras:*** una ubicación inapropiada de los retretes puede hacer que las mujeres y las niñas estén más expuestas a las agresiones, especialmente por la noche. Por consiguiente, hay que asegurarse de que las mujeres y las niñas se sientan y estén fuera de peligro cuando usan las instalaciones facilitadas. Siempre que sea posible, los retretes comunes tendrán iluminación o se proporcionarán linternas a las familias. Se solicitará a la comunidad que contribuya a buscar formas de mejorar la seguridad de los usuarios (véanse los principios de protección 1-2, páginas 37-40).

6. ***Uso de material y herramientas locales de construcción:*** se recomienda encarecidamente el uso de materiales disponibles localmente para la construcción de letrinas. Ello estimulará más a la comunidad afectada a utilizar las instalaciones y a participar en su mantenimiento. El suministro de herramientas para la construcción también contribuirá a lograr este objetivo.

7. ***Agua y material para la higiene anal:*** se proporcionará agua para los retretes con descarga de agua y/o provistos de sifón hidráulico. En el caso de letrinas de pozo convencionales, quizás será necesario proporcionar papel higiénico u otros productos para la higiene anal. Se consultará a los

usuarios sobre los productos más apropiados culturalmente y la forma de desecharlos más segura.

8. ***Lavado de manos:*** los usuarios deben tener la posibilidad de lavarse las manos con jabón u otro producto (ceniza, por ejemplo) después de utilizar los retretes y hacer la higiene anal a un niño cada vez que defeca, así como antes de comer y preparar los alimentos. A esos efectos, se debe disponer de una fuente de agua constante cerca de los retretes.

9. ***Menstruación:*** las mujeres y adolescentes en edad de menstruar, incluidas las niñas que van a la escuela, deben tener acceso a los artículos adecuados para la absorción y eliminación del menstruo. Habrá que consultarlas sobre lo que es culturalmente apropiado en la materia. Las letrinas deben disponer del material necesario para la eliminación apropiada de las compresas higiénicas o de una instalación para la higiene íntima (véanse la norma 2 sobre promoción de la higiene, las notas de orientación 2 y 8, páginas 107-108).

10. ***Desenlodamiento:*** cuando proceda y en función de las necesidades, es necesario prever, desde un comienzo, el vaciamiento de los retretes, los fosos sépticos y los contenedores de excrementos, así como el emplazamiento de evacuación final de las aguas residuales.

11. ***Instalación de retretes en condiciones difíciles:*** en caso de inundación o de desastre en zonas urbanas suele ser difícil poner a disposición instalaciones apropiadas para la evacuación de excrementos. En tales situaciones, habrá que reflexionar sobre el uso de diversos mecanismos de confinamiento de desechos humanos, tales como inodoros elevados, inodoros con diversión de orina, tanques de aguas residuales o el uso de bolsas de plástico provisionales desechables con sistemas adecuados de recogida y eliminación de desechos humanos. Es indispensable completar estas diferentes soluciones con actividades de promoción de la higiene.

5. Lucha antivectorial

Un vector es un agente transmisor de enfermedades, y las enfermedades transmitidas por vectores son una causa importante de problemas de salud y de muerte en muchas situaciones de desastre. Los mosquitos son los vectores del paludismo, que es una de las causas principales de morbilidad y mortalidad. Los mosquitos transmiten también otras enfermedades, como la fiebre amarilla, el dengue y la fiebre hemorrágica dengue. Las moscas que no pican (o moscas sinantrópicas), como la mosca doméstica, el moscón gris de la carne y la mosca azul de la carne, desempeñan un papel importante en la propagación de las enfermedades diarreicas. Las moscas que pican, las chinches y las pulgas producen molestias y dolor y, en algunos casos, transmiten enfermedades graves como el tifus murino, la sarna y la peste. Las garrapatas propagan la fiebre recurrente, y los piojos del cuerpo humano esparcen el tifus y la fiebre recurrente. Las ratas y los ratones pueden extender enfermedades como la leptospirosis y la salmonelosis, y pueden ser huéspedes de otros vectores, como por ejemplo las pulgas, que pueden transmitir la fiebre de Lassa, la peste y otras infecciones.

Las enfermedades de transmisión vectorial se pueden controlar de varias formas, por ejemplo mediante la selección de emplazamientos apropiados y el suministro de alojamiento, el abastecimiento de agua, la evacuación de excrementos, la gestión de desechos sólidos y el drenaje de aguas residuales, la prestación de servicios de salud (en los que se incluye la movilización de la comunidad y la promoción de la salud), el uso de controles de productos químicos, la protección de las familias y las personas, y la protección eficaz de los almacenes de alimentos. La naturaleza de la enfermedad transmitida por vectores es a menudo compleja, y para abordar los problemas relacionados con la lucha antivectorial, a veces es necesario recurrir a la ayuda de especialistas. No obstante, es mucho lo que se puede hacer para impedir la propagación de estas enfermedades con medidas sencillas y eficaces una vez que se haya determinado la enfermedad, el vector y su interacción con la población.

Norma 1 sobre lucha antivectorial:
Protección de las personas y las familias

Todas las personas afectadas por el desastre poseen los conocimientos y los medios necesarios para protegerse contra los vectores transmisores de enfermedades y molestias que pueden representar un riesgo importante para su salud o bienestar.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Sensibilizar a todas las personas afectadas que están expuestas al riesgo de contraer enfermedades de transmisión vectorial acerca de las posibles causas de esas enfermedades, los modos de transmisión y los posibles métodos de prevención (véanse las notas de orientación 1-5).
- Ayudar a la población afectada a evitar las picaduras de los mosquitos durante las horas cuando más pican mediante el uso de todos los medios inocuos de que dispone (como mosquiteros, lociones repelentes, etc.) (véase la nota de orientación 3).
- Prestar especial atención a la protección de los grupos de alto riesgo, como las mujeres embarazadas y las madres que amamantan, los bebés, los lactantes, las personas de edad, las personas con movilidad reducida y los enfermos (véase la nota de orientación 3).
- Efectuar una campaña contra los piojos del cuerpo humano cuando existe la amenaza de tifus o fiebre recurrente (véase la nota de orientación 4).
- Asegurarse de que la vestimenta y la ropa de cama se ventilan y se lavan con regularidad (véase la nota de orientación 4).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Toda la población tiene acceso a viviendas provisionales sin transmisores vectoriales, que no propician su proliferación, y que están protegidas por medidas adecuadas de lucha antivectorial (véanse las notas de orientación 3-5).
- Todas las personas que pueden contraer una enfermedad de transmisión vectorial entienden los modos de transmisión y toman medidas para protegerse (véanse las notas de orientación 1-5).
- Todas las personas que han recibido mosquiteros tratados con insecticida los utilizan correctamente (véase la nota de orientación 3).

- Los alimentos conservados en el hogar están protegidos contra la contaminación por vectores, como moscas, insectos y roedores (véase la nota de orientación 4).

Notas de orientación

1. ***Definición del riesgo de enfermedad de transmisión vectorial:*** las decisiones sobre las respuestas en materia de lucha antivectorial deben basarse en una evaluación del riesgo potencial de enfermedad, así como en indicaciones clínicas de que existe un problema de enfermedad transmitida por un vector. Entre los factores que influyen en ese riesgo figuran los siguientes:

   - el estado de inmunidad de la población, incluyendo la exposición previa, el estrés nutricional y otros tipos de estrés; el desplazamiento de personas (por ejemplo, refugiados, desplazados internos) desde una zona no endémica a una endémica es una causa frecuente de epidemias;
   - el tipo de agentes patógenos y su prevalencia, tanto en los vectores como en los seres humanos;
   - las especies de vectores, su comportamiento y ecología;
   - el número de vectores (estación, lugares de reproducción, etc.)
   - la mayor exposición a los vectores: proximidad, tipo de asentamiento humano, tipo de alojamiento, protección personal existente y medidas preventivas

2. ***Indicadores para los programas de lucha antivectorial:*** los indicadores de uso más frecuente para medir el efecto de las actividades de lucha antivectorial son las tasas de incidencia de las enfermedades propagadas por vectores (datos epidemiológicos, datos basados en la comunidad e indicadores indirectos, según la respuesta), y la densidad parasitaria (utilizando los estuches de prueba de diagnóstico rápido o bien la microscopia).

3. ***Medidas de protección individual contra el paludismo:*** si existe un riesgo importante de paludismo, se recomienda adoptar sistemática y oportunamente medidas de protección, como el uso de materiales tratados con insecticida, por ejemplo tiendas de campaña, cortinas y mosquiteros. Los mosquiteros tratados con insecticida tienen la ventaja adicional de que proporcionan cierta protección contra los piojos de la cabeza y del cuerpo, las pulgas, las garrapatas, las cucarachas y las chinches. Otros métodos de protección contra los mosquitos son el empleo de ropa de manga larga, fumigantes de viviendas, espirales antimosquitos, aerosoles y otros productos repelentes. Para que las medidas sean eficaces es imprescindible que los usuarios comprendan la importancia de la protección y que sepan utilizar correctamente todos estos productos. Si los recursos son escasos, éstos se destinarán a las personas y los grupos de mayor riesgo, como los niños menores de cinco años, las personas no inmunes y las mujeres embarazadas.

4. ***Medidas de protección individual contra otros vectores:*** una buena higiene personal y el lavado con regularidad de la ropa de personas y la ropa de cama son las mejores medidas de protección contra los piojos del cuerpo. Las infestaciones pueden ser controladas mediante el tratamiento de personas (aplicación de polvos) y campañas de lavandería a gran escala o de despioje, y mediante protocolos de tratamiento cuando las personas recién desplazadas llegan a un asentamiento. La limpieza en la vivienda, así como las buenas prácticas en materia de eliminación de desechos y almacenamiento de alimentos (cocidos y no cocidos) son una manera de disuadir a las ratas y otros roedores e insectos (como cucarachas), de que entren a las viviendas y los alojamientos.

5. ***Enfermedades transmitidas por el agua:*** se debe informar a las personas sobre los riesgos para la salud y se les recomendará que no se sumerjan en aguas en las que haya un riesgo conocido de contraer enfermedades como la esquistosomiasis, la dracunculosis (enfermedad del gusano de Guinea) o la leptospirosis (transmitida por el contacto con la orina de mamíferos, especialmente de las ratas (véase el anexo 4: Enfermedades relacionadas con el agua y los excrementos y mecanismos de transmisión). Tal vez sea necesario que las organizaciones de asistencia colaboren con la población afectada para encontrar otras fuentes de agua o garantizar que el agua destinada a todos los usos sea tratada de manera adecuada.

Norma 2 sobre lucha antivectorial:
Medidas de protección física, medioambiental y química

Las personas afectadas por el desastre son asentadas en lugares donde no se ven expuestas a vectores de enfermedades y molestias y, siempre que sea posible, esos vectores se mantienen en un nivel reducido.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Instalar a las personas desplazadas en lugares donde se reduce al mínimo el contacto con vectores, especialmente los mosquitos (véase la nota de orientación 1).
- Eliminar y/o modificar las zonas de reproducción y de reposo de los vectores cuando ello sea factible (véanse las notas de orientación 2-4).
- Combatir las moscas en los asentamientos densamente poblados cuando existe el riesgo o la presencia de una epidemia de diarrea (véase la nota de orientación 2).

- Establecer mecanismos eficaces de derivación para las personas que han contraído el paludismo para facilitar el diagnóstico precoz y el tratamiento de forma rápida (véase la nota de orientación 5).

Indicadores clave

- La densidad de población de mosquitos se mantiene en un nivel bajo para evitar el riesgo de niveles excesivamente altos de transmisión e infección (véase la nota de orientación 4).
- Pocas personas se ven afectadas por problemas de salud relacionados con vectores (véanse las notas de orientación 1-5).

Notas de orientación

1. ***Selección del emplazamiento:*** es importante que la población afectada esté lo menos expuesta posible al riesgo de contraer enfermedades de transmisión vectorial y ésta debe ser una de las principales consideraciones a la hora de seleccionar la ubicación de los asentamientos. En lo que se refiere a la lucha contra el paludismo, por ejemplo, los campamentos deberán estar situados a 1 ó 2 kilómetros a sotavento de las grandes zonas de reproducción de vectores, como pantanos o lagos, cada vez que se pueda suministrar una fuente de agua salubre adicional (véanse la norma 2 sobre alojamiento y asentamientos, y las notas de orientación 5-9, páginas 294-296).
2. ***Lucha medioambiental y química contra los vectores:*** para reducir la probabilidad de reproducción de los vectores, se pueden tomar varias medidas básicas de ingeniería ambiental. Entre ellas figuran la evacuación apropiada de excrementos humanos y animales (véase la sección sobre evacuación de excrementos, página 118); la eliminación adecuada de basura a fin de combatir las moscas y los roedores (véase la sección 6 sobre gestión de desechos sólidos, página 132), así como el drenaje de aguas estancadas y el desbroce alrededor de estanques y canales para luchar contra los mosquitos (véase la sección sobre drenaje, página 137). Estas medidas prioritarias de salud medioambiental tendrán una repercusión en la densidad demográfica de algunos vectores. Si no es posible lograr un efecto suficiente en todas las zonas de reposo, alimentación y reproducción de los vectores dentro del asentamiento o en sus cercanías, ni siquiera a largo plazo, probablemente será necesario aplicar medidas localizadas de control químico o de protección individual. Por ejemplo, utilizando la fumigación de espacios infectados se puede reducir el número de moscas adultas y prevenir una epidemia de diarrea, o si este método se emplea durante una epidemia, se puede contribuir a reducir al mínimo la carga de morbilidad.

3. ***Diseño de una respuesta:*** puede ocurrir que los programas de lucha antivectorial no consigan ningún resultado si se dirigen al vector incorrecto, se emplean métodos ineficaces o se ataca el vector correcto pero en un lugar equivocado o en un mal momento. En principio, los programas de lucha antivectorial persiguen los tres objetivos siguientes: 1) reducir la densidad de las poblaciones del vector; 2) reducir el contacto entre el ser humano y el vector y, 3) reducir las zonas de reproducción del vector. Un programa mal ejecutado puede ser contraproducente. Se necesita un estudio pormenorizado y a menudo el asesoramiento de expertos, lo que se solicitará a los organismos de salud nacionales e internacionales. Además, se buscará asesoramiento local para conocer las características de las enfermedades, las zonas de reproducción, la variación estacional en poblaciones de vectores, la incidencia de las enfermedades, etc.

4. ***Lucha medioambiental contra los mosquitos:*** la lucha medioambiental está destinada esencialmente a eliminar las zonas de reproducción de mosquitos. Las tres principales especies de mosquitos transmisores de enfermedades son Culex (filariasis), Anopheles (paludismo y filariasis) y Aedes (fiebre amarilla y dengue). Los mosquitos de la especie Culex se reproducen en aguas estancadas cargadas de materia orgánica, como por ejemplo las letrinas; los de la especie Anopheles en las aguas de superficie relativamente no contaminadas (charcos, arroyos de corriente lenta y pozos), y los de la especie Aedes en recipientes de agua como botellas, cubos, neumáticos, etc. Como ejemplo de lucha medioambiental contra mosquitos cabe mencionar el drenaje correcto del agua, el buen funcionamiento de letrinas mejoradas con ventilación, el uso de tapas en los agujeros de las letrinas de pozo y en los recipientes de agua, así como el hecho de mantener tapados los pozos de agua para el consumo y/o tratarlos con un larvicida (por ejemplo, en las zonas en que el dengue es endémico).

5. ***Tratamiento del paludismo:*** las estrategias de lucha contra el paludismo destinadas a reducir la densidad de la población de mosquitos deben aplicarse al mismo tiempo que el diagnóstico precoz y el tratamiento inmediato con medicamentos antipalúdicos eficaces. Dichas estrategias consisten, por ejemplo, en eliminar las zonas de reproducción, reducir la tasa de supervivencia diaria de mosquitos y procurar disminuir el hábito de picadura con respecto al hombre. Se emprenderán y se apoyarán las campañas destinadas a alentar un diagnóstico y un tratamiento precoces. Un enfoque integrado que combine la detección activa de casos por parte de agentes de divulgación debidamente capacitados y el tratamiento con medicamentos antipalúdicos eficaces tiene más probabilidades de reducir la carga de paludismo que una detección pasiva de la enfermedad mediante los servicios centralizados de salud (véanse la norma 2 sobre lucha contra las enfermedades transmisibles y la nota de orientación 3, página 359).

Norma 3 sobre lucha antivectorial: Medidas de seguridad en el control químico

Las medidas en materia de control químico de los vectores se aplican de una forma que garantiza que el personal, la población afectada por el desastre y el entorno local quedan adecuadamente protegidos, y que impide que se desarrolle una resistencia química a las sustancias utilizadas.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Proteger al personal que manipula los productos químicos impartiéndoles capacitación, facilitándoles ropa de protección adecuada, previendo instalaciones para lavarse y limitando el número de horas que pasan manipulando productos químicos (véase la nota de orientación 1).
- Informar a la población afectada por el desastre sobre los riesgos que pueden conllevar los productos empleados en la lucha antivectorial, así como sobre el calendario de aplicación de esas sustancias. Proteger a las personas durante y después de la aplicación de venenos o plaguicidas, de conformidad con los procedimientos acordados internacionalmente (véase la nota de orientación 1).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Se aplican las normas y disposiciones internacionales aceptadas para la selección de la calidad, el almacenamiento y el transporte de los productos químicos utilizados en la lucha antivectorial. No se señala ni se observa ninguna reacción adversa de esos productos (véase la nota de orientación 1).
- En todo momento se sabe para qué se utiliza cada producto químico en la lucha antivectorial (véase la nota de orientación 1).

Notas de orientación

1. ***Protocolos nacionales e internacionales:*** existen protocolos y normas internacionales precisos, publicados por la OMS, a los que es necesario atenerse en todo momento. Estos protocolos versan a la vez sobre la selección y la utilización de los productos químicos en la lucha antivectorial, incluidas la protección del personal y las exigencias en materia de capacitación. Las medidas de lucha antivectorial deben obedecer a dos cuestiones fundamentales: la eficacia y la seguridad. Si las normas nacionales relativas a la selección de los productos químicos no están a la altura de la normativa internacional, porque su efecto es limitado o nulo, o incluso ponen en peligro la salud y la seguridad, la organización debe consultar con las autoridades nacionales competentes y tratar de persuadirlas para obtener la autorización de adherirse a las normas internacionales.

6. Gestión de desechos sólidos

La gestión de los desechos sólidos es el proceso de manejo y eliminación de los desechos sólidos orgánicos y peligrosos que, si no se supervisa como es debido, puede representar un peligro para la población afectada desde el punto de vista de la salud pública y causar efectos negativos en el medio ambiente. El riesgo puede provenir de la proliferación de moscas y roedores que abundan en los desechos sólidos (véase la sección sobre lucha antivectorial, página 125), y de la contaminación de las fuentes de agua de superficie y subterránea debido al lixiviado resultante de la mezcla de desechos domésticos y hospitalarios o industriales. Los desechos sólidos que no se recogen y se van acumulando, así como los escombros que quedan tras un desastre natural también pueden crear un entorno sucio y deprimente, lo que podría socavar los esfuerzos destinados a mejorar otros aspectos de la salud medioambiental. Los desechos sólidos a menudo obstruyen los canales de drenaje y aumentan el riesgo de inundación, lo que trae consigo problemas relacionados con el estancamiento y la contaminación de las aguas de superficie. Los recogedores de desechos que obtienen un modesto ingreso recogiendo material reciclable de los vertederos también corren el riesgo de contraer una enfermedad infecciosa debido a los desechos de los hospitales mezclados con la basura doméstica.

Norma 1 sobre gestión de desechos sólidos: Recogida y eliminación

La población afectada vive en un entorno sin desechos sólidos, lo que incluye los desechos médicos, y dispone de los medios necesarios para eliminar los desechos domésticos de manera adecuada y eficaz.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Hacer participar a la población afectada en la elaboración y la ejecución de programas de eliminación de desechos sólidos (véase la nota de orientación 1).
- Organizar campañas periódicas de limpieza de desechos sólidos (véase la nota de orientación 1).

- Considerar el potencial del pequeño comercio o la posibilidad de obtener ingresos adicionales a partir del reciclaje de desechos (véase la nota de orientación 3).
- En colaboración con la población afectada, organizar un sistema por el cual la basura doméstica, colocada en contenedores, se recoge periódicamente para luego ser quemada o enterrada en vertederos previstos a tales efectos; los desechos hospitalarios y otros residuos peligrosos se mantienen separados a lo largo de toda la cadena de eliminación (véase la nota de orientación 3).
- Eliminar la basura de los asentamientos antes de que se convierta en un riesgo para la salud o en una molestia (véanse las notas de orientación 2–6).
- Proveer a las familias de acogida de instalaciones adicionales para la recogida y el almacenamiento de desechos, previendo así la acumulación adicional de desechos en situaciones de desastre.
- En los lugares públicos (mercados, zonas de procesamiento de pescado y mataderos de animales, etc.) instalar vertederos de basura claramente señalados y debidamente cercados, cubos de basura o zonas destinadas a desperdicios (véanse las notas de orientación 3-6).
- Velar por que se instaure un sistema periódico de recogida de basura (véanse las notas de orientación 3–6).
- Organizar la eliminación definitiva de los desechos sólidos en un lugar y de tal manera que se evite ocasionar problemas de salud y de medio ambiente para la población de acogida y la población afectada (véanse las notas de orientación 6-7).
- Facilitar al personal encargado de recoger y eliminar desechos sólidos, así como a las personas que se ocupan de recoger los desechos reciclables, ropa de protección adecuada y vacunarlos contra el tétanos y la hepatitis B (véase la nota de orientación 7).
- Si es urgente proceder a la recogida de restos mortales para darles una sepultura decorosa y apropiada, coordinar la acción con las organizaciones responsables y las autoridades competentes (véase la nota de orientación 8).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Todas las familias tienen acceso a contenedores de basura que son vaciados, como mínimo, dos veces a la semana y están ubicados a no más de 100 metros de un vertedero de basura comunal (véase la nota de orientación 3).

- Todos los desechos generados por la población que vive en un asentamiento son transportados diariamente fuera de su entorno inmediato, y fuera de la zona del asentamiento como mínimo dos veces a la semana (véanse las notas de orientación 1-3).
- Se dispone por lo menos de un contenedor de basura de 100 litros por cada 10 familias, cuando los desperdicios domésticos no son enterrados in situ (véase la nota de orientación 3).
- Los desechos sólidos son eliminados rápidamente y bajo vigilancia a fin de reducir al mínimo la contaminación del medio ambiente (véanse las notas de orientación 4-6).
- Todos los desechos médicos (incluyendo los residuos peligrosos como agujas, vidrios, vendajes y fármacos) son separados y eliminados de forma independiente en un foso correctamente diseñado, construido y mantenido, o bien quemados en un incinerador provisto de un foso de cenizas profundo dentro del recinto de cada centro de salud (véanse las notas de orientación 4-7).

Notas de orientación

1. ***Planificación y ejecución:*** la eliminación de desechos sólidos se debe planificar y realizar en estrecha consulta y coordinación con la población afectada, y con las organizaciones y autoridades pertinentes. Esta actividad ha de iniciarse desde el comienzo de la respuesta, antes de que la cuestión de los desechos sólidos se convierta en un grave riesgo de salud para la población afectada. Llegado el caso, es necesario organizar campañas periódicas de limpieza en consulta con la población afectada y las autoridades locales responsables.
2. ***Enterramiento de desechos:*** si los desechos deben enterrarse in situ, sea en fosos previstos para cada hogar, o bien en fosos comunes, éstos se cubrirán diariamente con una fina capa de tierra para que no atraigan a los vectores, como las moscas y los roedores, y no les sirva de área de reproducción. Si se arrojan heces o pañales de niños, éstos deberán ser cubiertos inmediatamente de tierra. Se cercarán debidamente los vertederos de desechos para evitar los accidentes e impedir el acceso de niños y animales. Se prestará atención para que los lixiviados no contaminen las aguas subterráneas.
3. ***Tipo y cantidad de desechos:*** La basura en los asentamientos es muy variada en composición y volumen, según la cantidad y el tipo de actividad comercial, los alimentos básicos que se consumen y las prácticas locales de reciclaje y/o de eliminación de desechos. Se deben evaluar los efectos de los desechos sólidos en la salud de las personas y, llegado el caso, hay

que tomar las medidas pertinentes. Los desechos domésticos se deben recoger en contenedores de basura para luego ser enterrados en un foso o incinerados. Si no es posible proporcionar un cubo de basura a cada hogar, se deben facilitar contenedores de basura colectivos. Se debe promover el reciclaje de desechos sólidos dentro de la comunidad, siempre que no suponga un riesgo serio para la salud. Se evitará distribuir artículos que generan gran cantidad de desechos sólidos por sus envases o por ser procesados in situ.

4. ***Desechos médicos:*** Si la mala gestión de los desechos médicos es inadecuada se expone a la población, al personal sanitario y a los manipuladores de desechos al riesgo de sufrir infecciones, efectos tóxicos y lesiones. En una situación de desastre, es probable que los tipos más peligrosos de desechos sean los objetos punzocortantes y otros (vendajes de heridas, paños manchados con sangre y materia orgánica como placentas, etc.). Los diferentes tipos de desechos deben ser separados en el lugar donde se originan. Los desechos no infecciosos (papel, embalajes de plástico, sobras de comidas, etc.) se pueden eliminar como los demás residuos sólidos. Los objetos punzocortantes contaminados, especialmente las agujas y las jeringas usadas, deberán colocarse en una caja de seguridad inmediatamente después de ser empleados. Estas cajas de seguridad y otros desechos infecciosos podrán ser eliminados in situ enterrándolos, incinerándolos o mediante otros métodos seguros (véanse la norma 1 sobre prestación de servicios de salud y la nota de orientación 11, página 342).

5. ***Desechos de los mercados:*** la mayoría de los desechos de los mercados pueden tratarse del mismo modo que los residuos domésticos. Los desechos de los mataderos y las pescaderías pueden requerir un tratamiento e instalaciones especiales para eliminar los residuos líquidos producidos y para que la matanza de animales se realice en condiciones higiénicas y de conformidad con las normas locales. Los desechos de los mataderos pueden eliminarse en un foso grande que se pueda cubrir, situado al lado del matadero o de la planta procesadora de pescado. La sangre y otros líquidos pueden ser trasvasados desde el matadero o la planta procesadora de pescado al foso por medio de un canal cubierto con losas (para reducir el acceso de moscas al foso). Se debe proveer agua para la limpieza.

6. ***Descarga controlada y/o vertedero/ sanitario:*** La eliminación de desechos a gran escala se debe efectuar lejos del lugar; para lo cual es necesario proceder a una descarga controlada o un vertedero sanitario. Este método puede utilizarse si se dispone de espacio suficiente y si se tiene acceso a los equipos mecánicos necesarios. Lo ideal es que los desechos descargados sean cubiertos de tierra al final de cada jornada para impedir que se hurgue en la basura o evitar la reproducción de vectores.

7. ***Bienestar del personal:*** todo el personal encargado de la recogida, el transporte, la eliminación y el reciclaje de los desechos sólidos deberá emplear ropa de protección, que incluya como mínimo guantes, pero idealmente blusas, botas y máscaras protectoras. Cuando sea necesario, se le protegerá mediante vacunas contra el tétanos y la hepatitis B. Se proporcionará agua y jabón para lavarse las manos y la cara. Los miembros del personal que manipulan desechos médicos deben ser informados de los métodos correctos de almacenamiento, transporte y eliminación de esos desechos, así como de los riesgos relacionados con una mala gestión.

8. ***Gestión de cadáveres:*** el manejo y/o el entierro de los cadáveres después de un desastre natural debe realizarse de manera adecuada y decorosa. En general. los equipos de rescate y recuperación, en coordinación con las organizaciones gubernamentales y las autoridades responsables, son los que se encargan de estas tareas. La inhumación de las personas fallecidas por enfermedades contagiosas también debe manejarse de acuerdo con las normas y en consulta y coordinación con las autoridades sanitarias (véanse la norma 1 sobre prestación de servicios de salud y la nota de orientación 12, página 342). Para más información sobre la forma adecuada de gestionar las inhumaciones, véase la sección Referencias y lecturas complementarias.

7. Drenaje

Las aguas de superficie en los asentamientos y sus alrededores pueden provenir de las aguas residuales de los hogares o de los puntos de suministro de agua, las posibles infiltraciones de letrinas y las alcantarillas, las aguas pluviales o de las crecidas. Los principales riesgos para la salud relacionados con el agua de superficie son la contaminación de las fuentes de abastecimiento de agua y del entorno donde viven las personas, los daños causados a los retretes y las viviendas, la reproducción de vectores y el ahogamiento. Las aguas pluviales y las procedentes de las crecidas pueden deteriorar aún más el drenaje en un asentamiento y aumentar el riesgo de contaminación. A fin de reducir los riesgos potenciales para la salud de la población afectada, es necesario trazar un plan adecuado de drenaje. El plan de ordenación debe abarcar no sólo la evacuación de las aguas de tormenta, sino también la evacuación de las aguas residuales utilizando el pequeño sistema de drenaje existente in situ. En esta sección se abordan los problemas y las actividades relacionados con el drenaje a pequeña escala. En cuanto al drenaje a gran escala, lo determinan normalmente la selección y el desarrollo del emplazamiento (véanse la norma 2 sobre alojamiento y asentamientos y la nota de orientación 5, página 294).

Norma 1 sobre drenaje:
Instalaciones de drenaje

Las personas viven en un entorno en el que se han reducido al mínimo los riesgos para la salud y los demás riesgos que plantean la erosión hídrica y las aguas estancadas, incluidas las aguas pluviales y de crecidas, así como las aguas residuales domésticas y las aguas procedentes de los establecimientos de salud.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Instalar sistemas de drenaje adecuados, de manera que las zonas habitables y los puntos de distribución de agua se mantengan sin aguas estancadas y los desaguaderos de aguas pluviales se mantengan expeditos (véanse las notas de orientación 1-2, 4-5).
- Llegar a un acuerdo con la población afectada sobre la forma de abordar el problema de drenaje y facilitar un número suficiente de herramientas

adecuadas para obras pequeñas de drenaje y mantenimiento, cuando sea necesario (véase la nota de orientación 4).

- Asegurarse de que todos los puntos de abastecimiento de agua y las instalaciones de lavado de manos disponen de un sistema de desagüe eficaz para evitar la formación de barro (véase la nota de orientación 2).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- El drenaje en los puntos de abastecimiento de agua está bien planificado, construido y mantenido. El sistema incluye los desagües de lavaderos y zonas para lavarse, así como los puntos de recolección del agua y de lavado de manos (véanse las notas de orientación 2 y 4).
- Las aguas de drenaje no contaminan las aguas de superficie ni las fuentes de agua subterránea (véase la nota de orientación 5).
- Los alojamientos, los senderos y las instalaciones de abastecimiento de agua y saneamiento no se inundan ni son erosionados por el agua (véanse las notas de orientación 2-4).
- Las aguas de drenaje no causan erosión (véase la nota de orientación 5).

Notas de orientación

1. ***Selección y planificación del emplazamiento:*** la manera más eficaz de evitar los problemas de drenaje es escoger bien el emplazamiento y disponer correctamente su trazado (véanse las normas 1-2 sobre alojamiento y asentamientos, páginas 285-291).
2. ***Aguas residuales:*** Las aguas negras o aguas residuales de procedencia doméstica son clasificadas como aguas cloacales cuando se mezclan con excrementos humanos. A menos que el asentamiento esté en un lugar donde ya hay un sistema de alcantarillado, no se deberá permitir que las aguas residuales domésticas se mezclen con los excrementos humanos. Es más difícil y más oneroso tratar las aguas cloacales que las aguas residuales domésticas. En los puntos de abastecimiento de agua y las zonas reservadas para el lavado y el baño, se fomentará, siempre que sea posible, la creación de pequeñas huertas para utilizar las aguas residuales. Se tendrá especial cuidado para que las aguas residuales procedentes de las zonas de lavado y baño no contaminen las fuentes de agua.
3. ***Drenaje y evacuación de excrementos:*** se debe prestar especial atención a fin de impedir que se inunden los retretes y las alcantarillas para evitar daños estructurales e infiltraciones

4. ***Promoción:*** es esencial promover la participación de las personas afectadas en los trabajos de drenaje a pequeña escala porque suelen conocer bien el flujo natural de las aguas de drenaje y, por lo tanto, saben dónde hay que colocar los desagües. Además, si entienden los riesgos para la salud y los peligros físicos implícitos y han ayudado en la construcción del sistema de drenaje, habrá más probabilidades de que cooperen en su mantenimiento (véase la sección sobre lucha antivectorial, página 125). Es posible que sea necesario facilitar apoyo técnico y herramientas.

5. ***Evacuación in situ:*** siempre que sea posible y si las condiciones del terreno son favorables, el drenaje desde los puntos de agua, las zonas de lavado y los puntos de lavado de manos deberá hacerse in situ y no por medio de zanjas abiertas, que son difíciles de mantener y a menudo se obstruyen. Existen técnicas sencillas y económicas para evacuar las aguas residuales in situ, como por ejemplo la construcción de pozos de absorción o la plantación de bananos. Cuando la evacuación in situ no es posible y la única solución es hacerla fuera del lugar, es preferible hacer uso de zanjas en lugar de tuberías. Las zanjas estarán diseñadas para que las aguas residuales fluyan con rapidez durante el tiempo seco y servirán también para las aguas pluviales. Si la inclinación del terreno es superior a un 5% se deben aplicar técnicas de ingeniería para impedir la erosión excesiva. Es imprescindible controlar cuidadosamente el drenaje de los residuos procedentes de los procesos de tratamiento del agua para que la población no pueda utilizar esta agua y para que no se contaminen las fuentes de aguas superficiales o subterráneas.

Anexo 1

Lista de verificación para la evaluación inicial de las necesidades en materia de abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene

Esta lista de preguntas está destinada principalmente a evaluar las necesidades, identificar los recursos autóctonos y describir las condiciones locales. No abarca la cuestión de los recursos externos necesarios aparte de los que se dispone de inmediato y localmente.

1 Generalidades

- ¿Cuántas son las personas afectadas, y dónde se encuentran? Desglosar los datos, en lo posible, por sexo, edad, discapacidad, etc.
- ¿Cuáles son los probables desplazamientos de las personas? ¿Cuáles son los factores de seguridad para las personas afectadas y las posibles respuestas de asistencia humanitaria?
- ¿Cuál es la prevalencia de las enfermedades actuales o potenciales relacionadas con el agua y el saneamiento? ¿Cuál es la extensión posible y la evolución previsible de los problemas?
- ¿Quiénes son las principales personas a las que hay que consultar o contactar?
- ¿Quiénes son las personas vulnerables de la población y por qué?
- ¿Tienen todas las personas igual acceso a las instalaciones existentes, incluidos los lugares públicos, los centros de salud y las escuelas?
- ¿Cuáles son los riesgos especiales en materia de seguridad para las mujeres, las niñas y las personas vulnerables?
- ¿A qué prácticas en materia de agua y saneamiento estaba acostumbrada la población antes del desastre?
- ¿Cuáles son las estructuras de poder formales e informales (por ej. dirigentes comunitarios, ancianos, grupos de mujeres)?
- ¿Cómo se toman las decisiones en las familias y en la comunidad?

2 Promoción de la higiene

- ¿A qué prácticas en materia de agua y saneamiento estaba acostumbrada la población antes del desastre?
- ¿Qué practicas son nocivas para la salud, quién las utiliza y por qué?
- ¿Quién sigue teniendo hábitos de higiene positivos y qué le permite conservarlos y qué lo motiva?
- ¿Cuáles son las ventajas y los inconvenientes de toda propuesta de cambio en los hábitos?
- ¿Cuáles son los canales formales e informales de comunicación y de divulgación (agentes de salud comunitarios, parteras tradicionales, curanderos tradicionales, clubes, cooperativas, iglesias, mezquitas, etc.)?
- ¿Existe un acceso a los medios de comunicación en la zona (radio, televisión, video, periódicos, etc.)?
- ¿Qué medios de comunicación u organizaciones no gubernamentales (ONG) hay en la zona?
- ¿A qué sectores de la población hay que dirigirse (madres, niños, dirigentes comunitarios, encargados de cocinas comunitarias, etc.)?
- ¿Qué tipo de sistema de divulgación funcionaría en este contexto (voluntarios, clubes de salud, comités, etc.) para asegurar una movilización a la vez inmediata y a mediano plazo?
- ¿Qué necesitan aprender el personal y los voluntarios que se ocupan de la promoción de la higiene?
- ¿De qué artículos no alimentarios se dispone y cuáles son los que responden a las preferencias y las necesidades más urgentes?
- ¿Cuál es la eficacia de las prácticas de higiene en los establecimientos de salud (particularmente importante en caso de epidemia)?

3 Abastecimiento de agua

- ¿Cuál es la fuente de agua utilizada actualmente y quiénes son los usuarios?
- ¿Cuál es la cantidad de agua disponible por persona y por día?
- ¿Cuál es la frecuencia diaria/semanal del abastecimiento de agua?
- ¿El agua disponible en la fuente es suficiente para las necesidades de corto y largo plazo de todos los grupos de población?
- ¿Los puntos de abastecimiento de agua están suficientemente cerca de las viviendas? ¿Son seguros?
- ¿El abastecimiento de agua actual es fiable? ¿Cuánto tiempo durará?

- ¿Disponen las personas de suficientes recipientes del tamaño y tipo apropiados?
- ¿Está contaminada la fuente de agua o hay peligro de contaminación (microbiológica o química/radiológica)?
- ¿Existe un sistema de tratamiento del agua? ¿Se necesita uno? ¿Es posible hacerlo? ¿Qué tratamiento se precisa?
- ¿Es necesaria la desinfección, incluso si el agua suministrada no está contaminada?
- ¿Hay otras fuentes de agua cercanas?
- ¿Cuáles son las creencias y las prácticas tradicionales relacionadas con la recogida, el almacenamiento y el consumo del agua?
- ¿Hay algún tipo de obstáculo para la utilización de las fuentes de abastecimiento de agua disponibles?
- ¿Es posible desplazar a la población si las fuentes de agua resultan inadecuadas?
- ¿Es posible suministrar agua en camiones cisterna si las fuentes de agua resultan inadecuadas?
- ¿Cuáles son los principales problemas en materia de higiene relacionados con el abastecimiento de agua?
- ¿Disponen las personas de medios adecuados para utilizar el agua de manera higiénica?
- En caso de desplazamiento en zona rural, ¿cuál es la fuente habitual de abastecimiento de agua para el ganado?
- ¿Habrá que prever algún impacto en el medio ambiente debido a las medidas de abastecimiento de agua, extracción de agua y utilización de las fuentes de agua?
- ¿Cuáles son los otros usuarios de las fuentes? ¿Hay peligro de conflicto si las fuentes son utilizadas para un nuevo grupo de personas?

4 Evacuación de excrementos

- ¿Cuál es la práctica actual en lo relativo a la defecación? Si se trata de defecación al aire libre, ¿existe una zona designada? ¿Es segura esa zona?
- ¿Cuáles son las actuales creencias y prácticas, incluidas las prácticas propias de las personas de uno y otro sexo, con respecto a la evacuación de excrementos?
- ¿Existen instalaciones a tal efecto? De ser así, ¿son utilizadas, son suficientes y funcionan bien? ¿Podrían ser ampliadas o adaptadas?

- La práctica actual en cuanto a la defecación ¿constituye un peligro para las fuentes de agua (aguas superficiales y subterráneas), las zonas de habitación o para el medio ambiente en general?
- ¿Se lavan las manos las personas después de defecar y antes de preparar los alimentos y de comer? ¿Disponen de jabón o de otro producto de limpieza para lavarse?
- ¿Están familiarizadas las personas con la construcción y la utilización de letrinas?
- ¿Cuáles son los materiales de que se dispone localmente para construir letrinas?
- ¿Están dispuestas las personas a utilizar letrinas de pozo, terrenos de defecación, zanjas, etc.?
- ¿Hay suficiente espacio para terrenos de defecación, letrinas de pozo, retretes, etc.?
- ¿Cuál es la inclinación del terreno?
- ¿Cuál es el nivel de la capa freática?
- ¿Son adecuadas las condiciones del suelo para la evacuación in situ de excrementos?
- ¿Con las actuales disposiciones en materia de evacuación de excrementos se atrae a los vectores?
- ¿Se dispone de material o de agua para la higiene anal? ¿Cómo las personas eliminan normalmente este material?
- ¿Cómo manejan las mujeres las cuestiones relacionadas con la menstruación? ¿Disponen de material o de instalaciones apropiadas a tal efecto?
- ¿Se dispone de instalaciones o de equipos específicos que puedan facilitar el acceso a las instalaciones sanitarias para las personas con discapacidad u hospitalizadas
- ¿Qué consideración medioambiental hay que evaluar?

5 Enfermedades transmitidas por vectores

- ¿Cuáles son los riesgos de enfermedades transmitidas por vectores y son graves esos riesgos?
- ¿Cuáles son las creencias (por ejemplo, la creencia de que el paludismo es causado por el agua insalubre) y las prácticas tradicionales relacionadas con los vectores y las enfermedades que transmiten? ¿Algunas de ellas son útiles o bien nefastas?
- Si los riesgos de enfermedades transmitidas por vectores son elevados, ¿las personas amenazadas tienen acceso a una protección individual?

- ¿Es posible aportar cambios al entorno local (recurriendo al drenaje, desbroce, evacuación de excrementos, eliminación de basura) para evitar la reproducción de vectores?
- ¿Es necesario luchar contra los vectores por medios químicos? ¿Qué programas, reglamentación y recursos existen en materia de lucha antivectorial y el uso de sustancias químicas?
- ¿Qué información se debe dar y qué precauciones en materia de seguridad hay que recomendar a los hogares?

6 Gestión de desechos sólidos

- ¿La acumulación de desechos sólidos plantea un problema?
- ¿Cómo eliminan las personas los desechos? ¿Qué tipo y qué cantidad de desechos sólidos se producen?
- ¿Pueden los desechos sólidos ser eliminados in situ o es necesario recogerlos y eliminarlos fuera del lugar?
- ¿Cuál es la práctica normal de la población afectada en cuanto a la eliminación de desechos sólidos (compost y/o vertederos, sistema de recogida, cubos de basura, etc.)?
- ¿Hay instalaciones y actividades médicas que generan desechos? ¿Cómo se eliminan esos desechos? ¿Quién se encarga de ello?
- ¿Dónde se echan las toallas higiénicas? ¿Se eliminan de manera discreta y eficaz?
- ¿Cuál es el efecto en el medio ambiente del sistema actual de eliminación de desechos sólidos?

7 Drenaje

- ¿Hay algún problema de drenaje, por ejemplo, inundación de viviendas o de letrinas, zonas de reproducción de vectores, aguas contaminadas que contaminan las zonas donde viven las personas o las reservas de agua?
- ¿Es fácil que se acumule agua en este tipo de terreno?
- ¿Disponen las personas disponen de los medios para proteger sus viviendas y los retretes contra las inundaciones?
- ¿Los puntos de abastecimiento de agua y las zonas de baño están bien drenadas?

Anexo 2

Cantidades mínimas de agua para las instituciones y otros usos

Centros de salud y hospitales	5 litros/por paciente ambulatorio 40- 60 litros/ por paciente hospitalizado/por día Es probable que se requieran cantidades adicionales de agua para lavanderías, retretes de descarga, etc.
Centros de tratamiento del cólera	60 litros/por paciente/por día 15 litros/por encargado de la asistencia/por día
Centros de alimentación terapéutica	30 litros/por paciente hospitalizado/por día 15 litros/ por encargado de la asistencia/ por día
Centros de acogida o de tránsito	15 litros/por persona/por día si la persona permanece más de un día 3 litros/por persona/por día si la persona permanece sólo durante el día
Escuelas	3 litros/por alumno/por día para beber y lavarse las manos (no se incluye el uso para los retretes: véase más abajo Retretes públicos)
Mezquitas	2–5 litros/por persona/por día para beber y lavarse
Retretes públicos	1–2 litros/por usuario/por día para lavarse las manos 2–8 litros /por cubículo/por día para la limpieza del retrete
Todos los retretes de descarga de agua	20–40 litros/por usuario/por día para los retretes de tipo convencional conectados al alcantarillado 3–5 litros/por usuario/por día para retretes de sifón
Higiene anal	1–2 litros/por persona/por día
Ganado	20–30 litros/por animal grande o mediano/por día 5 litros/por animal pequeño/por día

Anexo 3

Número mínimo de retretes en los lugares públicos y las instituciones en situaciones de desastre

Institución	Corto plazo	Largo plazo
Mercados	1 retrete por cada 50 puestos de venta	1 retrete por cada 20 puestos de venta
Hospitales/ centros de salud	1 retrete por cada 20 camas o 50 pacientes ambulatorios	1 retrete por cada 10 camas o 20 pacientes ambulatorios
Centros de alimentación	1 retrete por cada 50 adultos 1 retrete por cada 20 niños	1 retrete por cada 20 adultos 1 retrete por cada 10 niños
Centros de acogida/de tránsito	1 retrete por cada 50 personas; de cada 4 usuarios, 3 son mujeres y 1 es hombre	
Escuelas	1 retrete por cada 30 niñas 1 retrete por cada 60 niños	1 retrete por cada 30 niñas 1 retrete por cada 60 niños
Oficinas		1 retrete por cada 20 empleados

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

Anexo 4

Enfermedades relacionadas con el agua y los excrementos y mecanismos de transmisión

Enfermedades hídricas o debidas a la falta de higiene	Cólera, shigelosis, diarrea, salmonelosis, etc. Fiebre tifoidea o paratifoidea, etc. Disentería amibiana, giardasis Hepatitis A, poliomielitis, diarrea por rotavirus	**Bacteriana Transmisión fecal-oral** **No bacteriana Transmisión fecal-oral**	Contaminación del agua Falta de sanidad Falta de higiene personal Contaminación de los cultivos
Enfermedades propagadas por el agua o debidas a la escasez de agua	Infecciones dérmicas y oculares Tifus transmitido por piojos y fiebre recurrente transmitida por piojos		Insuficiencia de agua Falta de higiene personal
Helmintos relacionados con excrementos	Áscaris, uncinaria, tricocefalosis, etc.	**Helmintiasis transmitidas por el suelo**	Defecación al aire libre Contaminación del suelo
Tenias de vacuno y porcino	Teniasis	**Del animal al hombre**	Carnes medio crudas Contaminación del suelo
Enfermedades de origen acuático	Esquistosomiasis, gusano de Guinea, clonorquiasis, etc.	**Permanencia a largo plazo en aguas infectadas**	Contaminación del agua
Insectos vectores relacionados con el agua	Paludismo, dengue, enfermedad del sueño, filariasis, etc.	**Picaduras de mosquitos o de moscas**	Picaduras cerca del agua Reproducción en el agua
Insectos vectores relacionados con excrementos	Diarrea y disentería	**Transmitidas por moscas o cucarachas**	Entorno insalubre

Anexo 5

Actividades básicas relativas a la higiene, el saneamiento y el aislamiento en los centros de tratamiento del cólera

Principios esenciales que todos los establecimientos de salud y los centros de tratamiento del cólera deben seguir:

1. Aislar los casos graves.
2. Recoger y embalar todos los excrementos (heces y vómitos).
3. Que haya una sola enfermera por paciente.
4. Lavarse las manos con agua clorada.
5. Todos los suelos deben ser lavables.
6. Desinfectarse los pies antes de salir del centro.
7. Desinfectar la ropa de las personas infectadas antes de que salgan del centro (hervir o desinfectar).
8. Velar por que los suelos y todas las zonas del centro se mantengan limpios.
9. Los pacientes y los cuidadores deben disponer de retretes y baños separados.
10. Preparar los alimentos en el centro. Si son preparados en el exterior, hay que sacarlos del recipiente en el que son transportados antes de entrar al centro para evitar contaminar el recipiente con los vibriones del cólera y propagarlos en el exterior.
11. Hacer el seguimiento de los familiares cercanos y lejanos del paciente para asegurarse de que no haya otros casos. Desinfectar la vivienda y facilitar información sobre las medidas de higiene.
12. Si hay personas que llegan en transporte público, desinfectar los vehículos.
13. Canalizar y tratar las aguas pluviales y aguas residuales dentro de la zona de aislamiento.
14. Tratar los desechos dentro de la zona de aislamiento.

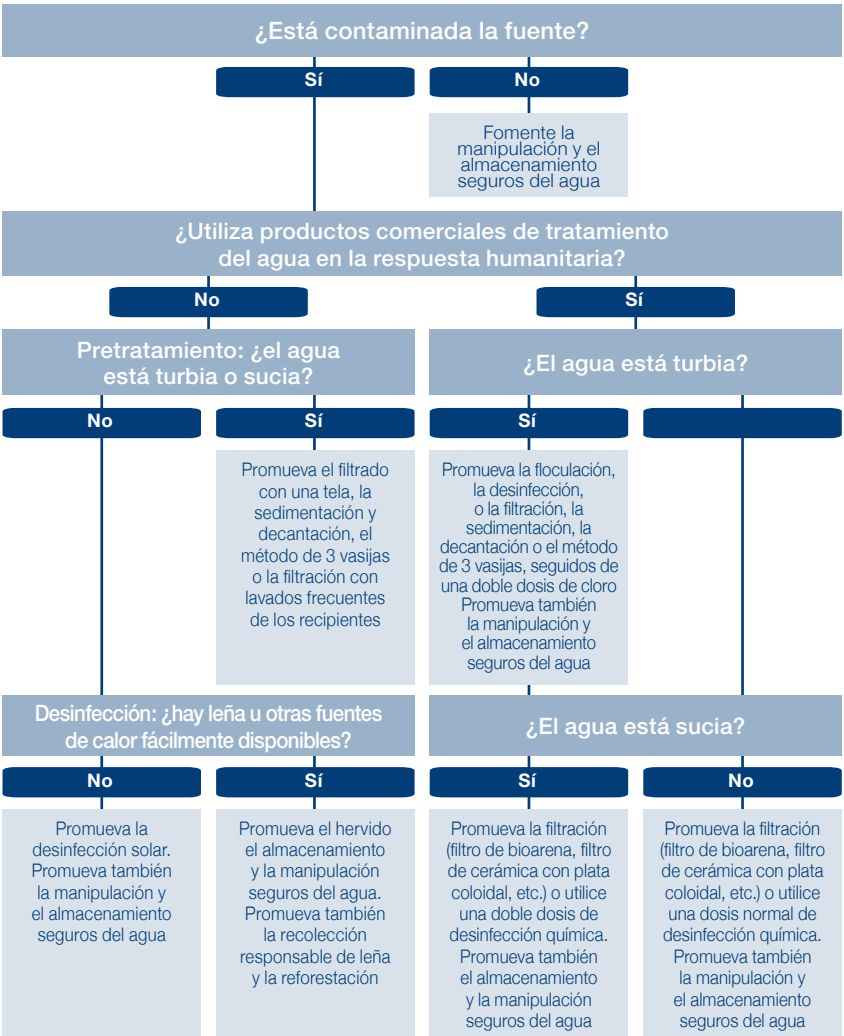
Soluciones cloradas para su uso en los centros de tratamiento del cólera

Soluciones de cloro según los usos	**Solución al 2%**	**Solución al 0,2%**	**Solución al 0,05%**
	Desechos y excrementos Cadáveres	Suelo Objetos/camas Pediluvios Ropa	Manos Piel

NB: Las soluciones deben prepararse todos los días ya que se alteran por efecto de la luz y el calor.

Anexo 6

Árbol de decisión para el tratamiento y almacenamiento seguro del agua de uso doméstico



Adaptado de Sistemas domésticos de tratamiento y almacenamiento de agua en situaciones de emergencia, Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, 2008.

Referencias y lecturas complementarias

Referencias

Instrumentos jurídicos internacionales

El derecho al agua (artículos 11 y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), Observación general Nº 15, 26 de noviembre de 2002, documento ONU E/C.12/2002/11, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Publicaciones generales

Davis, J. y Lambert, R., *Engineering in Emergencies: A Practical Guide for Relief Workers,* segunda edición, RedR/IT Publications, Londres, 2002.

Médecins sans Frontières, *Public Health Engineering in Emergency Situations* Primera edición, Médicos sin Fronteras, París, 1994.

Red Interagencial para la Educación en Situaciones de Emergencia (INEE) *Normas mínimas para la educación en situaciones de emergencia, crisis crónicas y reconstrucción temprana,* Nueva York, 2010. www.ineesite.org

Walden, V.M., O'Reilly, M. y Yetter, M., *Humanitarian Programmes and HIV and AIDS; A practical approach to mainstreaming,* Oxfam GB, Oxford, 2007. www.oxfam.org.uk/what_we_do/emergencies/how_we_work/resources/health.htm

Estudios sanitarios

British Geological Survey, ARGOSS manual, Londres, 2001. www.bgs.ac.uk

Igualdad de Género

Comité Permanente entre Organismos (IASC), Género y agua, saneamiento e higiene en situaciones de emergencia, en *Mujeres, niñas, niños y hombres,* Igualdad de oportunidades para necesidades diferentes, Manual sobre cuestiones de género en la acción humanitaria, 2008. www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Portals/1/cluster%20approach%20page/clusters%20pages/Gender/Gender%20Toolkit/S_GH_13_Wash.pdf

Promoción de la higiene

Almedom, A., Blumenthal, U. y Manderson, L.., *Hygiene Evaluation Procedures: Approaches and Methods for Assessing Water- and Sanitation-Related Hygiene Practices,* The International Foundation for Developing Countries. Practical Action Publishing, Reino Unido, 1997.

Ferron, S., Morgan, J. and O'Reilly, M., *Hygiene Promotion: A Practical Manual for Relief and Development,* Practical Action Publishing, Reino Unido, 2007.

Humanitarian Reform Support Unit, Proyecto Promoción de la higiene del Grupo WASH.
www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Default.aspx?tabid=160

Abastecimiento de agua

Acción contra el hambre, Water, Sanitation and Hygiene for Populations at Risk, París, 2006. www.actioncontrelafaim.org/english/

House, S. y Reed, R., Emergency Water Sources: Guidelines for Selection and Treatment, Water, Engineering and Development Centre (WEDC), Loughborough University, Reino Unido, 1997.

Necesidades de agua para la seguridad alimentaria

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, FAO Water: www.fao.org/nr/water/index_es.html

Necesidades de agua para el ganado

LEGS, *Normas y directrices para intervenciones ganaderas en emergencias* (LEGS), Practical Action Publishing, Reino Unido, 2009.
www.livestock-emergency.net/

Calidad del agua

Organización Mundial de la Salud (OMS) *Guías para la calidad del agua potable*, tercera edición (en proceso de traducción al español), Ginebra.
www.who.int/water_sanitation_health/dwq/gdwq3rev/es/

Plan de seguridad del agua

Organización Mundial de la Salud (OMS), *Water safety plans: managing drinking-water quality from catchment to consumer,* 2005.
www.who.int/water_sanitation_health/dwq/wsp0506/en/

Evacuación de excrementos

Harvey, P., *Excreta disposal in Emergency – A field manual,* WEDC, Loughborough University, Reino Unido, 2007.
wedc.lboro.ac.uk/knowledge/bookshop.html

Lucha antivectorial

Hunter P., *Waterborne Disease: Epidemiology and Ecology,* John Wiley & Sons Ltd, Chichester, Reino Unido, 1997.

Lacarin C.J. y Reed R.A., *Emergency Vector Control Using Chemicals,* WEDC, Loughborough University, Reino Unido, 1999.

Thomson M., *Disease Prevention Through Vector Control: Guidelines for Relief Organisations,* Oxfam GB, 1995.

Desechos sólidos

Centre for appropriate technology, *Design of landfill*
www.lifewater.org/resources/san3/san3d1.pdf

The International Solid Waste Association (Asociación Internacional de Desechos Sólidos)
www.iswa.org

Gestión de cadáveres

OMS, *Disposal of dead bodies in emergency conditions: WHO Technical Note for Emergencies No. 8,* 2009.
www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/envsan/tn08/en/index.htm

Desechos médicos

Prüss A., Giroult E., Rushbrook P., eds., *Safe Management of Wastes from Health-Care Activities,* OMS, Ginebra, 1999.
www.healthcarewaste.org/en/documents.html?id=1&suivant=2

Drenaje

Environmental Protection Agency (EPA) (Organismo de Protección del Medio Ambiente), *Design Manual: On-Site Wastewater Treatment and Disposal Systems, Report* EPA-600/2-78-173, Cincinnati, Estados Unidos, 1980.

Lecturas complementarias

Obras generales

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (OPS), Biblioteca Virtual de Salud y Desastres.
helid.digicollection.org/es/

WHO, *Environmental health in emergencies and disasters: a practical guide,* Ginebra, 2003.

Evacuación de excrementos

Harvey P. A., Baghri S. y Reed R. A., *Emergency Sanitation, Assessment and Programme Design,* WEDC, Loughborough University, Reino Unido, 2002.

Lucha antivectorial

ACNUR, *Vector and Pest Control in Refugee Situations,* Ginebra, 1997.

Warrell D. y Gilles H. (eds.), *Essential Malariology,* 4th Edition, Arnold, Londres, 2002.

OMS, *Chemical methods for the control of vectors and pests of public health importance,* Ginebra, 1997.
whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_CTD_WHOPES_97.2.pdf.

Gestión de cadáveres

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, Manejo de Cadáveres en Situaciones de Desastre, Serie Manuales y Guías sobre Desastres, Nº 5. Washington DC, 2004.
www.paho.org/spanish/dd/ped/ManejoCadaveres.htm

Desechos médicos

OMS, Aide-Memoire: Safe Health-Care Waste Management, Ginebra, 2000.

OMS, Healthcare waste management.
www.healthcarewaste.org

OMS, Injection safety.
www.injectionsafety.org

Discapacidad

Jones, H. y Reed, R. Water and sanitation for disabled people and other vulnerable groups: designing services to improve accessibility, Water, Engineering and Development Centre (WEDC), Loughborough University, Reino Unido, 2005. wedc.lboro.ac.uk/wsdp

Oxfam GB,Excreta disposal for physically vulnerable people in emergencias, Technical Briefing Note 1, Oxfam, Reino Unido, 2007. www.oxfam.org.uk/resources/learning/humanitarian/downloads/TBN1_disability.pdf

Oxfam GB (2007), Vulnerability and socio-cultural considerations for PHE in emergencies Technical Briefing Note 2, Oxfam, Reino Unido, 2007. www.oxfam.org.uk/resources/learning/humanitarian/downloads/TBN2_watsan_sociocultural.pdf

Normas mínimas sobre seguridad alimentaria y nutrición

Cómo utilizar la información de este capítulo

Este capítulo se divide en cuatro conjuntos de normas mínimas:

Evaluación de la seguridad alimentaria y la nutrición;

Alimentación del lactante y del niño pequeño;

Tratamiento de la malnutrición aguda y las carencias de micronutrientes;

Seguridad alimentaria.

El cuarto conjunto, seguridad alimentaria, se subdivide en tres secciones: seguridad alimentaria - distribuciones de alimentos; seguridad alimentaria - entregas de dinero en efectivo y de cupones; y, seguridad alimentaria - medios de subsistencia.

La información de este capítulo se debe aplicar de conformidad con los principios de protección y las normas esenciales.

Aunque su objetivo principal es guiar la respuesta humanitaria después de un desastre, las normas mínimas pueden aplicarse también a la preparación para desastres y al período de transición hacia las actividades de recuperación y reconstrucción.

Cada sección contiene los aspectos siguientes:

- **Las normas mínimas,** que son de índole cualitativa y especifican los niveles mínimos que deben alcanzarse en una respuesta humanitaria en lo relativo al suministro de alimentos y la nutrición.
- **Las acciones clave,** que son actividades y aportes que se sugiere realizar para cumplir las normas.
- **Los indicadores clave,** que son las “señales” que permiten comprobar si se ha cumplido o no una norma. Ofrecen una forma de medir y comunicar los procedimientos y resultados de las acciones clave. Están relacionados con las normas mínimas, no con las acciones clave.
- **Las notas de orientación,** que versan sobre los puntos específicos que han de tenerse en cuenta a la hora de aplicar las normas mínimas, las acciones clave y los indicadores clave en situaciones diferentes. Ofrecen una orientación para resolver dificultades prácticas, así como puntos de referencia y consejos sobre temas prioritarios. Pueden abarcar también cuestiones cruciales relacionadas con las normas, las acciones o los indicadores, y exponen dilemas, puntos polémicos o lagunas que subsisten en los conocimientos actuales.

Si no se pueden cumplir los indicadores y las acciones clave, habrá que evaluar las consecuencias negativas que ello implica para la población afectada y tomar las medidas de mitigación que corresponda.

En los anexos figuran listas de verificación para las evaluaciones, orientaciones para medir la malnutrición aguda y determinar la importancia en materia de salud pública de las carencias de micronutrientes y las necesidades nutricionales. Se proporciona también una selección de referencias y lecturas complementarias tanto sobre temas técnicos específicos como sobre cuestiones generales.

Índice

Introducción 161

1. Evaluación de la seguridad alimentaria y la nutrición 169

2. Alimentación del lactante y del niño pequeño 178

3. Tratamiento de la malnutrición aguda y las carencias de micronutrientes 186

4. Seguridad alimentaria 199

4.1. Seguridad alimentaria: distribuciones de alimentos 204

4.2. Seguridad alimentaria: entregas de dinero en efectivo y de cupones 228

4.3. Seguridad alimentaria: medios de subsistencia 234

Anexo 1: Lista de verificación para la evaluación de la seguridad alimentaria y los medios de subsistencia 246

Anexo 2: Lista de verificación para la evaluación de la seguridad de las semillas 248

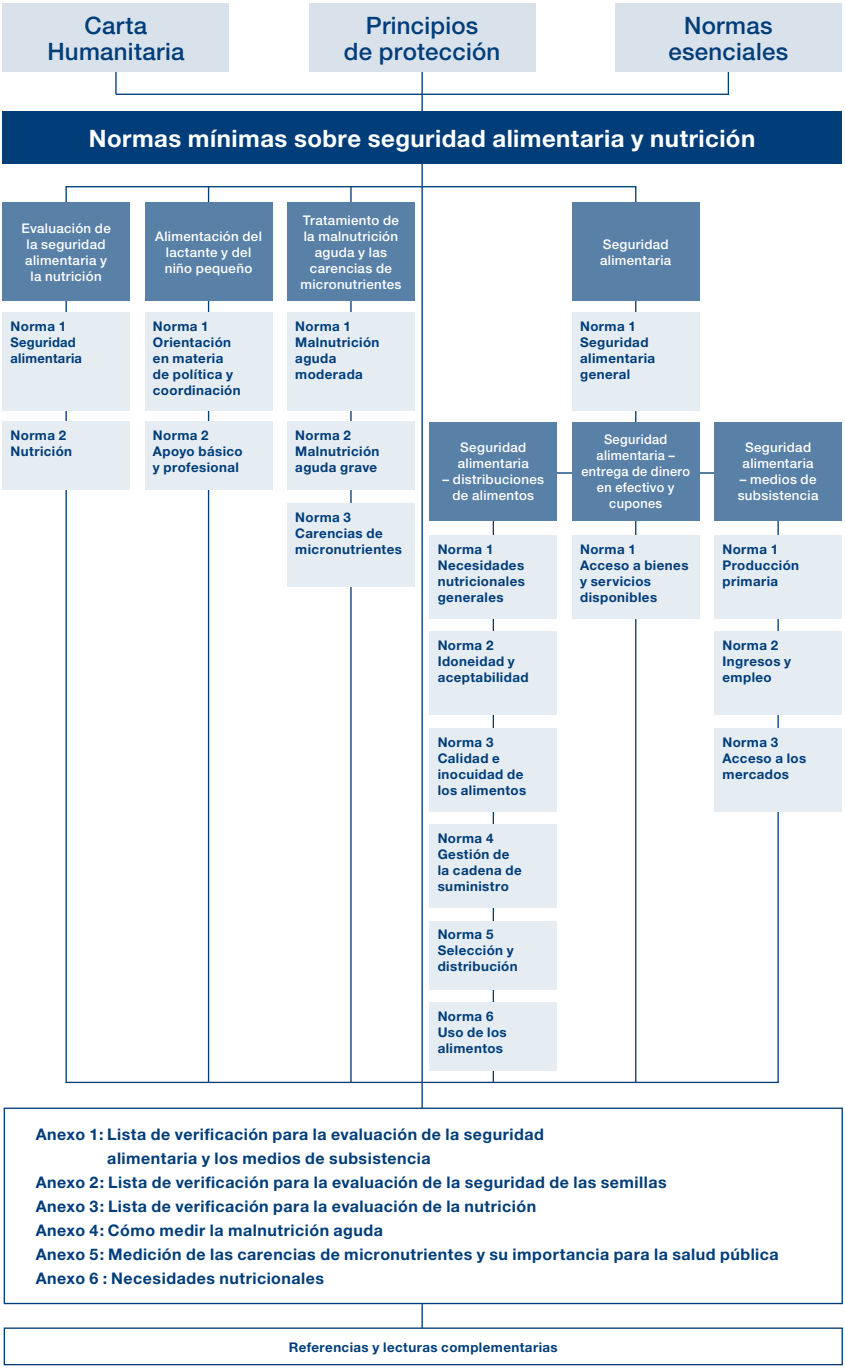
Anexo 3: Lista de verificación para la evaluación de la nutrición 250

Anexo 4: Cómo medir la malnutrición aguda 253

Anexo 5: Medición de las carencias de micronutrientes y su importancia para la salud pública 257

Anexo 6: Necesidades nutricionales 260

Referencias y lecturas complementarias 264


Carta Humanitaria
Principios de protección
Normas esenciales
Normas mínimas sobre seguridad alimentaria y nutrición
Evaluación de la seguridad alimentaria y la nutrición
Norma 1 Seguridad alimentaria
Norma 2 Nutrición
Alimentación del lactante y del niño pequeño
Norma 1 Orientación en materia de política y coordinación
Norma 2 Apoyo básico y profesional
Tratamiento de la malnutrición aguda y las carencias de micronutrientes
Norma 1 Malnutrición aguda moderada
Norma 2 Malnutrición aguda grave
Norma 3 Carencias de micronutrientes
Seguridad alimentaria
Norma 1 Seguridad alimentaria general
Seguridad alimentaria – distribuciones de alimentos
Norma 1 Necesidades nutricionales generales
Norma 2 Idoneidad y aceptabilidad
Norma 3 Calidad e inocuidad de los alimentos
Norma 4 Gestión de la cadena de suministro
Norma 5 Selección y distribución
Norma 6 Uso de los alimentos
Seguridad alimentaria – entrega de dinero en efectivo y cupones
Norma 1 Acceso a bienes y servicios disponibles
Seguridad alimentaria – medios de subsistencia
Norma 1 Producción primaria
Norma 2 Ingresos y empleo
Norma 3 Acceso a los mercados
Anexo 1: Lista de verificación para la evaluación de la seguridad alimentaria y los medios de subsistencia
Anexo 2: Lista de verificación para la evaluación de la seguridad de las semillas
Anexo 3: Lista de verificación para la evaluación de la nutrición
Anexo 4: Cómo medir la malnutrición aguda
Anexo 5: Medición de las carencias de micronutrientes y su importancia para la salud pública
Anexo 6 : Necesidades nutricionales
Referencias y lecturas complementarias

Introducción

Relación con la Carta Humanitaria y el derecho internacional

Las normas mínimas sobre seguridad alimentaria y nutrición son una expresión concreta de las ideas y los compromisos que comparten las organizaciones humanitarias, así como de los principios, los derechos y las obligaciones comunes, enunciados en la Carta Humanitaria, por los que se rige su acción. Fundados en el principio de humanidad y consagrados en el derecho internacional, dichos principios abarcan el derecho a la vida y a la dignidad, el derecho a la protección y a la seguridad, y el derecho a recibir asistencia humanitaria según las necesidades. En el anexo 1 (página 404) figuran a modo de referencia una lista de documentos jurídicos y normativos fundamentales, en los que se sustenta la Carta Humanitaria, así como comentarios explicativos destinados a todo el personal humanitario.

Aunque son principalmente los Estados los que deben garantizar el cumplimiento de los derechos arriba enunciados, las organizaciones humanitarias tienen la responsabilidad de trabajar con las poblaciones afectadas por un desastre de manera que se respeten esos derechos. De esos derechos de alcance general se derivan varios otros más específicos, como el derecho a la participación, el derecho a la información y el derecho a la no discriminación, los cuales constituyen la base de las normas esenciales, así como los derechos específicos al agua, a la alimentación, a la vivienda y a la salud, en los que se sustentan estas normas esenciales y las normas mínimas contenidas en el presente manual.

Toda persona tiene derecho a una alimentación adecuada. Este derecho, reconocido en los instrumentos jurídicos internacionales, engloba el derecho de toda persona a no sufrir hambre. Cada vez que una persona o un grupo no pueda, por razones que escapan a su control, disfrutar del derecho a una alimentación adecuada por los medios a su alcance, los Estados tienen la obligación de garantizar el ejercicio de ese derecho directamente. El derecho a la alimentación implica para los Estados las obligaciones siguientes:

- “respetar el acceso existente a una alimentación adecuada”: requiere que los Estados no adopten medidas de ningún tipo que tengan por resultado impedir ese acceso;

- “proteger”: requiere que los Estados adopten medidas para velar por que las empresas o los particulares no priven a las personas del acceso a una alimentación adecuada;
- “realizar” (facilitar): significa que los Estados deben participar activamente en actividades encaminadas a fortalecer el acceso y la utilización por parte de la población de los recursos y medios que aseguren sus medios de subsistencia, incluida la seguridad alimentaria.

En situaciones de desastre, los Estados deben suministrar alimentos a las personas necesitadas o pueden solicitar asistencia internacional si sus propios recursos no bastan. Asimismo deben garantizar un acceso seguro y sin trabas a la asistencia internacional.

Los Convenios de Ginebra y los Protocolos adicionales prevén el derecho al acceso a los alimentos en situaciones de conflicto armado y de ocupación. Queda prohibido, como método de guerra, hacer padecer hambre a las personas civiles, así como atacar, destruir, sustraer o inutilizar los bienes indispensables para la supervivencia de la población civil, tales como los artículos alimenticios y las zonas agrícolas que los producen, las cosechas, el ganado, las instalaciones y reservas de agua potable y las obras de riego. Cuando un Estado ocupa otro por la fuerza, el derecho internacional humanitario obliga a la Potencia ocupante a abastecer a la población en víveres e importar los artículos necesarios cuando sean insuficientes los recursos del territorio ocupado. Los Estados deben hacer todo lo posible para que los refugiados y los desplazados internos tengan acceso en todo momento a una alimentación adecuada.

Las normas mínimas enunciadas en el presente capítulo recogen lo esencial del derecho a la alimentación y contribuyen a la realización progresiva de este derecho en todo el mundo.

La importancia de la seguridad alimentaria y la nutrición en situaciones de desastre

El acceso a los alimentos y el mantenimiento de un estado nutricional adecuado resultan cruciales para la supervivencia de las personas en casos de desastre. Las personas afectadas por un desastre suelen estar ya en un estado de desnutrición crónica. La desnutrición es un grave problema de salud pública y una de las principales causas de muerte, sea directa o indirecta.

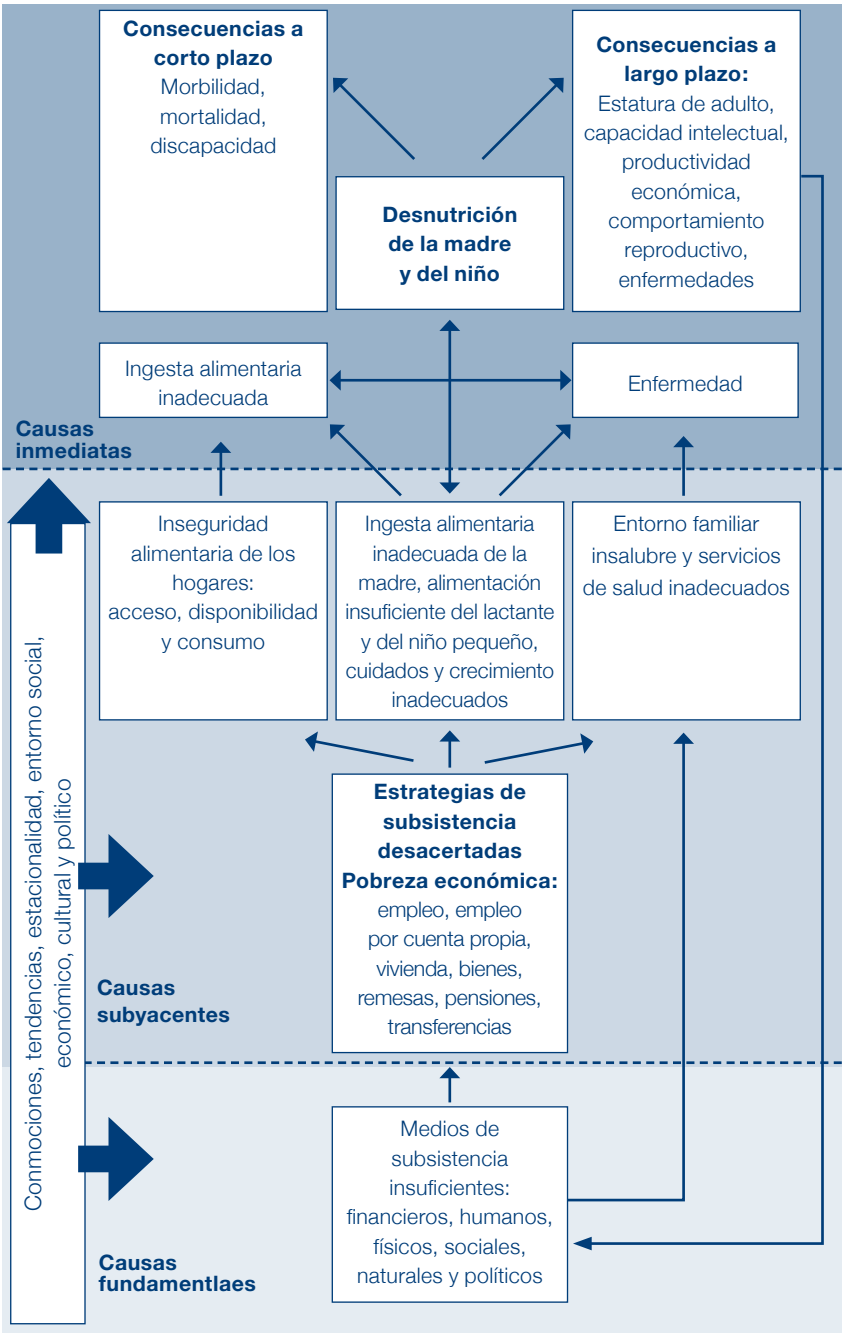
Las causas de la desnutrición son complejas. El marco conceptual que figura más adelante es una herramienta analítica que muestra la interacción entre los

diversos factores que contribuyen a la desnutrición. Las causas inmediatas de la desnutrición son la enfermedad y/o la ingesta alimentaria insuficiente, que se derivan de la pobreza subyacente, la inseguridad alimentaria de los hogares, las prácticas de atención deficientes tanto en el hogar como a nivel comunitario, el abastecimiento de agua inadecuado, la falta de saneamiento e higiene, así como el acceso inapropiado a la atención de salud. Desastres como los ciclones, terremotos, inundaciones, conflictos y sequías repercuten directamente en las causas subyacentes de la desnutrición. La vulnerabilidad de un hogar o de una comunidad determina su capacidad para sobreponerse a esas conmociones. La capacidad para manejar los riesgos resultantes depende ampliamente de las características del hogar o de la comunidad, sobre todo de sus recursos, así como de los medios de subsistencia y las estrategias que emplee para afrontarlos.

A los efectos del presente capítulo, se utilizan las siguientes definiciones:

- Existe *seguridad alimentaria* cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico, social y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos, a fin de llevar una vida activa y sana. Esta definición abarca tres componentes.
  - Por *disponibilidad* se entiende la cantidad, calidad y estacionalidad del suministro de alimentos en la zona afectada por un desastre. Incluye las fuentes locales de producción (agricultura, ganadería, pesca, alimentos silvestres) y los alimentos importados por comerciantes (las respuestas de gobiernos y organizaciones pueden afectar a la disponibilidad). La existencia de mercados locales que pueden suministrar alimentos a la población determina de manera decisiva la disponibilidad.
  - Por *acceso* se entiende la capacidad de un hogar para obtener en condiciones seguras los alimentos necesarios a fin de satisfacer las necesidades nutricionales de todos sus miembros. Mide la capacidad de cada familia para adquirir alimentos mediante la producción y las reservas en el hogar, la compra, el trueque, los donativos, los préstamos o las distribuciones de alimentos y las entregas de dinero en efectivo y/o de cupones.
  - Por *uso* se entiende la utilización que hace el hogar de los alimentos a los que tiene acceso, lo que incluye el almacenamiento, el procesamiento y la preparación, y la distribución dentro del hogar. Es también la capacidad de cada persona de absorber y metabolizar los nutrientes, capacidad que puede verse afectada por la enfermedad y la malnutrición.
- Los *medios de subsistencia* comprenden las capacidades, los bienes (que incluyen los recursos naturales, materiales y sociales) y las actividades que realiza el hogar para la supervivencia y el bienestar futuro. Las estrategias

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



relativas a los medios de subsistencia son las actividades o los medios prácticos por los cuales las personas utilizan sus bienes para ganarse la vida y lograr otros objetivos relacionados con su subsistencia. Las estrategias de afrontamiento son las respuestas temporales que impone la inseguridad alimentaria. Los medios de subsistencia de un hogar son seguros cuando el hogar puede afrontar las conmociones y recuperarse de ellas, así como mantener o mejorar sus capacidades y sus bienes de producción.

- La *nutrición* es un término amplio para designar los procesos mediante los cuales el cuerpo humano absorbe, digiere y asimila los alimentos para su crecimiento y desarrollo, la reproducción, la actividad física y el mantenimiento de la salud. El término "malnutrición" incluye técnicamente la desnutrición y la sobrealimentación. La desnutrición cubre una serie de estados, que incluyen la malnutrición aguda, la malnutrición crónica y las carencias de micronutrientes. La malnutrición aguda se caracteriza por una emaciación (delgadez) y/o un edema nutricional, mientras que la malnutrición crónica es un retraso del crecimiento (baja estatura). El retraso del crecimiento y la emaciación son dos formas de una falta de crecimiento. En este capítulo, nos referiremos a la desnutrición y emplearemos el término "malnutrición" específicamente cuando se trata de malnutrición aguda.

El marco conceptual que figura a continuación muestra cómo la exposición al riesgo está determinada por la frecuencia y gravedad de las amenazas naturales y las conmociones generadas por la acción del ser humano, así como por su alcance socioeconómico y geográfico. Los determinantes de la capacidad de afrontar situaciones incluyen el nivel de los recursos económicos, humanos, físicos, sociales, naturales y políticos de las personas, sus hogares y comunidades; su nivel de producción, ingreso y consumo, así como su capacidad para diversificar las fuentes de ingreso y consumo a fin de mitigar el efecto de los riesgos.

La vulnerabilidad del lactante y del niño pequeño implica que preocuparse de su nutrición es una tarea prioritaria. La prevención de la desnutrición es tan importante como el tratamiento de la malnutrición aguda. Las respuestas en el ámbito de la seguridad alimentaria pueden ser determinantes para la nutrición y la salud a corto plazo, así como para su supervivencia y su bienestar a largo plazo.

Las mujeres a menudo desempeñan un papel más preponderante en la planificación y preparación de los alimentos para sus familias. Tras un desastre, las estrategias de subsistencia de un hogar pueden modificarse. Es esencial reconocer los distintos papeles en la nutrición de una familia con objeto de mejorar la seguridad alimentaria en el hogar. Es importante también comprender las necesidades nutricionales únicas de las mujeres embarazadas y lactantes, los niños pequeños, las personas de edad y las personas con discapacidad para elaborar respuestas adecuadas en el ámbito de la alimentación.

En situaciones de desastre, cuanto mejor sea la preparación, más eficaz será la respuesta para facilitar seguridad alimentaria y nutrición. Esta preparación se obtiene gracias a las capacidades, las relaciones y los conocimientos que hayan podido desarrollar los gobiernos, las organizaciones humanitarias, las organizaciones locales de la sociedad civil, las comunidades y las personas para anticipar las situaciones y manejar con eficacia los peligros probables, inminentes o presentes. La preparación se basa en un análisis de los riesgos y está estrechamente relacionada con los sistemas de alerta temprana. Asimismo, incluye la planificación de contingencia, la constitución de reservas de equipos y suministros, la prestación de servicios de emergencia, la concertación de acuerdos contingentes, la comunicación, la gestión de la información y mecanismos de coordinación, la capacitación de personal y la capacitación en materia de planificación a nivel comunitario y los entrenamientos y simulacros.

Con respecto a la seguridad alimentaria y la nutrición, los principales ámbitos de acción en situaciones de desastre que abarca el presente manual son: la alimentación del lactante y del niño pequeño; el tratamiento de la malnutrición aguda y las carencias de micronutrientes; las distribuciones de alimentos; las entregas de dinero en efectivo y de cupones, así como el apoyo a los medios de subsistencia.

Relación con otros capítulos

Muchas de las normas enunciadas en los otros capítulos son útiles para el presente capítulo. Los progresos que se realicen para cumplir las normas en un ámbito específico suelen influir, e incluso determinar, los progresos en otros ámbitos. Para que la respuesta sea eficaz se requieren una coordinación y una colaboración estrechas con otros sectores. Es necesaria también la coordinación con las autoridades locales, otras organizaciones participantes en la respuesta y las organizaciones comunitarias a fin de garantizar que las necesidades sean atendidas, no se dupliquen los esfuerzos y se optimice la calidad de las respuestas en materia de seguridad alimentaria y nutrición.

El marco conceptual relativo a la desnutrición (véase la página 164) identifica entre las causas subyacentes de la malnutrición un entorno familiar insalubre y servicios de salud inadecuados. En las respuestas destinadas a prevenir y resolver el problema de la malnutrición se requiere el cumplimiento de las normas mínimas tanto de este capítulo como de las enunciadas en los capítulos sobre abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene, alojamiento y salud. Asimismo, es necesario cumplir las normas esenciales y aplicar los principios de protección. A fin de garantizar la seguridad alimentaria y la nutrición de todos los grupos de manera que se asegure su supervivencia y se salvaguarde su dignidad, no basta con alcanzar sólo las normas enunciadas en este capítulo del manual.

Cuando procede, se hace referencia a normas específicas o notas de orientación de otros capítulos, así como a normas conexas y complementarias.

Relación con los principios de protección y las normas esenciales

Para cumplir las normas presentadas en este manual, todas las organizaciones humanitarias deben guiarse por los principios de protección, aunque no tengan un mandato específico de protección ni sean especialistas en la materia. Los principios no son "absolutos": se admite que las circunstancias pueden limitar hasta qué punto las organizaciones pueden aplicarlos. Sin embargo, los principios de protección son el reflejo de preocupaciones humanitarias universales que deberían guiar la acción en todo momento.

Las normas esenciales son normas básicas relativas a los procesos y al personal, y son comunes a todos los sectores. Las seis normas esenciales abarcan la participación, la evaluación inicial, la respuesta, la selección de beneficiarios, el seguimiento, la evaluación, el desempeño de los trabajadores humanitarios, así como la supervisión del personal y el apoyo que se le presta. Ofrecen un punto de referencia único para los enfoques que sustentan a todas las demás normas del manual. Por consiguiente, para cada capítulo técnico hay que utilizar al mismo tiempo las normas esenciales que permitirán lograr el cumplimiento de las demás normas en él contenidas. En particular, para lograr que una respuesta sea apropiada y de calidad, será necesario maximizar la participación de las personas afectadas por el desastre, incluidos los grupos y personas más expuestos al riesgo en casos de desastre.

Vulnerabilidades y capacidades de las poblaciones afectadas por un desastre

Esta sección está concebida para utilizarse juntamente con las normas esenciales y sirve para reforzarlas.

Es muy importante comprender que una persona no es más vulnerable ni está más expuesta a un riesgo porque es joven o de edad avanzada, porque es una mujer o una persona con discapacidad o que vive con el VIH. Es más bien la combinación de todos esos factores lo que lleva a ese resultado. Así por ejemplo, una persona de más de 70 años que vive sola y no goza de buena salud, será sin duda más vulnerable que una persona de la misma edad y con el mismo estado de salud pero que vive rodeada por una familia numerosa y que tiene un ingreso

suficiente. Análogamente, una niña de 3 años es mucho más vulnerable si no está acompañada que si estuviera cuidada por padres responsables.

En la medida en que se aplican las normas sobre seguridad alimentaria y nutrición, y se implementan las acciones clave, el análisis de la vulnerabilidad y la capacidad permite asegurar que la respuesta en casos de desastre se dirige efectivamente a las personas que tienen derecho a una asistencia sin discriminación y que más lo necesitan. Para ello, se precisa una comprensión cabal del contexto local y de la manera en que una determinada crisis afecta de diferentes formas a grupos específicos de personas a causa de vulnerabilidades ya existentes (por ejemplo, en una situación de pobreza extrema o de discriminación), el hecho de verse expuestos a diversas amenazas contra su seguridad (por ejemplo, la violencia de género, como la explotación sexual), la incidencia o prevalencia de enfermedades (por ejemplo, el VIH o la tuberculosis), y los riesgos de epidemias (por ejemplo, el sarampión o el cólera). Los desastres pueden agravar las disparidades que ya existían. Por ello, es esencial priorizar las estrategias que permiten a las personas afrontar una situación, y potenciar su resiliencia y su recuperación. Asimismo, es necesario promover y reforzar sus conocimientos, competencias y estrategias, reforzar su acceso a los servicios de apoyo social, jurídico, financiero y psicosocial, así como ayudarlas a salvar los diversos obstáculos físicos, culturales, económicos y sociales con los que pueden tropezar al buscar un acceso equitativo a dichos servicios.

A continuación se mencionan algunas de las medidas más importantes que deben adoptarse para poder garantizar que los derechos y las capacidades de todas las personas vulnerables se tengan debidamente en cuenta.

- Optimizar la participación de las personas, velando por que se incluyan todos los grupos representativos, especialmente aquellos que son menos visibles (como las personas con dificultad para comunicarse o moverse, las personas que viven en instituciones, los jóvenes estigmatizados y otros grupos subrepresentados o no representados).
- Desglosar los datos por sexo y por edad (0-80 años y más) durante la evaluación –se trata de un elemento importante para que en el sector de la seguridad alimentaria y la nutrición se tenga debidamente en cuenta la diversidad de los grupos de población.
- Velar por que todos los miembros de la comunidad sepan que tienen derecho a la información sobre las prestaciones y tengan acceso a dicha información.

Normas mínimas

1. Evaluación de la seguridad alimentaria y la nutrición

En una crisis aguda y para una respuesta inmediata, puede bastar con realizar una evaluación multisectorial rápida para decidir si es o no necesario prestar una asistencia inmediata. Esta primera evaluación permite hacerse rápidamente una idea clara del contexto específico en un momento dado. Es probable que haga falta llevar a cabo otras evaluaciones de la seguridad alimentaria y la nutrición, cuya realización apropiada requiere tiempo y recursos considerables. La evaluación es un proceso continuo, particularmente en los casos de crisis prolongada, y la información obtenida debe servir de referencia para la selección de los beneficiarios y la toma de decisiones como parte de la gestión de la respuesta.

En teoría, las evaluaciones de la seguridad alimentaria y la nutrición deben superponerse y tienen por objeto determinar los obstáculos que impiden una nutrición adecuada, así como las respuestas para mejorar la disponibilidad alimentaria y el acceso a los alimentos y optimizar la utilización de la ingesta alimentaria. En el anexo 1 figura una lista de verificación para la evaluación de la seguridad alimentaria y los medios de subsistencia, en el anexo 2 una lista de verificación para la evaluación de la seguridad de las semillas y en el anexo 3 una lista de verificación para la evaluación de la nutrición.

Las dos normas sobre la evaluación de la seguridad alimentaria y la nutrición son la continuación lógica de la norma esencial 3 (página 67) y ambas se aplican cada vez que se planifican o se promueven acciones en los ámbitos de la seguridad alimentaria y la nutrición.

Norma 1 sobre evaluación de la seguridad alimentaria y la nutrición: seguridad alimentaria

Cuando las personas corren un riesgo mayor de inseguridad alimentaria, se llevan a cabo evaluaciones utilizando métodos aceptados para comprender el tipo, el grado y la magnitud de la inseguridad alimentaria, a fin de identificar a las personas más afectadas y definir la respuesta más apropiada.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Utilizar una metodología que se atenga a los principios ampliamente aceptados y describirla detalladamente en el informe de evaluación (véase la nota de orientación 1).
- Recopilar y analizar la información en la fase inicial de la evaluación (véase la nota de orientación 2).
- Analizar las repercusiones de la inseguridad alimentaria en el estado nutricional de la población (véase la nota de orientación 4).
- Basar la evaluación en las capacidades locales, incluidas las instituciones formales e informales, cada vez que sea posible (véase la nota de orientación 9).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Se investigan la seguridad alimentaria y los medios de subsistencia de las personas, los hogares y las comunidades para orientar las respuestas (véanse las notas de orientación 3-9).
- Se sintetizan las conclusiones de la evaluación en un informe analítico, incluidas claras recomendaciones de acción destinadas a las personas y los grupos más vulnerables (véanse las notas de orientación 1-10).
- La respuesta se basa en las necesidades alimentarias inmediatas de la población pero también deberá tener en cuenta la protección y la promoción de las estrategias relativas a los medios de subsistencia (véase la nota de orientación 10).

Notas de orientación

1. ***Metodología:*** el alcance de las evaluaciones y los procedimientos de muestreo son importantes, incluso si son informales. Las evaluaciones de la seguridad alimentaria deben tener objetivos claros y utilizar métodos aceptados internacionalmente. La confirmación mediante diferentes fuentes de información (por ejemplo, las evaluaciones de las cosechas, las imágenes satelitales y las evaluaciones basadas en las familias) es fundamental para poder formular una conclusión coherente (véanse la norma esencial 3, página 67, y Referencias y lecturas complementarias).

2. ***Fuentes de información:*** es probable que exista información secundaria sobre la situación anterior al desastre. Dado que las mujeres y los hombres desempeñan papeles diferentes y complementarios a la hora de garantizar el bienestar nutricional de la familia, esta información debe desglosarse por sexo en la medida de lo posible (véanse la norma esencial 3, página 67, y el anexo 1: Lista de verificación de la seguridad alimentaria y los medios de subsistencia).

3. ***Disponibilidad, consumo y uso de alimentos y acceso a ellos:*** (véanse las definiciones de disponibilidad, uso y acceso, página 163). El consumo de alimentos refleja el aporte energético y la ingesta de nutrientes de las personas que componen el hogar. Durante las evaluaciones no es práctico medir el contenido energético real y los valores nutricionales. La diferencia observada en el número de comidas consumidas antes y después de un desastre puede ser un indicador simple aunque revelador de los cambios ocurridos con respecto a la seguridad alimentaria. El número de grupos alimentarios consumidos por una persona o por un hogar y la frecuencia del consumo en un período de referencia determinado indica la variedad de la dieta. Esta variedad es un buen indicador sustitutivo, sobre todo cuando está correlacionada con el nivel socioeconómico del hogar, la ingesta energética total de los alimentos y la calidad de la dieta alimentaria. Para medir eficazmente los hábitos de consumo alimentario y los problemas que plantean, existen varias herramientas como el calendario estacional, el cuestionario sobre la diversidad alimentaria de las familias, la escala de evaluación de la inseguridad alimentaria de las familias o el perfil del consumo alimentario.

4. ***Inseguridad alimentaria y estado nutricional:*** la inseguridad alimentaria es una de las tres causas subyacentes de la desnutrición. Sin embargo, no debe suponerse que es la única.

5. ***Contexto:*** la inseguridad alimentaria puede ser consecuencia de factores sociopolíticos macroeconómicos y estructurales de carácter más general, como por ejemplo políticas nacionales o internacionales, procesos o instituciones que repercuten en el acceso de las personas afectadas por un desastre a una alimentación adecuada y la degradación del medio ambiente

local. Este tipo de situación suele denominarse inseguridad alimentaria crónica, porque es un estado que perdura a largo plazo generado por vulnerabilidades estructurales agravadas por los efectos del desastre. Los sistemas locales y regionales de información sobre seguridad alimentaria, con inclusión de los sistemas de alerta rápida contra la hambruna y de la clasificación integrada de la seguridad alimentaria, son mecanismos importantes para el análisis de la información.

6. ***Análisis de la respuesta:*** la seguridad alimentaria varía según los medios de subsistencia de las personas, su ubicación, los sistemas de mercado, el acceso que tienen a los mercados locales, su posición social (incluidos el sexo y la edad), la época del año, la índole del desastre y las respuestas que genera. En la evaluación se debe tomar en cuenta la manera como la población afectada obtenía, antes del desastre, los alimentos y los ingresos con que adquirirlos, y el modo en que el desastre ha afectado a estos factores. Si hay personas desplazadas, es necesario tener en cuenta la seguridad alimentaria de la población de acogida. En las evaluaciones es importante también analizar los mercados, los bancos, las instituciones financieras u otros mecanismos locales de transferencia en el caso de entregas de dinero en efectivo, así como las cadenas de suministro de alimentos, incluidos los riesgos que conllevan (véase el principio de protección 1, página 37). Ello ayudará a evaluar la viabilidad de las respuestas relativas a las entregas de dinero en efectivo y las distribuciones de alimentos, así como la instauración de mecanismos seguros y eficientes de entrega.

7. ***Análisis del mercado:*** este análisis debe formar parte de la evaluación inicial y de las evaluaciones ulteriores. En él se debe tener en cuenta la tendencia de los precios, la disponibilidad de los productos y servicios básicos, las consecuencias del desastre en las estructuras del mercado y el período de recuperación previsto. Comprender la capacidad de los mercados para ofrecer empleo, alimentos, artículos y servicios esenciales tras un desastre puede contribuir a elaborar respuestas oportunas, apropiadas y eficaces en función de los costos, las cuales pueden mejorar la economía local. Los sistemas de mercado pueden ir más allá de las necesidades a corto plazo comprobadas después de un desastre, a fin de proteger los medios de subsistencia mediante el suministro de artículos de producción (semillas, aperos, etc.) y el mantenimiento de la demanda de empleo. Los programas deben estar destinados a apoyar la compra local cuando sea posible (véanse la norma 4 sobre seguridad alimentaria – distribuciones de alimentos, notas de orientación 2 y 3, página 217, la norma 1 sobre seguridad alimentaria – medios de subsistencia, nota de orientación 7, página 238, y la norma 3 sobre seguridad alimentaria – medios de subsistencia, nota de orientación 2, página 244).

8. ***Estrategias de afrontamiento:*** la evaluación y el análisis deben tener en cuenta los diferentes tipos de estrategias de afrontamiento, quiénes las aplican y cuándo, si su funcionamiento es satisfactorio y cuáles son los efectos adversos (si los hubiera). Se recomienda el uso de herramientas, como el índice de estrategias de afrontamiento. Si bien las estrategias varían, hay diferentes etapas en el afrontamiento. Algunas estrategias de afrontamiento son normales; positivas y merecerían ser apoyadas. Otras, llamadas a veces estrategias de crisis, pueden menoscabar de forma permanente la seguridad alimentaria futura (venta de tierras, migración a que se pueden ver forzadas familias enteras o deforestación). Algunas estrategias de afrontamiento empleadas por las mujeres y las niñas, o que se les imponen, pueden tener consecuencias negativas graves para su salud, su bienestar psicológico y la integración social. Otras incluso pueden dañar el medio ambiente, como en el caso de la explotación excesiva de los recursos naturales comunes. El análisis debe permitir establecer un umbral de subsistencia que permita definir la combinación más apropiada de respuestas con objeto de proteger y apoyar la seguridad alimentaria antes de agotar todas las opciones que no son perjudiciales (véanse los principios de protección 1 y 2, páginas 37-42).

9. ***Análisis participativo de la vulnerabilidad:*** es fundamental que los diferentes grupos de mujeres y hombres y las organizaciones e instituciones locales competentes participen efectivamente en todas las fases de la evaluación. Los programas deben aprovechar los conocimientos locales, basarse en las necesidades y ajustarse al contexto local. Las zonas expuestas a desastres naturales recurrentes o a conflictos de larga duración cuentan probablemente con sistemas o redes locales de alerta temprana y de respuesta ante casos de emergencia, y planes de contingencia que deben incorporarse a toda evaluación. Es indispensable que las mujeres participen en la elaboración y la ejecución de proyectos (véanse los principios de protección 2-4, páginas 40-46).

10. ***Necesidades inmediatas y planificación a largo plazo:*** las respuestas destinadas a satisfacer las necesidades alimentarias inmediatas pueden abarcar las distribuciones de alimentos, las entregas de dinero en efectivo y de cupones. Esas respuestas pueden realizarse sea de manera separada o bien juntamente con otras respuestas relacionadas con los medios de subsistencia. Si al comienzo de una crisis, la prioridad es responder a las necesidades inmediatas y preservar los bienes de producción, siempre hay que planificar las respuestas con una óptica de largo plazo; en particular, es importante tener presente los efectos del cambio climático en el restablecimiento de un medio ambiente degradado.

Norma 2 sobre la evaluación de la seguridad alimentaria y la nutrición: nutrición

Cuando las personas corren un riesgo mayor de desnutrición, las evaluaciones se llevan a cabo utilizando los métodos aceptados internacionalmente para comprender el tipo, el grado y el alcance de la desnutrición, y para identificar a las personas más afectadas y las más expuestas al riesgo y definir la respuesta más adecuada.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Recopilar la información obtenida en evaluaciones realizadas antes e inmediatamente después del desastre para poner de relieve la índole y gravedad de la situación nutricional (véanse las notas de orientación 1-6).
- Identificar a los grupos con las mayores necesidades de apoyo nutricional y los factores subyacentes que pueden incidir en su estado nutricional (véanse las notas de orientación 1-2).
- Determinar si es necesario proceder a evaluaciones cualitativas o cuantitativas a nivel de la población para medir y comprender mejor el estado antropométrico, el nivel de micronutrientes, la alimentación del lactante y del niño pequeño, las prácticas de atención materna y los posibles factores determinantes de la desnutrición (véanse las notas de orientación 1- 2).
- Considerar las opiniones de la comunidad y de otras partes interesadas locales sobre los posibles factores determinantes de la desnutrición (véase la nota de orientación 7).
- Incluir una evaluación de la capacidad nacional y local para orientar y/o apoyar la respuesta (véanse las notas de orientación 1-8).
- Utilizar la información sobre la evaluación nutricional para determinar si la situación es estable o si se está deteriorando (véanse las notas de orientación 7-8).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Se adoptan métodos de evaluación y análisis, incluidos indicadores normalizados que se atienen a los principios aceptados ampliamente para las evaluaciones antropométricas y no antropométricas (véanse las notas de orientación 3-6).
- Se presentan las conclusiones de la evaluación en un informe analítico junto con recomendaciones claras de acción destinadas a las personas y los grupos más vulnerables (véanse las notas de orientación 3-6).

Notas de orientación

1. ***Información contextual:*** se puede recopilar información sobre las causas de la desnutrición a partir de fuentes primarias o secundarias, que incluyen perfiles de salud y perfiles nutricionales existentes, informes de investigación, información de alerta temprana, historiales médicos de los centros de salud, informes sobre la seguridad alimentaria y grupos comunitarios. Cuando no se dispone de información sobre ámbitos específicos de evaluación o posible respuesta, deben consultarse otras fuentes, tales como las encuestas demográficas de salud, las encuestas colectivas de indicadores múltiples, otras encuestas nacionales de salud y nutrición, el sistema de información de la OMS sobre la situación general de la nutrición (Nutrition Landscape Information System, NLIS), el sistema de información nutricional de la OMS sobre ingesta de vitaminas y minerales (Vitamin and Mineral Nutrition Information System, VMNIS), la base de datos sobre emergencias complejas (Complex Emergency Database, CE-DAT), el sistema de información sobre nutrición en situaciones de crisis (Nutrition in Crisis Information System, NICS), los sistemas nacionales de vigilancia nutricional, y las tasas de admisión y cobertura de los programas existentes para el tratamiento de la malnutrición. Si se dispone de datos representativos, es preferible examinar las tendencias del estado nutricional dentro de un período de tiempo en lugar de la prevalencia de la malnutrición en un momento determinado (véase el anexo 3: Lista de verificación para la evaluación de la nutrición). La evaluación de la nutrición debe considerarse en el marco de evaluaciones a mayor escala, especialmente las que están centradas en la salud pública y la seguridad alimentaria. Es necesario recopilar información relativa a las iniciativas de nutrición existentes, su capacidad operacional y la capacidad de respuesta local y nacional para detectar las lagunas y orientar la respuesta.

2. ***Ámbito de aplicación del análisis:*** una evaluación exhaustiva se realiza después de la evaluación inicial (véase la norma esencial 3, página 67) solamente si la información obtenida es insuficiente y si se precisa información complementaria para guiar la toma de decisiones sobre los programas, medir los resultados de los mismos o con fines de promoción. La evaluación exhaustiva de la nutrición consiste en varios métodos de evaluación, como los estudios antropométricos, las evaluaciones de la alimentación del lactante y del niño pequeño, las encuestas sobre micronutrientes y los análisis causales. También pueden utilizarse los sistemas de vigilancia y seguimiento nutricional.

3. ***Metodología:*** toda evaluación de la nutrición, sea del tipo que sea, debe tener objetivos claros, utilizar métodos aceptados internacionalmente, identificar a las personas vulnerables en el plano nutricional y permitir entender los factores que pueden contribuir a la desnutrición. Los procesos de evaluación y análisis se deberán documentar y presentar oportunamente en un informe de manera lógica y transparente. Los métodos de evaluación deben ser imparciales y representativos y estar bien coordinados entre las organiza-

ciones y los gobiernos, de manera que la información sea complementaria, coherente y comparable. Las evaluaciones entre organizaciones pueden ser útiles cuando se evalúan ámbitos multitécnicos en gran escala y amplias zonas geográficas.

4. ***Estudios antropométricos:*** se trata de estudios multisectoriales representativos basados en el muestreo aleatorio o el examen preliminar exhaustivo. Los estudios antropométricos proporcionan una estimación de la prevalencia de la malnutrición (crónica y aguda). Deben dar información esencialmente sobre la puntuación z de la relación peso-talla, de conformidad con las normas de la OMS (véase anexo 4: Cómo medir la malnutrición aguda). También se puede proporcionar la puntuación z de la relación peso-talla conforme a la referencia del National Center for Health Statistics para establecer una comparación con estudios anteriores. Es necesario incluir en las encuestas la emaciación y la emaciación grave que se calculan midiendo el perímetro braquial (PB). El edema nutricional debe evaluarse y ser objeto de un informe aparte. Es necesario indicar los intervalos de confianza para la prevalencia de la malnutrición y demostrar la garantía de calidad de los estudios, lo cual puede hacerse gracias al uso de herramientas existentes (por ejemplo, Seguimiento y Evaluación Normalizados del Socorro y la Transición, manual y herramientas de metodología o el programa informático ENA (Emergency Nutrition Assessment), evaluación nutricional en situaciones de emergencia) y el programa informático EPI info. La práctica más ampliamente aceptada consiste en valorar los niveles de malnutrición en los niños de 6 a 59 meses como un indicador sustitutivo para el conjunto de la población. Sin embargo, cuando otros grupos pueden verse más afectados o correr un mayor peligro nutricional, debe contemplarse la posibilidad de hacer una evaluación (véase el anexo 4: Cómo medir la malnutrición aguda).

5. ***Indicadores no antropométricos:*** la antropometría requiere información adicional, que debe examinarse cuidadosamente y ser limitada cuando se adjunta a los estudios antropométricos para no comprometer la calidad de éstos. Entre esos indicadores figuran las tasas de cobertura de la vacunación (especialmente contra el sarampión), los suplementos de vitamina A, las carencias de micronutrientes y los indicadores de la OMS para evaluar la alimentación del lactante y del niño pequeño. Llegado el caso, se pueden medir las tasas brutas de mortalidad entre los lactantes y los niños menores de 5 años.

6. ***Carencias de micronutrientes:*** si se sabe que con anterioridad al desastre la población ha padecido carencias de vitamina A, yodo o cinc, o ha sufrido anemia ferropénica, es probable que esta situación se vea agravada por el desastre. Pueden darse brotes de pelagra, beriberi y escorbuto u otras enfermedades por carencia de micronutrientes, lo que es necesario considerar a la hora de planificar y analizar las evaluaciones. Si personas que sufren cualquiera de estas carencias acuden a un centro de salud, probablemente sea esto una indicación de la falta de acceso a una dieta adecuada y

de un problema a nivel de la población. Las evaluaciones de las carencias de nutrientes pueden ser directas o indirectas. La evaluación indirecta consiste en calcular las ingestas de nutrientes a nivel de la población y extrapolar el riesgo de carencia mediante el examen de los datos disponibles sobre el acceso a alimentos, su disponibilidad y su uso (véase la norma 1 sobre evaluación de la seguridad alimentaria y la nutrición, página 170), y la evaluación de calidad de la ración alimentaria (véase norma 1 sobre seguridad alimentaria – distribuciones de alimentos, página 205). La evaluación directa, cuando es posible, consiste en medir las carencias clínicas o subclínicas individualmente en cada paciente o en una muestra de la población, por ejemplo la medición de la tasa de hemoglobina durante las encuestas en las que se puede utilizar la prevalencia de la anemia como indicador sustitutivo de la carencia de hierro.

7. ***Interpretación de los niveles de desnutrición:*** para determinar si los niveles de desnutrición requieren una respuesta, es necesario un análisis detallado de la situación teniendo en cuenta el tamaño y la densidad de la población, la tasa de morbilidad y la mortalidad (véase la norma 1 sobre servicios de salud esenciales, nota de orientación 3, página 357). También es preciso tener referencias sobre los indicadores de salud, las fluctuaciones estacionales, los indicadores de la alimentación del lactante y del niño pequeño, los niveles de desnutrición antes del desastre, los niveles de carencia de micronutrientes (véase el anexo 5: Medición de las carencias de micronutrientes y su importancia para la salud pública), la proporción de malnutrición aguda grave en relación con la malnutrición aguda general y otros factores que inciden en las causas subyacentes de la desnutrición. Una combinación de sistemas de información complementaria puede ser la manera más económica para seguir de cerca las tendencias. Cuando sea posible, las instituciones locales y la población deben participar en el seguimiento de las actividades, la interpretación de los resultados y la planificación de las respuestas. Para la toma de decisiones puede resultar apropiada la aplicación de métodos y modelos que consideren diferentes variables como la seguridad alimentaria, los medios de subsistencia, la salud y la nutrición (véase la norma 1 sobre evaluación de la seguridad alimentaria y la nutrición, nota de orientación 5, página 171).

8. ***Toma de decisiones:*** las conclusiones de la evaluación deben servir de base para decidir sobre las respuestas en materia de tratamiento de la malnutrición. En la fase aguda de un desastre, no es indispensable esperar los resultados de las evaluaciones exhaustivas para decidir la necesidad de proceder a una distribución general de alimentos y emprender otras respuestas de tratamiento inmediato o preventivo. Cuando se llevan a cabo evaluaciones, los resultados deben orientar las medidas que se tomen. Se pueden adoptar decisiones solamente si se comprende la malnutrición, tal como se muestra en el marco conceptual, los resultados de las evaluaciones de la nutrición y la capacidad de respuesta existente.

2. Alimentación del lactante y del niño pequeño

Las prácticas subóptimas en materia de alimentación del lactante y del niño pequeño aumentan la vulnerabilidad a la desnutrición, la enfermedad y la muerte. Los riesgos son mayores en situaciones de desastre y los más jóvenes son los más vulnerables. Las prácticas óptimas de alimentación que maximizan la supervivencia y reducen la morbilidad en los niños menores de 24 meses son las siguientes: iniciación lo antes posible de la lactancia materna exclusiva, lactancia materna exclusiva hasta seis meses, lactancia materna sin interrupción hasta los 24 meses y más, e introducción de una alimentación complementaria adecuada, apropiada y segura a partir de los 6 meses.

La alimentación del lactante y del niño pequeño (siglas en inglés IYCF) tiene que ver con las respuestas destinadas a proteger a los lactantes y los niños amamantados y no amamantados, así como a satisfacer sus necesidades nutricionales. Las respuestas tienen como prioridad proteger y apoyar la lactancia materna, lo que minimiza los riesgos de la alimentación artificial, y permitir una alimentación complementaria apropiada y segura. Merecen particular atención los lactantes y los niños pequeños en circunstancias excepcionalmente difíciles, como en el caso de los grupos en los que hay una prevalencia de la infección por VIH, los huérfanos, los niños con bajo peso al nacer y aquellos afectados por una malnutrición grave. Es primordial para el bienestar de la madre y del niño proteger y promover la salud nutricional, física y mental de las mujeres embarazadas y de las madres que amamantan. Deben tenerse en cuenta las necesidades especiales de los cuidadores que son los abuelos, los padres que crían solos a sus hijos o los hermanos y hermanas. Es esencial el compromiso multisectorial para proteger a los lactantes y los niños pequeños, así como a sus madres, y satisfacer de manera adecuada y oportuna sus necesidades nutricionales más generales. La alimentación del lactante y del niño pequeño forma parte integrante de muchas de las normas enunciadas en el presente capítulo y se menciona en varios otros capítulos.

Norma 1 sobre alimentación del lactante y del niño pequeño: directrices y coordinación

Se protege la alimentación adecuada y segura del lactante y del niño pequeño mediante la aplicación de directrices esenciales y una estrecha coordinación.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Hacer respetar las disposiciones de la Guía Operativa sobre Alimentación de Lactantes y Niños/as Pequeños/as en Emergencias, así como las del Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna y las ulteriores resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud (referidas de manera colectiva como "el Código") (véanse las notas de orientación 1-2).
- Evitar solicitar o aceptar donaciones de sucedáneos de la leche materna, otros productos lácteos, biberones y tetinas (véase la nota de orientación 2).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Se establece una política nacional y/o institucional que versa sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño y refleja las directrices operativas relativas a la alimentación de lactantes y niños pequeños en emergencias (véase la nota de orientación 1).
- Se designa un organismo coordinador principal sobre alimentación del lactante y del niño pequeño en cada situación de emergencia (véase la nota de orientación 1).
- Se designa un órgano encargado de gestionar todas las donaciones de sucedáneos de la leche materna, productos lácteos, biberones y tetinas (véase nota de orientación 2).
- Se hace el seguimiento y la notificación de las violaciones del Código (véanse las notas de orientación 1-2).

Notas de orientación

1. ***Directrices, coordinación y comunicación:*** entre los principales documentos de orientación general que sirven de base para los programas de emergencia cabe mencionar la Guía Operativa sobre Alimentación de Lactantes y Niños/as Pequeños/as en Emergencias y el Código. Se pueden encontrar otras directrices en la sección Referencias y lecturas complementarias. En la resolución 63.23 (2010) de la Asamblea Mundial de la Salud, se insta a los Estados Miembros a que velen por que los planes nacionales e internacionales de preparación y respuesta ante emergencias se basen en los datos fidedignos sobre Alimentación de Lactantes y Niños Pequeños en Emergencias, de la Guía Operativa para el Personal de Mitigación de Emergencias y los Administradores del Programa. La preparación para desastres consiste en formular políticas, ofrecer orientaciones e impartir capacitación en materia de alimentación de lactantes y niños pequeños en emergencias, e identificar las fuentes de los sucedáneos de la leche materna compatibles con lo dispuesto en el Código y de los alimentos complementarios. En cada emergencia, debe designarse un organismo coordinador principal sobre alimentación del lactante y del niño pequeño. El seguimiento y la notificación de las violaciones son una importante contribución para cumplir la obligación de rendir cuentas sobre la asistencia prestada. El hecho de comunicarse de manera clara y coherente con la población afectada y facilitar información en los comunicados de prensa tiene una influencia fundamental en la respuesta.

2. ***Manipulación de la leche y los productos lácteos:*** la leche y los productos lácteos no deben incluirse en las distribuciones sin destinatario determinado (véase la norma 2 sobre seguridad alimentaria – distribuciones de alimentos, nota de orientación 5, página 212). Las indicaciones sobre la alimentación artificial y su gestión deben atenerse a la Guía Operativa y al Código, idealmente bajo la orientación del organismo coordinador designado. En situaciones de emergencia no se solicitarán ni aceptarán donaciones de sucedáneos de la leche materna, biberones y tetinas. Toda donación que se reciba debe someterse al estricto control de una organización designada, y el organismo coordinador sobre alimentación del lactante y del niño pequeño en emergencias se encarcargará de decidir lo que hará con esas donaciones.

Norma 2 sobre alimentación del lactante y del niño pequeño: apoyo básico y calificado

Las madres y los cuidadores de lactantes y niños pequeños tienen acceso a una ayuda alimentaria oportuna y apropiada, lo que minimiza los riesgos y optimiza los resultados para la nutrición, la salud y la superviviencia.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Realizar respuestas multisectoriales integradas para proteger y fomentar una alimentación segura y apropiada del lactante y del niño pequeño (véase la nota de orientación 1).
- Dar prioridad a las mujeres embarazadas y lactantes para que tengan acceso a las distribuciones de alimentos, las entregas de dinero en efectivo y/o de cupones, y a otras acciones de socorro (véase la nota de orientación 1).
- Incorporar un asesoramiento competente en materia de lactancia materna en las respuestas destinadas a las mujeres embarazadas y lactantes, y los niños de 0 a 24 meses (véanse las notas de orientación 2-7).
- Apoyar a las madres de todos los recién nacidos para alentarlas a iniciar lo antes posible la lactancia materna exclusiva (véase la nota de orientación 3).
- Favorecer la alimentación complementaria oportuna, segura, adecuada y apropiada (véase la nota de orientación 5).
- Permitir a madres y cuidadores, cuando los lactantes requieren una alimentación artificial, el acceso a una cantidad suficiente de sucedáneos de la leche materna y a la asistencia correspondiente (véase la nota de orientación 6).
- Prestar especial consideración a la ayuda alimentaria que se aporte a lactantes y niños pequeños en circunstancias excepcionalmente difíciles (huérfanos, niños que sufren de grave malnutrición, lactantes con insuficiencia ponderal y lactantes afectados por el VIH) (véanse las notas de orientación 4–7).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Se utilizan los indicadores normalizados de la OMS para medir la iniciación temprana de la lactancia materna, la tasa de lactancia materna exclusiva en los niños menores de 6 meses y la tasa de lactancia materna continua en los niños de 1 y 2 años (véanse las notas de orientación 2–3, 5–6).
- Los cuidadores de niños de 6 a 24 meses tienen acceso oportunamente a alimentos complementarios apropiados, adecuados nutricionalmente y seguros (véanse las notas de orientación 5–6).

- Las madres lactantes tienen acceso a una ayuda competente en materia de lactancia materna (véanse las notas de orientación 1–3).
- Los lactantes que requieren una alimentación artificial se benefician de un suministro de sucedáneos de la leche materna, conforme al Código, y de la ayuda correspondiente (véase la nota de orientación 5).

Notas de orientación

1. ***Medidas sencillas y respuestas básicas:*** son necesarias para propiciar un entorno de protección y apoyo para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Es necesario prestar atención a toda la información relativa a las dificultades en materia de lactancia materna, alimentación complementaria y/o prácticas de alimentación artificial en los niños de 0 a 24 meses, y examinarla detenidamenta. Los niños que no son amamantados necesitan asistencia de emergencia. Es necesario priorizar el apoyo a las madres, los cuidadores, las mujeres embarazadas y lactantes para satisfacer las necesidades esenciales inmediatas. Los hogares con niños menores de 24 meses y las madres que amamantan a todos los recién nacidos deben ser registradas y orientadas a los programas de seguridad alimentaria para garantizar el acceso a alimentos adecuados. Las madres y los cuidadores pueden encontrar en centros pensados para ellos y designados a esos efectos, la ayuda de otras madres o cuidadores y un apoyo básico en materia de alimentación de lactantes y niños pequeños. Desde un comienzo, es indisepensable integrar la promoción de la lactancia materna en los servicios básicos, como la salud reproductiva, la atención primaria de salud, los servicios psicosociales y algunos programas de alimentación.

2. ***Mujeres embarazadas y lactantes:*** una ingesta inadecuada de nutrientes por parte de las mujeres embarazadas y lactantes puede entrañar complicaciones durante el embarazo, mortalidad materna, insuficiencia ponderal del recién nacido y un deterioro en el estado nutricional de la madre junto con concentraciones más bajas de algunos nutrientes en la leche materna. Una falta de peso en la madre en el momento de la concepción está estrechamente vinculada con el bajo peso del recién nacido y es una característica del embarazo en las adolescentes. Las mujeres embarazadas y lactantes deben recibir suplementos diarios de micronutrientes múltiples que proporcionen la dosis cotidiana recomendada para proteger las reservas de la madre y la composición de la leche materna, reciban o no estas mujeres raciones enriquecidas. Cuando ya se suministran suplementos de hierro y de ácido fólico es indispensable proseguir su distribución. Las mujeres también deben recibir vitamina A en las seis a ocho semanas posteriores al parto. Los suplementos de micronutrientes deben conformarse a las recomendaciones internacionales en términos de dosis y calendario. Es probable que se

requiera la derivación a servicios psicosociales, sobre todo cuando la población ha sufrido traumas. Si bien es importante prestar apoyo nutricional a la madre adolescente, en general lo más eficaz para abordar el problema de la insuficiencia ponderal de los recién nacidos es realizar programas destinados a prevenir el embarazo en las adolescentes.

3. ***Iniciación temprana de la lactancia materna exclusiva*** (una hora después del nacimiento) es una respuesta prioritaria cuyo objetivo es salvaguardar la salud de la madre y del niño. Los niños con insuficiencia ponderal al nacer y su madre mantendrán en especial un contacto de piel a piel desde el nacimiento y se alentará a iniciar lo antes posible la lactancia materna exclusiva (véase servicios de salud esenciales - norma 2 sobre salud infantil, nota de orientación 1, página 368).

4. ***Lactancia materna:*** la lactancia materna exclusiva significa que el lactante recibe sólo leche del pecho de su madre y no recibe agua, ni ningún otro tipo de líquidos o sólidos, con la excepción de suplementos de micronutrientes o los medicamentos necesarios. La lactancia materna garantiza la seguridad alimentaria y el aporte necesario de líquidos en los bebés durante los primeros 6 meses y proporciona una protección inmunitaria activa. La lactancia materna también protege a los niños de más edad, sobre todo cuando se carece de agua y las condiciones de higiene y saneamiento son precarias, de manera que es importante mantenerla hasta los 24 meses o más. Es necesario convencer a las madres, las familias, las comunidades y los trabajadores de salud sobre la importancia de proseguir la lactancia materna; en efecto, a veces las situaciones de emergencia pueden socavar la confianza. Cuando se trata de manejar situaciones más difíciles, por ejemplo en el caso en que la población sufre las consecuencias del estrés, en que los lactantes de menos de 6 meses se ven afectados por la malnutrición aguda grave (véase la norma 2 sobre gestión de la malnutrición aguda y las carencias de micronutrientes, página 192), en que la alimentación mixta es una práctica común o en que se ha propagado el VIH, es necesario prever un apoyo competente en materia de lactancia materna en el momento de la planificación y la asignación de recursos (véase la nota de orientación 7).

5. ***Alimentación complementaria:*** es un proceso que consiste en dar otra alimentación además de la leche materna a partir de la edad de 6 meses (o de un sucedáneo adecuado de la leche materna a los niños no amamantados). En el período de alimentación complementaria (6-24 meses), la lactancia materna sigue contribuyendo considerablemente a la seguridad alimentaria y al aporte necesario de líquidos. Los niños que no se alimentan de leche materna necesitan suplir el déficit nutricional y es indispensable establecer una vínculación con los programas de seguridad alimentaria para facilitar la alimentación complementaria. Cuando la población depende de

la ayuda alimentaria, deben incluirse alimentos adecuados enriquecidos de micronutrientes en la ración general; probablemente sea imprescindible el suministro general de alimentos complementarios. En las diferentes situaciones de emergencia, es preciso establecer criterios claros para la introducción, el uso y la duración de suplementos nutritivos a base de lípidos durante la alimentación complementaria. Los alimentos terapéuticos listos para el consumo no se consideran un alimento complementario. La distribución de alimentos complementarios debe ir acompañada de consejos prácticos y de la demostración de su preparación. El uso de suplementos de micronutrientes, como la vitamina A, debe atenerse a las recomendaciones más recientes. Los lactantes y los niños pequeños con insuficiencia ponderal pueden beneficiarse de un suplemento de hierro. Si la población se encuentra en una zona donde el paludismo es endémico, debe destinarse el suplemento de hierro a los niños anémicos o que presentan una carencia de hierro, y aplicar las debidas medidas de control del paludismo.

6. ***Alimentación artificial:*** el personal debidamente calificado debe identificar rápidamente y evaluar a los niños que no se alimentan de leche materna a fin de estudiar las opciones alimentarias. Cuando la lactancia materna no es posible, la leche de donantes, en especial de nodrizas, tiene una función valiosa, sobre todo en la alimentación de lactantes y niños pequeños con bajo peso al nacer. Cuando la alimentación artificial es indicada, debe garantizarse a las madres y los cuidadores el acceso a una cantidad suficiente de un sucedáneo apropiado de la leche materna mientras sea necesario (por lo menos hasta que los lactantes tengan 6 meses), así como a la ayuda esencial correspondiente (agua, combustible, instalaciones de almacenamiento, vigilancia del crecimiento, atención médica, tiempo). Los lactantes menores de 6 meses que reciben una alimentación mixta deben ser apoyados para que se beneficien de una lactancia materna exclusiva. No deben utilizarse los biberones porque es difícil limpiarlos. Los programas que apoyan la alimentación artificial deben seguir de cerca las prácticas comunitarias de alimentación del lactante y del niño pequeño utilizando indicadores estándar que permitan asegurar que no se pone en peligro la lactancia materna. Es necesario realizar la vigilancia de la morbilidad a nivel individual y de la población, y se prestará particular atención a la diarrea. Debe considerarse la posibilidad de administrar una dosis baja de vitamina A para los niños menores de 6 meses no amamantados.

7. ***El VIH y alimentación del lactante:*** asegurar la supervivencia más larga posible de los niños no afectados por el VIH es una preocupación esencial al determinar las mejores opciones alimentarias de los niños nacidos de madres infectadas por el VIH. Las madres VIH-negativas o que desconocen su estado serológico deben ser alentadas a dar de mamar de acuerdo con

las recomendaciones generales que se formulan a la población en materia de alimentación del lactante y del niño pequeño (véanse las notas de orientación 3–5). Las madres infectadas por el VIH que combinan las respuestas de medicamentos antirretrovirales con la lactancia materna pueden reducir significativamente la transmisión postnatal del VIH. Es necesario dar prioridad a un acceso rápido a los antirretrovirales (véase servicios de salud esenciales - norma 2 sobre salud sexual y reproductiva, página 374). En situaciones de emergencia los riesgos asociados a una alimentación de sustitución son aun mayores para los lactantes. Esto significa que la lactancia materna ofrece mayores probabilidades de supervivencia a los lactantes nacidos de madres infectadas por el VIH, así como a los lactantes infectados por el VIH, incluso cuando no se dispone aún de medicamentos antirretrovirales. Se requiere una asistencia urgente para la alimentación artificial de los lactantes que ya tienen una alimentación de sustitución (véase la nota de orientación 6).

3. Tratamiento de la malnutrición aguda y las carencias de micronutrientes

La malnutrición aguda y las carencias de micronutrientes están asociadas a un riesgo mayor de morbilidad y mortalidad en las personas afectadas. Por consiguiente, cuando la prevalencia o los riesgos son elevados, es necesario asegurar el acceso a los servicios que permitan corregir y prevenir la desnutrición. Los efectos de esos servicios se verán considerablemente reducidos si no se resuelven al mismo tiempo las causas de la desnutrición mediante otras respuestas en el ámbito de la salud, el abastecimiento de agua, el saneamiento, la promoción de la higiene, las distribuciones de alimentos y la seguridad alimentaria.

La malnutrición aguda moderada se puede tratar de varias maneras. En situaciones de desastre, la alimentación suplementaria suele ser la primera estrategia destinada a prevenir y tratar la malnutrición aguda moderada y prevenir la malnutrición aguda grave. Puede ser una cobertura general o selectiva dependiendo del nivel de malnutrición aguda, los grupos de población vulnerables y el riesgo de un agravamiento de la situación. Los indicadores de la norma 1 sobre tratamiento de la malnutrición aguda y las carencias de micronutrientes se refieren esencialmente a la alimentación suplementaria selectiva. Si bien no existen indicadores definidos del impacto en relación con la alimentación suplementaria general, el seguimiento de la cobertura de la respuesta, su aceptabilidad y los tipos de ración alimentaria son aspectos importantes.

La malnutrición aguda grave se trata mediante cuidados terapéuticos que pueden prestarse según diversos métodos. Cuando las condiciones lo permiten, debe preferirse el manejo comunitario de la malnutrición aguda. Los programas de lucha contra la malnutrición aguda grave deben abarcar la movilización comunitaria (que incluye la comunicación eficaz, la detección activa de casos, la derivación y el seguirmiento), el tratamiento ambulatorio de los casos de malnutrición aguda grave sin complicaciones médicas y la hospitalización de los casos que presentan complicaciones y de los niños pequeños.

En muchas situaciones, es difícil detectar las carencias de micronutrientes. Si bien resulta muy fácil diagnosticar los signos clínicos de las carencias graves, la carga más pesada que supone para la salud y la supervivencia de la población se debe a carencias subclínicas. Si se conoce la prevalencia de las carencias de micronutrientes en una población determinada, cabe suponer que éstas se verán exacerbadas por el desastre. Por lo tanto, es indispensable ocuparse de ello mediante respuestas a escala de la población y tratamientos individuales.

Norma 1 sobre tratamiento de la malnutrición aguda y las carencias de micronutrientes: malnutrición aguda moderada

Lucha contra la malnutrición aguda moderada

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Establecer desde un principio estrategias, objetivos y criterios consensuados y claramente definidos para el comienzo y el fin de las respuestas (véase la nota de orientación 1).
- Maximizar el acceso a la respuesta y su cobertura haciendo participar a la población desde el comienzo de la respuesta (véanse la nota de orientación 2 y la norma esencial 1, página 60).
- Basar la admisión y la salida de los pacientes en criterios antropométricos aceptados a nivel nacional e internacional (véanse las notas de orientación 3–4, el anexo 4: Cómo medir la malnutrición aguda y el anexo 5: Medición de las carencias de micronutrientes y su importancia para la salud pública).
- Vincular el tratamiento de la malnutrición aguda moderada con el tratamiento de la malnutrición aguda grave y los servicios de salud existentes cuando sea posible (véanse las notas de orientación 5–6).
- Proporcionar raciones de alimentación suplementaria sin cocinar o listas para el consumo a menos que haya una razón clara para la alimentación in situ (véase la nota de orientación 8).
- Estudiar las causas de abandono o desinterés y tomar las medidas necesarias (véanse las notas de orientación 5–6).
- Garantizar la alimentación del lactante y del niño pequeño poniendo particular énfasis en la protección, el apoyo y la promoción de la lactancia materna (véase la nota de orientación 7).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

Estos indicadores se aplican principalmente a los niños de 6 a 59 meses, aunque otros grupos etarios pueden participar en el programa.

- Más del 90% de la población destinataria se encuentra a menos de un día de camino de ida y vuelta (incluido el tiempo para el tratamiento) del punto de distribución de raciones sin cocinar previstas en el marco de programas de alimentación suplementaria y a no más de una hora de camino en el caso de programas de alimentación suplementaria in situ (véase la nota de orientación 2).
- La cobertura es superior al 50% en las zonas rurales, al 70% en las zonas urbanas y al 90% en los campamentos (véase la nota de orientación 2).
- El porcentaje de personas fallecidas tras haber abandonado los programas de alimentación suplementaria selectiva es inferior al 3%, el de personas restablecidas es superior al 75% y el de personas que abandonaron es inferior al 15% (véase la nota de orientación 4).

Notas de orientación

1. ***Para la elaboración de los programas*** es preciso comprender la complejidad y la dinámica de la situación en materia de nutrición. Los programas de alimentación suplementaria pueden tener un enfoque global o selectivo, y la decisión de qué enfoque adoptar depende de los niveles de malnutrición aguda y el número de casos, el riesgo de que aumente la malnutrición aguda, la capacidad para detectar y seguir los casos utilizando criterios antropométricos, los recursos disponibles y la posibilidad de tener acceso a la población afectada por el desastre. La alimentación suplementaria selectiva requiere, por lo general, más tiempo y competencias técnicas para detectar y seguir los casos, pero exige menos recursos alimentarios, mientras que para el enfoque global ocurre a la inversa: menos competencias técnicas pero más recursos alimentarios. Una buena movilización de la comunidad permitirá a la población entender la situación y mejorar la eficacia del programa. Es importante establecer vínculos con los servicios terapéuticos, los sistemas de salud, las redes de lucha contra el VIH, el SIDA y la tuberculosis, y los programas de seguridad alimentaria, incluidas las distribuciones de alimentos, las entregas de dinero en efectivo y de cupones. La población afectada por el desastre debe tomar parte en la decisión sobre los emplazamientos del programa. Es necesario tener presente que a las personas vulnerables les puede resultar difícil acceder a los emplazamientos. Desde un comienzo es indispensable prever las estrategias de finalización del programa o los planes de apoyo a más largo plazo.
2. Por ***cobertura*** se entiende el número de personas que necesitan tratamiento en comparación con las que reciben tratamiento. La cobertura puede verse

condicionada por la aceptabilidad del programa, la ubicación y la accesibilidad de los emplazamientos del programa, la situación en materia de seguridad, la frecuencia de las distribuciones, el tiempo de espera, la calidad de los servicios, el alcance de la movilización, el número de visitas a domicilio y las acciones de detección, así como el cumplimiento de los criterios de admisión. Los emplazamientos deben encontrarse cerca de la población destinataria a fin de aminorar los riesgos y los costos asociados a los desplazamientos sobre grandes distancias con niños pequeños y limitar los riesgos a que se ven expuestas las personas que se desplazan hasta esos lugares. Los métodos para medir la cobertura varían según el nivel de fiabilidad y el tipo de información facilitada. Por ende, hay que precisar el método utilizado cuando se presentan los informes. Es conveniente consultar sobre las directrices más recientes antes de decidir cuál es el método más apropiado en un contexto determinado. La estimación de la cobertura debe considerarse una herramienta de gestión y, por lo tanto, no debe dejarse para el final de la fase de apoyo a la situación de emergencia.

3. ***Criterios de admisión:*** otras personas, aparte de las que cumplen los criterios antropométricos que definen la malnutrición aguda, también pueden beneficiarse de la alimentación suplementaria, por ejemplo las personas que viven con el VIH o que padecen tuberculosis, las personas que han salido de los cuidados terapéuticos para evitar una recaída, las personas que padecen otras enfermedades crónicas o las personas con discapacidad. Será necesario ajustar los sistemas de seguimiento y de notificación si se incluye a estos grupos de personas.

4. ***Los criterios de salida*** deben atenerse a las directrices nacionales o, si no las hubiera, a las directrices internacionales. Es conveniente precisarlo en los informes sobre los indicadores de resultados (véase la nota de orientación 5).

5. ***Los indicadores de resultados*** se refieren a las personas que han salido del programa al término del tratamiento. El número total de personas que han salido del programa está compuesto por todas las que se han recuperado, las que han fallecido, las que lo han abandonado y las que no se han recuperado. Las personas derivadas a servicios complementarios (como los servicios de salud) se consideran que no han finalizado el tratamiento, y lo continuarán o lo reanudarán con posterioridad. Las personas trasladadas a otros emplazamientos no han terminado el tratamiento y no deben tenerse en cuenta en los indicadores de resultados. Los indicadores relacionados con los resultados son los siguientes:

Porcentaje de bajas por recuperación =

$$\frac{\text{Número de personas que se han recuperado}}{\text{Total de personas que han salido del programa}} \times 100\%$$

Porcentaje de bajas por fallecimiento =

$$\frac{\text{Número de defunciones}}{\text{Total de personas que han salido del programa}} \times 100\%$$

Porcentaje de bajas por abandono =

$$\frac{\text{Número de abandonos}}{\text{Total de personas que han salido del programa}} \times 100\%$$

Porcentaje de bajas sin recuperación =

$$\frac{\text{Número de personas que no se han recuperado}}{\text{Total de personas que han salido del programa}} \times 100\%$$

Las personas admitidas en el programa tras haber salido de los cuidados terapéuticos deben contabilizarse en una categoría diferente para no falsear los resultados de la recuperación. Los niños que padecen malnutrición aguda tras una discapacidad, labio leporino o problemas quirúrgicos, etc. no deben excluirse del informe sobre el programa. En los informes, el grupo central es el de los niños de 6 a 59 meses. Además de los indicadores arriba mencionados, al analizar los resultados del programa, es necesario realizar el seguimiento de la participación de la población, la aceptabilidad del programa (que puede medirse fácilmente calculando la tasa de abandono o de cobertura), la cantidad y calidad de los alimentos que se suministran, la cobertura, las razones de derivación a otros programas (especialmente para los niños cuyo estado nutricional se deteriora, conllevando una malnutrición aguda grave) y el número de personas admitidas en el tratamiento y que están bajo tratamiento. También es necesario tener en cuenta los factores externos, como los patrones de morbilidad, los niveles de desnutrición en la población, el nivel de inseguridad alimentaria en los hogares y en la comunidad, las respuestas complementarias disponibles para la población (incluidos las distribuciones generales de alimentos o programas equivalentes) y la capacidad de los sistemas existentes para la prestación de servicios. Las causas de abandono y fracaso como respuesta al tratamiento deben ser objeto de una investigación permanente.

6. ***Aportes en materia de salud y consideraciones:*** los programas selectivos de alimentación suplementaria son un importante punto de contacto para detectar enfermedades y derivar a los pacientes a los servicios compe-

tentes. Los programas deben tener en cuenta la capacidad de los servicios de salud existentes y suministrar antihelmínticos, suplementos de vitamina A, hierro y ácido fólico durante las visitas de detección y tratamiento antipalúdico, cinc para el tratamiento de la diarrea y vacunas (véanse servicios de salud esenciales - norma 2 sobre el control de enfermedades transmisibles, página 358 y servicios de salud esenciales - normas 1 y 2 sobre salud infantil, páginas 365-367). En las zonas con alta prevalencia del VIH, debe disponerse de la prueba de detección del VIH y tratamientos profilácticos y es indispensable prestar especial consideración a la calidad y la cantidad de raciones de alimentación suplementaria.

7. ***Las madres lactantes*** de niños menores de 6 meses que padecen de malnutrición aguda deben tener acceso a una alimentación suplementaria, sea cual sea el estado nutricional de la madre. Las madres afectadas por una malnutrición moderada pueden amamantar sin problema pero necesitan un apoyo alimentario adecuado para proteger su propio estado nutricional. Las madres deben recibir raciones de alimentación suplementaria, un apoyo profesional si alimentan a sus hijos con leche materna exclusivamente y consejos sobre una alimentación complementaria nutritiva, segura y adaptada a sus necesidades. Los lactantes menores de 6 meses que padecen malnutrición aguda deben ser derivados a servicios especializados de apoyo a la lactancia materna y hospitalizados si fuera necesario.

8. ***Raciones:*** es preferible distribuir, una o dos veces por semana, raciones sin cocinar o alimentos listos para el consumo, en vez de alimentación in situ. Sin embargo, la composición y cuantía de las raciones deben tener en cuenta la seguridad alimentaria del hogar y la posibilidad de compartir. Es imprescindible dar información clara sobre cómo preparar y almacenar los alimentos suplementarios de manera higiénica, sobre cómo y cuándo consumirlos (véase la norma 6 sobre seguridad alimentaria – distribuciones de alimentos, nota de orientación 1, página 227) y sobre la importancia de seguir amamantando a los niños menores de 24 meses. Las personas vulnerables, como las que tienen dificultades para desplazarse, pueden requerir un programa adaptado a sus necesidades específicas.

Norma 2 sobre tratamiento de la malnutrición aguda y las carencias de micronutrientes: malnutrición aguda grave

Lucha contra la malnutrición aguda grave

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Establecer desde un principio criterios consensuados y claramente definidos para instalar servicios o reforzar el apoyo a los servicios existentes, y para reducir progresivamente o finalizar la respuesta (véase la nota de orientación 1).
- Incluir en las respuestas de tratamiento de la malnutrición aguda grave la atención hospitalaria, la atención ambulatoria, la derivación y la movilización de la población (véase la nota de orientación 2).
- Maximizar el acceso a la respuesta y su cobertura haciendo participar a la población desde el comienzo de la respuesta (véanse las notas de orientación 1–3 y la norma esencial 1, página 60).
- Prestar atención médica y nutricional de conformidad con las normas nacionales e internacional reconocidas para el tratamiento de la malnutrición aguda grave (véanse las notas de orientación 4–8).
- Velar por que los criterios de salida abarquen a la vez los índices antropométricos y no antropométricos (véase la nota de orientación 6).
- Estudiar las causas de abandono, de desinterés o del aumento en el número de defunciones y tomar las medidas necesarias (véanse las notas de orientación 6–7).
- Garantizar la alimentación del lactante y del niño pequeño poniendo particular énfasis en la protección, el apoyo y la promoción de la lactancia materna (véanse las notas de orientación 9–10).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

Estos indicadores se aplican principalmente a los niños de 6 a 59 meses, aunque otros grupos etarios también pueden participar en el programa.

- Más del 90% de la población destinataria se encuentra a menos de un día de camino ida y vuelta (incluido el tiempo para el tratamiento) del emplazamiento del programa.

- La cobertura es superior al 50% en las zonas rurales, al 70% en las zonas urbanas y al 90% en los campamentos (véase la nota de orientación 3).
- El porcentaje de las personas que han fallecido después de salir de los cuidados terapéuticos es inferior al 10%, el de las personas que se han recuperado es superior al 75% y el de las personas que han abandonado es inferior al 15% (véase la nota de orientación 6).

Notas de orientación

1. ***Elaboración del programa:*** los programas deben estar diseñados para fortalecer y apoyar la capacidad del sistema de salud existente cada vez que sea posible. El nivel de apoyo adicional necesario para garantizar el tratamiento eficaz de la malnutrición aguda grave debe determinarse en función de la capacidad existente en las estructuras de salud y la comunidad, el número de personas afectadas por el desastre, su distribución geográfica y la situación en materia de seguridad. Desde un comienzo, los programas deben prever estrategias de finalización o planes de apoyo a más largo plazo más allá de la fase de emergencia. Antes de proceder al cierre o a la transición de los programas es necesario considerar las capacidades y oportunidades existentes para integrarlos en los sistemas ya establecidos.

2. ***Componentes de los programas:*** los programas de tratamiento de la malnutrición aguda grave deben englobar la asistencia hospitalaria de personas con complicaciones médicas y todos los lactantes menores de 6 meses que sufren malnutrición aguda, así como proponer servicios ambulatorios descentralizados para los niños sin ninguna complicación médica. La atención hospitalaria puede ser directa o por derivación. Los programas también deben estar vinculados con otros servicios que se ocupan de las causas inmediatas y subyacentes de desnutrición, tales como la alimentación suplementaria, las redes de lucha contra el VIH, el SIDA y la tuberculosis, los servicios de atención primaria de salud y los programas de seguridad alimentaria, incluidas las distribuciones de alimentos o cupones y las entregas de dinero en efectivo. Una movilización eficaz de la comunidad servirá para lograr la aceptación del programa, su accesibilidad y una buena cobertura. Los emplazamientos del programa para pacientes ambulatorios deben estar cerca de la población destinataria a fin de reducir los riesgos y los costos derivados de los desplazamientos sobre grandes distancias con niños pequeños, así como los riesgos a que se ven expuestas las personas que se desplazan hasta esos lugares.

3. ***Cobertura:*** como en el caso de la malnutrición aguda moderada, la cobertura depende de la aceptabilidad del programa, la ubicación y la accesibilidad de los emplazamientos, la situación general en materia de seguridad, la frecuencia de las distribuciones, el tiempo de espera, la calidad de los

servicios, el alcance de la movilización, el número de visitas a domicilio y las acciones de detección, y el cumplimiento de los criterios de detección y admisión. Los métodos para medir la cobertura varían según el nivel de fiabilidad y el tipo de información facilitada. Por ende, hay que precisar el método utilizado en los informes que se presenten. Es conveniente consultar sobre las directrices más recientes antes de decidir cuál es el método más apropiado en un contexto determinado (véanse la norma 1 sobre tratamiento de la malnutrición aguda y las carencias de micronutrientes y la nota de orientación 2, página 188).

4. ***Directrices:*** Hay que respetar las directrices nacionales y si no las hay, o si no son compatibles con las normas internacionales, deben adoptarse las directrices internacionales. En la sección Referencias y lecturas complementarias, se pueden encontrar las directrices aceptadas en el plano internacional.

5. ***Los criterios de admisión*** deben ajustarse a las directrices nacionales e internacionales (véanse el anexo 4: Cómo medir la malnutrición aguda y la sección Referencias y lecturas complementarias). Los criterios de admisión para los lactantes menores de 6 meses y los grupos cuyas características antropométricas son difíciles de determinar deben tener en cuenta su estado clínico y la situación con respecto a la lactancia materna. Las personas que han sido sometidas a prueba y diagnosticadas VIH-positivas o que se sospecha que son VIH-positivas, tienen tuberculosis o sufren enfermedades crónicas deben beneficiarse del mismo acceso a la asistencia si cumplen los criterios de admisión. Las personas que viven con el VIH y no cumplen los criterios de admisión necesitan a menudo un apoyo nutricional que, sin embargo, no se les puede aportar en el marco del tratamiento de la malnutrición aguda grave en situación de desastre. Estas personas y sus familias recibirán una asistencia más adecuada mediante diversos servicios como la atención comunitaria a domicilio, los centros de tratamiento de la tuberculosis y los programas de prevención de la transmisión de la madre al niño.

6. ***Criterios de salida y recuperación:*** las personas autorizadas a salir del programa no deben presentar complicaciones médicas, han recuperado el apetito y han alcanzado y conservado el peso conveniente sin presentar edema nutricional (por ejemplo durante dos tomas de peso consecutivas). La situación relativa a la lactancia materna es sumamente importante para los lactantes menores de 6 meses y los niños de hasta 24 meses. Los niños no amamantados deben ser objeto de un seguimiento particular. Es necesario respetar los criterios de salida a fin de evitar los riesgos derivados de una salida prematura. Las directrices dan una gama de la duración de permanencia promedio para el tratamiento y tienen por objetivo evitar períodos de recuperación demasiado largos. La duración promedio varía en función de las directrices que se utilicen y, por ende, deberá adaptarse al contexto

nacional y a las directrices en vigor. El aumento de peso medio debe calcularse separadamente para las personas que han tenido un edema nutricional y las que no lo han tenido. Debido al VIH, el SIDA y la tuberculosis algunas personas que sufren de malnutrición no reaccionan al tratamiento. Las opciones de tratamiento o de atención a más largo plazo deben discutirse con los servicios de salud y otros servicios de apoyo social y comunitario (véase servicios de salud esenciales – norma 2 sobre salud sexual y reproductiva, página 374).

7. ***Los indicadores de resultados*** en cuanto al tratamiento de la malnutrición aguda grave tienen en cuenta a la vez los resultados obtenidos en pacientes hospitalizados y en pacientes ambulatorios evitando así el doble recuento (es decir, descontando las transferencias entre los dos grupos). Si esto no es posible, es necesario ajustar la interpretación de las cifras en consecuencia. Los programas pueden contar con mejores indicadores para los pacientes ambulatorios únicamente y deben tratar de alcanzar con los pacientes hospitalizados únicamente las cifras que se obtienen para el grupo combinado de pacientes hospitalizados y ambulatorios. La población de personas que han salido del programa se compone de las que se han restablecido, las que han fallecido, las que han abandonado o las que no se han recuperado (véase la norma 1 sobre tratamiento de la malnutrición aguda y las carencias de micronutrientes, nota de orientación 4, página 189). Las personas que son derivadas a otros servicios (por ejemplo, servicios de salud) no han terminado el tratamiento. Los programas que dan cuenta de los pacientes ambulatorios solamente deben añadir a los pacientes hospitalizados en la evaluación de los resultados. Los factores tales como la complejidad clínica de las infecciones por el VIH repercutirán en las tasas de mortalidad si cierto número de personas admitidas son VIH-positivas. Aunque los indicadores de resultados no se han ajustado para tener en cuenta estas situaciones, es indispensable tenerlos en cuenta al interpretar las cifras. Además de los indicadores de salida, es necesario evaluar también el número de nuevas admisiones, el número de niños que están bajo tratamiento y las tasas de cobertura. Es necesario investigar las causas de readmisión, agravamiento del cuadro clínico, abandono o falta de reacción y documentarlas de manera permanente. La definición de estos casos será adaptada a las directrices utilizadas.

8. ***Aportes en materia de salud:*** todos los programas de tratamiento de la malnutrición aguda grave deben incluir tratamientos sistemáticos de acuerdo con las directrices nacionales e internacionales y con las normas de derivación establecidas para las enfermedades subyacentes como la tuberculosis y la infección por el VIH. En las zonas con una alta prevalencia del VIH, las estrategias relativas al tratamiento de la malnutrición deben prever también las respuestas destinadas a evitar la transmisión del VIH y las enfocadas en la

supervivencia de las madres y de los niños. Son indispensables los sistemas de derivación eficaces para la lucha contra la tuberculosis, así como para la detección del VIH y la atención correspondiente.

9. ***Apoyo a la lactancia materna:*** los lactantes hospitalizados son a menudo los que están en peores condiciones. Las madres necesitan una ayuda competente en materia de lactancia materna como parte de la rehabilitación y la recuperación nutricionales, sobre todo para los niños menores de 6 meses. Es necesario dedicar a esta actividad suficiente tiempo y recursos, y puede resultar muy útil asignar un espacio para dar de mamar y así enfocar adecuadamente la asistencia profesional y permitir un apoyo mutuo entre las madres. Las madres lactantes de niños menores de 6 meses que sufren una malnutrición grave deben recibir raciones suplementarias, sea cual sea su estado nutricional. En caso de que estas madres respondan a los criterios antropométricos de la malnutrición aguda grave, deberán ser admitidas también para el tratamiento.

10. ***Apoyo social y psicosocial:*** una estimulación emocional y física a través del juego es importante para los niños con malnutrición aguda grave durante la fase de rehabilitación. Los cuidadores precisan a menudo un apoyo social y psicosocial para que lleven a esos niños al tratamiento. Esto puede hacerse mediante los programas de movilización que deben hacer hincapié en la estimulación y la interacción en tanto que tratamiento y prevención de las futuras discapacidades y deterioros cognitivos (véase el principio de protección 4, página 46). Todos los cuidadores de niños con malnutrición grave deben aprender a alimentarlos y cuidarlos durante el tratamiento mediante consejos, demostraciones e información sobre la salud y la nutrición.

Norma 3 sobre tratamiento de la malnutrición aguda y las carencias de micronutrientes: carencias de micronutrientes

Las respuestas en este ámbito acompañan las respuestas de salud pública y otras acciones relativas a la nutrición a fin de reducir el número de enfermedades comunes asociadas a las situaciones de emergencia y tratar las carencias de micronutrientes.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Capacitar al personal de salud sobre la manera de detectar y tratar las carencias de micronutrientes (véanse las notas de orientación1–2).
- Establecer los procedimientos para responder eficazmente a los tipos de carencias de micronutrientes a los que pueda estar expuesta la población (véase la nota de orientación 2).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Los casos de carencias de micronutrientes son tratados mediante el empleo de las mejores prácticas clínicas del momento (véanse las notas de orientación 1–2).
- Las respuestas en materia de micronutrientes acompañan las respuestas de salud pública a fin de reducir las enfermedades comunes asociadas a las situaciones de emergencia como el sarampión (vitamina A) y la diarrea (cinc) (véanse las notas de orientación 3–4).

Notas de orientación

1. ***Diagnóstico y tratamiento de las carencias clínicas de micronutrientes:*** es posible diagnosticar algunas carencias clínicas de micronutrientes mediante un simple examen. Se pueden incorporar los indicadores clínicos de estas carencias a los sistemas de vigilancia sanitaria o nutricional, pero es necesario que el personal esté debidamente capacitado para garantizar la precisión de esas evaluaciones. La definición de casos plantea problemas y, en situaciones de emergencia, dichos casos se pueden determinar únicamente examinando la respuesta a la administración de suplementos por parte de las personas que acuden a consultar al personal de salud. El tratamiento de las carencias de micronutrientes debe ir acompañado de una detección activa y de un uso consensuado de definiciones de casos y protocolos de tratamiento. La detección y el tratamiento deben tener lugar dentro del sistema sanitario y de los programas de alimentación (véase la

norma 2 sobre evaluación de la seguridad alimentaria y la nutrición, nota de orientación 6, página 176). Cuando la prevalencia de las carencias de micronutrientes excede los umbrales de salud pública (véase el anexo 5: Medición de las carencias de micronutrientes y su importancia para la salud pública), puede resultar apropiado un tratamiento generalizado de la población mediante una alimentación suplementaria. El escorbuto (vitamina C), la pelagra (niacina), el beriberi (tiamina) y la arriboflavinosis (riboflavina) son las epidemias más comúnmente observadas por un acceso inadecuado a micronutrientes en las poblaciones dependientes de la ayuda alimentaria. Por eso es indispensable combatir las carencias mediante respuestas que abarquen a toda la población y también tratamientos individuales.

2. ***Diagnóstico y tratamiento de carencias subclínicas de micronutrientes:*** las carencias subclínicas de micronutrientes pueden tener efectos adversos en la salud pero no pueden detectarse sin practicar un examen bioquímico, con excepción de la anemia que puede detectarse mediante una prueba bioquímica bastante fácil de realizar en el terreno (véanse la norma 2 sobre evaluación de la seguridad alimentaria y la nutrición, nota de orientación 6, página 176 y el anexo 5: Medición de las carencias de micronutrientes y su importancia para la salud pública). Se pueden utilizar indicadores indirectos para evaluar los riesgos de carencias en la población afectada y determinar si se requiere una mejora de la ingesta alimentaria o el uso de suplementos (véanse la norma 2 sobre evaluación de la seguridad alimentaria y la nutrición, nota de orientación 6, página 176 y el anexo 5: Medición de las carencias de micronutrientes y su importancia para la salud pública).

3. ***Prevención:*** en la norma 1 sobre seguridad alimentaria – distribuciones de alimentos (véase página 205) se describe brevemente las estrategias para la prevención de las carencias de micronutrientes. La prevención implica también la lucha contra enfermedades como infecciones respiratorias agudas, sarampión e infecciones parasíticas como el paludismo y la diarrea, que agotan las reservas de micronutrientes (véanse servicios de salud esenciales – normas 1 y 2 sobre salud infantil, páginas 365-367). El tratamiento de las carencias presupone la elaboración de definiciones de casos y de protocolos de tratamiento, así como sistemas de búsqueda activa de casos.

4. ***Uso de micronutrientes en el tratamiento de enfermedades comunes:*** la administración suplementaria de micronutrientes debe ser integrada en la prevención y el tratamiento de algunas enfermedades. Esto incluye la administración de suplementos de vitamina A junto con la vacuna contra el sarampión y se añadirá cinc a las sales de rehidratación oral (SRO) en las directrices de tratamiento de la diarrea (véanse servicios de salud esenciales – normas 1 y 2 sobre salud infantil, páginas 365-367 y la norma 2 sobre alimentación del lactante y del niño pequeño, página 181).

4. Seguridad alimentaria

Las respuestas en materia de seguridad alimentaria se deben orientar a satisfacer las necesidades a corto plazo, aplicar el principio de “no causar daño”, reducir la necesidad de la población afectada de adoptar estrategias de afrontamiento que pueden ser perjudiciales y contribuir a restablecer la seguridad alimentaria a largo plazo.

Mediante una evaluación precisa se estudia la idoneidad y viabilidad de las posibles opciones de respuesta (véase la norma 1 sobre evaluación de la seguridad alimentaria y la nutrición, página 170). Las respuestas de seguridad alimentaria se agrupan en esta sección en normas de seguridad alimentaria general, distribuciones de alimentos, entregas de dinero en efectivo y de cupones, y respuestas en materia de medios de subsistencia.

Si se necesitan alimentos se examina la forma adecuada de asistencia alimentaria y se elige cuidadosamente la canasta de alimentos para las entregas en especie y de cupones. Las respuestas relativas a los medios de subsistencia abarcan la producción primaria, la generación de ingresos, el empleo y el acceso a bienes y servicios de mercado.

Las entregas de dinero en efectivo y de cupones pueden servir para diversos bienes y servicios en el ámbito de la seguridad alimentaria, así como en otros sectores. Comprender la capacidad del mercado y determinar la modalidad adecuada de distribución es fundamental para diseñar respuestas de seguridad alimentaria.

Las normas de seguridad alimentaria tienen en cuenta los recursos necesarios para atender a las necesidades de alimentos de la población en general y de grupos específicos de personas vulnerables que están expuestos a un mayor riesgo nutricional. Mientras no se satisfagan esas necesidades toda respuesta encaminada al tratamiento de la malnutrición tendrá un efecto limitado, ya que las personas que se recuperen regresarán a un entorno de ingesta insuficiente de alimentos y es probable que su estado nutricional vuelva a deteriorarse.

En los métodos de selección de beneficiarios, entrega y distribución se deberá reducir el riesgo de errores en los criterios de inclusión y de exclusión. Ello abarca el riesgo de que los combatientes se apropien indebidamente de los alimentos, el dinero u otro tipo de asistencia. Es importante que las respuestas de seguridad alimentaria no se desvíen de su propósito y no se utilicen para agravar conflictos.

Norma 1 sobre seguridad alimentaria: seguridad alimentaria general

Las personas tienen derecho a una asistencia alimentaria humanitaria que asegure su supervivencia, defienda su dignidad, y evite, en la medida de lo posible, el deterioro de sus bienes, y fomente su resiliencia.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Diseñar respuestas iniciales para atender a las necesidades inmediatas (véase la nota de orientación 1).
- Contemplar la posibilidad de adoptar medidas para apoyar, proteger y promover la seguridad alimentaria (véase la nota de orientación 2).
- Basar las respuestas en un análisis bien fundado, teniendo en cuenta sus beneficios, los riesgos y costos que conllevan, y las estrategias de afrontamiento de las personas (véase la nota de orientación 3).
- Elaborar estrategias de transición y de salida para todas las respuestas en casos de desastre, divulgarlas y aplicarlas según proceda (véase la nota de orientación 4).
- Velar por que los beneficiarios tengan acceso a un apoyo adecuado, que incluya los conocimientos, aptitudes y servicios necesarios (véase la nota de orientación 5).
- Proteger y preservar el entorno natural en todas las respuestas para evitar su degradación (véase la nota de orientación 6).
- Realizar el seguimiento de las respuestas para determinar la aceptabilidad y el acceso de los diferentes grupos y personas y asegurar la cobertura general, sin discriminación, de la población afectada por el desastre (véase la nota de orientación 7).
- Evaluar los efectos de las respuestas en la economía local, las redes sociales, los medios de subsistencia y el entorno natural, y velar por que las conclusiones se compartan y utilicen eficazmente para influir en ulteriores respuestas (véase la nota de orientación 8).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Todas las personas afectadas por el desastre que requieren medidas de seguridad alimentaria reciben una asistencia que atiende a sus necesidades básicas, evita el deterioro de sus bienes, les ofrece opciones y promueve su dignidad.
- Las familias no recurren a estrategias de afrontamiento negativas (véase la nota de orientación 3).
- La elección del dinero, los cupones o una combinación de ambas modalidades se basa en una evaluación y un análisis minuciosos (véase la norma 1 sobre seguridad alimentaria – entregas de dinero en efectivo y de cupones, página 229).

Notas de orientación

1. ***Prioridad a las respuestas que salvan vidas:*** la respuesta inicial más común ante situaciones de inseguridad alimentaria aguda consiste en la distribución de alimentos, dinero o cupones, o una combinación de esas modalidades. También deben considerarse otros tipos de respuestas, como subvenciones alimentarias, exenciones temporales de tasas, programas de empleo, apoyo productivo a los medios de subsistencia, reducción del número de animales, suministro de forraje y apoyo a los mercados. Cuando los mercados funcionan y son accesibles, y no hay riesgos graves de inflación, puede concederse prioridad a restablecer mecanismos normales de mercado y a revitalizar las actividades económicas que generan empleo (véanse las secciones sobre mercados e respuestas de seguridad alimentaria en Referencias y lecturas complementarias). Esas estrategias pueden resultar más acertadas que las distribuciones de alimentos si ofrecen ventajas para apoyar los medios de subsistencia, reducir la vulnerabilidad futura y defender la dignidad. Las organizaciones deben tener en cuenta la labor que realizan otros agentes a fin de asegurar que la respuesta combinada proporcione insumos y servicios complementarios.

2. ***Apoyo, protección y promoción de la seguridad alimentaria:*** esta labor comprende una amplia gama de respuestas y actividades de promoción. Aunque en las etapas iniciales después de un desastre es prioritario responder a las necesidades inmediatas y proteger los bienes de producción, las respuestas se planifican con una perspectiva de largo plazo y se integran con las actuaciones de otros sectores. Es posible que a corto plazo no sea factible lograr la seguridad alimentaria sustentándose en las estrategias de la comunidad en materia de medios de subsistencia. No obstante, se alentarán las estrategias existentes que contribuyen a la seguridad alimentaria y preservan la dignidad. Las respuestas de seguridad alimentaria deben

impedir que se deterioren más los bienes, deben ayudar a recuperar los bienes perdidos a causa del desastre y deben aumentar la resiliencia frente a futuros peligros.

3. ***Riesgos relacionados con las estrategias de afrontamiento:*** se deben apoyar las estrategias de afrontamiento que contribuyen a garantizar la seguridad alimentaria y la dignidad de las personas. Sin embargo, esas estrategias pueden entrañar costos o riesgos que aumentan la vulnerabilidad (véase la norma 1 sobre evaluación de la seguridad alimentaria y la nutrición, página 170). Es preciso detectar los riesgos lo antes posible y realizar respuestas tempranas para evitar que las personas recurran a esas estrategias. Por ejemplo, la distribución de leña o el uso de cocinas que consumen poco combustible pueden evitar el uso excesivo de recursos naturales y el traslado a zonas inseguras; las subvenciones en efectivo pueden evitar ventas forzadas de bienes y tierras (véase el principio de protección 1, página 37).

4. ***Estrategias de finalización y de transición:*** se deben tener en cuenta desde el inicio del programa, en particular cuando la respuesta tienen efectos a largo plazo. Por ejemplo, la prestación gratuita de servicios que normalmente hubiesen sido remunerados, como los servicios de veterinarios, puede dificultar la reanudación de los servicios remunerados. Antes de dar por concluido un programa o de iniciar la transición se debería poder comprobar que la situación ha mejorado o que otros actores que están en mejores condiciones pueden asumir la responsabilidad. En el caso de las distribuciones de alimentos, las transferencias de efectivo y la entrega de cupones, ello puede suponer la creación de vínculos con los sistemas o redes de seguridad social a largo plazo existentes o la acción de sensibilización de los gobiernos y los donantes para crear sistemas capaces de remediar la inseguridad alimentaria crónica.

5. ***Acceso a conocimientos, aptitudes y servicios:*** las estructuras orgánicas se diseñarán y planificarán juntamente con los usuarios a fin de que sean adecuadas y se gestionen debidamente, si es posible, más allá de la duración de la respuesta. Algunas personas tendrán necesidades muy específicas (por ejemplo, los niños que han quedado huérfanos a causa del SIDA tal vez no reciban la información y la transferencia de destrezas que tiene lugar en el seno de la familia), que podrán atenderse mediante servicios apropiados.

6. ***Impacto ambiental:*** se deberá preservar la base de recursos naturales en la que se sustentan la producción y los medios de subsistencia de la población afectada por un desastre (y de la población de acogida). Durante la evaluación y la planificación de las respuestas se deben tener en cuenta los efectos sobre el medio ambiente. Por ejemplo, las personas que viven en

campamentos necesitan combustible para cocinar, lo que puede acelerar la deforestación local; la distribución de alimentos que tardan largo tiempo en cocinarse entraña un mayor consumo de combustible, lo que puede afectar al medio ambiente (véase la norma 2 sobre seguridad alimentaria – distribuciones de alimentos, página 210). Las respuestas también pueden contribuir a evitar el deterioro del medio ambiente y a promover su recuperación. Por ejemplo, la reducción del número de animales disminuye la presión del pastoreo durante las sequías, y se dispone así de más pasto para los animales que sobreviven. Cuando sea posible, en las respuestas se debe fortalecer la capacidad de las personas para gestionar los recursos naturales, en particular mediante el suministro de insumos. Es preciso evaluar y reducir el riesgo de que una respuesta cause o agrave tensiones relacionadas con los recursos naturales, y exacerbe así un conflicto (véase el principio de protección 1, página 37).

7. ***Cobertura, acceso y aceptabilidad:*** es preciso determinar quiénes son los beneficiarios y sus características, y calcular su número, desglosado por sexo y edad, antes de decidir el grado de participación de diferentes grupos (prestando especial atención a los grupos vulnerables). La participación queda en parte determinada por la facilidad de acceso y la aceptabilidad de las actividades para los participantes. Si bien algunas respuestas de seguridad alimentaria se destinan a personas económicamente activas, no deben discriminar injustamente a otras personas y han de ser accesibles a las personas vulnerables y proteger a los familiares a su cargo, sobre todo a los niños. Es posible que haya restricciones que limiten la participación, entre ellas una capacidad reducida para trabajar, gran carga de trabajo en el hogar, embarazo, alimentación y cuidado de los hijos, enfermedades y discapacidades. Para superar estas restricciones habrá que determinar qué actividades pueden realizar esos grupos o establecer estructuras de apoyo apropiadas. Deben establecerse mecanismos de selección de beneficiarios basados en la autoselección, tras consulta con todos los grupos de la población (véase el principio de protección 2, página 40).

8. ***Seguimiento y evaluación:*** se debe realizar el seguimiento de la situación de la seguridad alimentaria a todos los niveles con el fin de evaluar si la respuesta sigue siendo pertinente, de decidir el momento de reducir gradualmente determinadas actividades, de introducir modificaciones o nuevos proyectos, y de determinar la necesidad de emprender iniciativas de sensibilización. La evaluación se basará en los criterios establecidos por el Comité de Asistencia para el Desarrollo registrados por la OCDE, que miden los siguientes aspectos: pertinencia, conexión, coherencia, alcance, eficiencia, eficacia e impacto.

4.1. Seguridad alimentaria – distribuciones de alimentos

El objetivo de las distribuciones de alimentos es asegurar que las personas tengan acceso seguro a cantidades suficientes de alimentos de calidad adecuada, y que cuenten con los medios para prepararlos y consumirlos de forma segura.

Las distribuciones generales (gratuitas) de alimentos se llevan a cabo cuando se estima necesario, seleccionando a los beneficiarios que más necesitan los alimentos, y se suspenden cuando los beneficiarios han recuperado la capacidad para producir o acceder a los alimentos mediante otros medios. Los beneficiarios pueden necesitar una fase de transición a otras formas de asistencia, como transferencias condicionadas o respuestas en materia de medios de subsistencia. En el caso de personas en situación de riesgo (por ejemplo, niños de 6 a 59 meses y mujeres embarazadas y lactantes) puede ser necesaria una alimentación suplementaria para complementar la ración general. Esa alimentación puede ser general o específica según el contexto (véase la norma 1 sobre tratamiento de la malnutrición aguda y las carencias de micronutrientes, página 187).

Tanto en las distribuciones generales de alimentos como en la alimentación suplementaria se suministran, siempre que sea posible, raciones para llevar a casa. Sólo se provee alimentación in situ cuando las personas no tienen medios para cocinar (por ejemplo, inmediatamente después de un desastre o durante movimientos de población), cuando la situación de inseguridad podría suponer un riesgo para los beneficiarios de las raciones para llevar a casa o en el marco de programas de alimentación escolar de emergencia (aunque las raciones para llevar a casa también pueden distribuirse en las escuelas).

La gestión de la cadena de suministro debe ser especialmente sólida y basarse en la rendición de cuentas, ya que puede estar inmediatamente en juego la vida de personas, y la distribución de alimentos es con frecuencia una parte importante de la respuesta en casos de desastre. Se debe efectuar el seguimiento de los sistemas de distribución y entrega en todas las etapas, incluido el ámbito comunitario, y la transparencia, mediante una comunicación eficaz, puede desempeñar un papel fundamental. Las evaluaciones periódicas deben darse a conocer y se examinan con los interesados, entre ellos la población afectada y las instituciones locales.

Norma 1 sobre seguridad alimentaria – distribuciones de alimentos: necesidades nutricionales generales

Asegurar que se atiendan las necesidades nutricionales de la población afectada por un desastre, en particular los grupos que corren mayor riesgo.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Utilizar niveles de acceso al consumo de alimentos en cantidad y calidad adecuadas para determinar si la situación es estable o puede deteriorarse (véanse las notas de orientación 1, 4 y 5).
- Preparar la distribución de alimentos sobre la base de las necesidades básicas establecidas en la planificación inicial en cuanto a energía, proteínas, grasa y micronutrientes, ajustadas según proceda a la situación local (véanse los indicadores clave, la nota de orientación 2 y el anexo 6: Necesidades nutricionales).
- Velar por que se proteja, se promueva y se facilite el acceso de la población a alimentos nutritivos apropiados y al apoyo nutricional (véanse las notas de orientación 3-8).
- Asegurar que los niños de 6 a 24 meses tengan acceso a alimentos complementarios nutritivos y de alto contenido energético, y que las mujeres embarazadas y lactantes tengan acceso a un apoyo nutricional complementario (véase la nota de orientación 2).
- Velar por que las familias en cuyo seno hay enfermos crónicos, incluidas personas que viven con el VIH o el SIDA, y las personas que padecen discapacidades o vulnerabilidades específicas tengan acceso a alimentos nutritivos apropiados y a un apoyo nutricional adecuado (véanse las notas de orientación 6-8).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Existe un acceso adecuado a una gama de alimentos, entre ellos, alimentos básicos (cereales o tubérculos), legumbres (o productos de origen animal) y fuentes de grasas, que conjuntamente satisfacen las necesidades nutricionales (véanse las notas de orientación 2, 3 y 5).
- La mayoría de las familias tiene un acceso adecuado a la sal yodada (>90%) (véanse las notas de orientación 2-4 y el anexo 6: Necesidades nutricionales).

- Hay un acceso adecuado a otras fuentes de niacina (por ejemplo, legumbres, frutos secos o pescado seco) cuando el alimento básico es el maíz o el sorgo (véanse las notas de orientación 2-3, el anexo 5: Medición de las carencias de micronutrientes y su importancia para la salud pública, y el anexo 6: Necesidades nutricionales).
- Se dispone de un acceso adecuado a otras fuentes de tiamina (por ejemplo, legumbres, frutos secos, huevos) cuando el alimento básico es el arroz pulido (véanse las notas de orientación 2-3).
- Existe un acceso adecuado a fuentes apropiadas de riboflavina cuando las personas tienen una dieta muy limitada (véanse las notas de orientación 2-3).
- No hay casos de escorbuto, pelagra, beriberi ni carencia de riboflavina (véase la nota de orientación 5 y el anexo 5: Medición de las carencias de micronutrientes y su importancia para la salud pública).
- La prevalencia de la carencia de vitamina A, la anemia por carencia de hierro y los trastornos por carencia de yodo no revisten importancia para la salud pública (véanse la nota de orientación 5 y el anexo 5: Medición de las carencias de micronutrientes y su importancia para la salud pública).

Notas de orientación

1. ***Interpretación del acceso a los alimentos:*** el acceso a los alimentos puede medirse mediante instrumentos analíticos como la puntuación del consumo de alimentos o los instrumentos sobre la diversidad de los alimentos. Puede ser conveniente recurrir a enfoques que examinen diversas variables, como la seguridad alimentaria, el acceso a los mercados, los medios de subsistencia, la salud y la nutrición para determinar si la situación se mantiene estable o se deteriora, y si se requieren respuestas alimentarias (véase la norma 1 sobre evaluación de la seguridad alimentaria y la nutrición, página 170).

2. ***Necesidades nutricionales y planificación de las raciones de alimentos:*** para planificar las raciones generales se deben utilizar las siguientes estimaciones de las necesidades mínimas de la población, ajustando las cifras con respecto a cada población, como se indica en el anexo 6: Necesidades nutricionales:

   - 2.100 calorías por persona por día;
   - 10% de la energía total en forma de proteínas;
   - 17% de la energía total en forma de grasas;
   - Ingesta adecuada de micronutrientes.

   El contenido de las raciones generales de alimentos puede formularse mediante instrumentos de planificación de las raciones (por ejemplo, NutVal). Si las personas no tienen acceso a ningún tipo de alimento, la ración distribuida

debe cubrir todas sus necesidades nutricionales. Es necesario establecer estimaciones consensuadas sobre cantidades medias de alimentos a los que la población afectada tiene acceso (véase la norma 1 sobre evaluación de la seguridad alimentaria y la nutrición, página 170). Las raciones se planifican de forma que compensen la diferencia entre las necesidades nutricionales y lo que las personas pueden obtener por sí mismas. Así, si lo que normalmente se necesita son 2.100 calorías por persona por día y en la evaluación se determina que las personas de la población beneficiaria pueden obtener, en promedio, 500 calorías por persona por día por medio de sus propios esfuerzos o recursos, las raciones deberán diseñarse para aportar 2.100 – 500 = 1.600 calorías por persona por día. Al margen del contenido energético de la dieta, en la planificación alimentaria es esencial tener en cuenta las proteínas, las grasas, las vitaminas y los minerales.

Si el propósito de la ración es proporcionar todo el contenido energético de la dieta, es indispensable que contenga cantidades adecuadas de todos los nutrientes. Si el propósito de la ración es cubrir sólo una parte de las necesidades energéticas de la dieta, puede formularse utilizando uno de los dos siguientes criterios. Si no se conoce el contenido de nutrientes de los demás alimentos de que dispone la población, la ración debe proporcionar un contenido de nutrientes equilibrado, proporcional al contenido energético de la ración. Si se conoce el contenido de nutrientes de los demás alimentos de que dispone la población, la ración debe estar constituida de forma que complemente esos alimentos cubriendo las carencias de nutrientes. Al planificar las raciones generales, en los cálculos de los promedios se tienen en cuenta las necesidades adicionales de las mujeres embarazadas y lactantes. En la ración general es preciso incluir alimentos adecuados y aceptables para niños pequeños, como alimentos compuestos enriquecidos (véase la norma 2 sobre alimentación del lactante y del niño pequeño, página 181). Es esencial garantizar la equidad de manera que se suministren las mismas raciones a poblaciones y subgrupos de población igualmente afectados. Los planificadores deben ser conscientes de que aplicar diferentes escalas de raciones en comunidades adyacentes puede suscitar tensiones. La ingesta de cantidades excesivas de micronutrientes puede ser nociva, y por ello es necesario examinar esta cuestión en la planificación de las raciones, sobre todo si deben incluirse diferentes productos alimenticios enriquecidos.

3. ***Prevención de la malnutrición aguda y de las carencias de micronutrientes:*** si se cumplen los principales indicadores alimentarios, se debería evitar el deterioro del estado nutricional de la población en general, a condición de que se implanten medidas adecuadas de salud pública para prevenir enfermedades como el sarampión, el paludismo y las parasitosis (véanse servicios de salud esenciales - normas 1 y 2 sobre control de enfermedades transmisibles, páginas 312-314). En situaciones en que se dispone de pocos

tipos de alimentos puede resultar difícil asegurar que las raciones de ayuda alimentaria tengan el contenido de nutrientes adecuado. Entre las opciones para mejorar la calidad nutricional de la ración cabe mencionar el enriquecimiento de los alimentos básicos, la incorporación de alimentos compuestos enriquecidos, la adquisición de productos básicos a nivel local para suministrar los nutrientes que puedan faltar y/o la utilización de suplementos alimenticios, como alimentos con lípidos y alto contenido en nutrientes listos para el consumo y suplementos de múltiples micronutrientes en comprimidos o en polvo. Estos productos pueden destinarse a personas vulnerables como los niños de 6 a 24 meses ó de 6 a 59 meses, o a las mujeres embarazadas y lactantes. Excepcionalmente, si se dispone de alimentos ricos en nutrientes a nivel local, se puede aumentar la cantidad de alimentos en las raciones generales para facilitar un mayor intercambio de alimentos, pero se debe tener en cuenta el aspecto costo-eficacia de la operación y las repercusiones en los mercados. Entre otras opciones que pueden contemplarse para la prevención de las carencias de micronutrientes figuran las medidas de seguridad alimentaria encaminadas a promover el acceso a alimentos nutritivos (véanse la norma 1 sobre evaluación de la seguridad alimentaria y la nutrición, página 170 y las normas 1 y 2 sobre seguridad alimentaria – medios de subsistencia, páginas 235-239). Asimismo, es necesario tener en cuenta la pérdida de micronutrientes que puede producirse durante el transporte, el almacenamiento, la elaboración y la cocción, así como la biodisponibilidad de las distintas formas químicas de las vitaminas y de minerales.

4. ***Seguimiento de la utilización de las raciones de alimentos:*** los indicadores clave reflejan el acceso a los alimentos, pero no cuantifican su utilización o la biodisponibilidad de nutrientes. La medición directa de la ingesta de nutrientes impondría requisitos de recopilación de información poco realistas. Sin embargo, la utilización puede medirse indirectamente recurriendo a información de diversas fuentes, entre ellas el seguimiento de la disponibilidad de alimentos y su uso en los hogares, la evaluación de los precios de los alimentos y su disponibilidad en los mercados locales, el examen de los planes y registros de distribución de la ayuda alimentaria, la evaluación de la contribución de los alimentos silvestres y las evaluaciones de la seguridad alimentaria. Si bien la asignación de alimentos en los hogares puede que no siempre sea equitativa y las personas vulnerables pueden resultar especialmente afectadas, por lo general, no es posible medir estos aspectos. Unos mecanismos de distribución adecuados (véase la norma 5 sobre seguridad alimentaria – distribuciones de alimentos, página 220), la elección de los alimentos y el diálogo con la población afectada pueden contribuir a mejorar la asignación de alimentos en los hogares (véase la norma esencial 1, página 60).

5. ***Las personas de edad*** pueden quedar muy afectadas por los desastres. Entre los factores de riesgo que reducen el acceso a los alimentos y pueden aumentar sus necesidades de nutrientes cabe mencionar las enfermedades y la discapacidad, el aislamiento, el estrés psicosocial, la familia numerosa, el frío y la pobreza. Las personas de edad deben poder acceder fácilmente a las fuentes de alimentos (incluida la distribución de alimentos). Los alimentos deben ser fáciles de preparar y consumir, y satisfacer sus necesidades adicionales de proteínas y micronutrientes.

6. ***Las personas que viven con el VIH*** pueden afrontar riesgos mayores de desnutrición debido a numerosos factores, como por ejemplo: una menor ingesta de alimentos por pérdida de apetito o dificultades para comer; la falta de absorción de los nutrientes debido a la diarrea; la presencia de parásitos o la existencia de daños en las células intestinales; los cambios en el metabolismo; y, las infecciones y enfermedades crónicas. Las necesidades energéticas de las personas que viven con el VIH van aumentando a medida que avanza el estado de la infección. Es necesario asegurarse de que estas personas estén bien alimentadas y conserven el mejor estado de salud posible para así demorar la aparición del SIDA. Entre las posibles estrategias encaminadas a mejorar su acceso a una dieta adecuada se puede citar la molienda y el enriquecimiento de los alimentos o la provisión de complementos alimenticios enriquecidos, alimentos compuestos o alimentos especiales. En algunas circunstancias puede ser apropiado aumentar la cantidad global de la ración de alimentos. Se debe tener presente la opción de la terapia antirretroviral y que la nutrición puede ayudar a tolerar y continuar este tratamiento.

7. ***Las personas con discapacidad pueden*** correr el riesgo particular de quedar separadas de sus familiares más cercanos y de sus cuidadores habituales durante un desastre. También pueden afrontar la discriminación que influye en su acceso a los alimentos. Será preciso desplegar esfuerzos para determinar y reducir estos riesgos tratando de asegurar el acceso físico a los alimentos, elaborando mecanismos de apoyo a la alimentación (por ejemplo, suministrando cucharas y pajas, y estableciendo sistemas de visitas a domicilio o programas de extensión) y facilitando el acceso a alimentos nutritivos y de alto contenido energético. Entre los riesgos nutricionales específicos figuran las dificultades para masticar y tragar (lo que provoca la reducción de ingesta de alimentos y el atragantamiento); la adopción de posiciones y posturas incorrectas para comer; la limitación de la movilidad que afecta al acceso a los alimentos y a la exposición a la luz del sol (repercute en los niveles de vitamina D); y el estreñimiento, que suelen padecer por ejemplo las personas que sufren de parálisis cerebral.

8. ***Los cuidadores y las personas a las que cuidan*** pueden tener problemas nutricionales específicos, por ejemplo, pueden contar con menos tiempo

para acceder a los alimentos por estar enfermos o atendiendo a enfermos; puede resultarles difícil mantener las prácticas de higiene tan necesarias para ellos; pueden disponer de pocos bienes para canjear por alimentos debido a los costos de tratamientos o funerales; pueden enfrentarse al estigma social y tener menos acceso a los mecanismos de apoyo de la comunidad. Es importante que los cuidadores reciban apoyo y que no se vean perjudicados en el cuidado de personas vulnerables; ese apoyo debe abarcar los siguientes ámbitos: alimentación, higiene, salud, apoyo psicosocial y protección. Se pueden utilizar las redes sociales existentes para facilitar formación a miembros de la comunidad que pueden ocuparse de este tipo de tareas (véase el principio de protección 4, página 46).

Norma 2 sobre seguridad alimentaria – distribuciones de alimentos: idoneidad y aceptabilidad

Los productos alimenticios que se suministran son idóneos y aceptables para los destinatarios, a fin de que se puedan utilizar de forma eficiente y eficaz en el hogar.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Durante la evaluación y elaboración del programa, consultar a las personas afectadas por el desastre acerca de la aceptabilidad, familiaridad e idoneidad de los productos alimenticios, y velar por que los resultados de esas consultas se tengan en cuenta a la hora de tomar decisiones sobre la elección de tales productos (véase la nota de orientación 1).
- Al seleccionar los tipos de alimentos, tener en cuenta la capacidad de los beneficiarios para almacenarlos, para obtener acceso a combustible y agua, así como el tiempo que tardan en cocinarse, incluido el que deben permanecer en remojo (véase la nota de orientación 2).
- Cuando se distribuya un alimento que los beneficiarios no conocen, dar instrucciones a las personas que preparan los alimentos, preferiblemente en la lengua local, sobre su preparación adecuada (véase la nota de orientación 1).
- Si se distribuyen cereales de grano entero, asegurarse de que los destinatarios cuenten con los medios para molerlos o procesarlos en el hogar o tengan acceso a instalaciones adecuadas de molienda o elaboración de alimentos (véase la nota de orientación 3).
- Velar por que las personas afectadas por el desastre tengan acceso a artículos de importancia cultural, incluidos los condimentos (véase la nota de orientación 4).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Las decisiones sobre los programas se basan en la plena participación de todos los destinatarios en la selección de los productos alimenticios (véanse las notas de orientación 1 y 4).
- En la elaboración del programa se tiene en cuenta el acceso al agua, al combustible para cocinar y al material para la elaboración (véanse las notas de orientación 2-3).
- No se realizan distribuciones generales de leche en polvo, leche de consumo directo o productos lácteos como únicos productos básicos (véase la nota de orientación 5).

Notas de orientación

1. ***Familiaridad y aceptabilidad:*** si bien el valor nutricional es la consideración principal a la hora de elegir los artículos que van a componer la canasta de alimentos, los productos deben ser conocidos por los beneficiarios y compatibles con sus tradiciones religiosas y culturales, incluidos los alimentos que son tabú para las mujeres embarazadas y lactantes. Las personas vulnerables deben participar en las consultas sobre la elección de alimentos. Si se utiliza un alimento que los beneficiarios no conocen, éste debe ser apetitoso para el gusto local. En los informes de evaluación y las solicitudes a los donantes, se debe explicar las razones por las que se eligen o se excluyen determinados alimentos. Cuando debido al desastre no se tiene acceso a equipos de cocina, es necesario suministrar alimentos listos para el consumo (véase también la norma 2 sobre alimentación del lactante y del niño pequeño, página 181). En estas circunstancias es posible que no haya más remedio que repartir alimentos que los beneficiarios no conocen; también hay que considerar la posibilidad de suministrar “raciones de emergencia” especiales.

2. ***Almacenamiento y preparación de alimentos:*** en la elección de los productos básicos se debe tener en cuenta la capacidad de las personas para almacenarlos. Con respecto a las necesidades de agua, véase la norma 1 sobre abastecimiento de agua, página 109. Es necesario realizar una evaluación de la disponibilidad de combustible para decidir la elección de los alimentos, asegurar que los beneficiarios puedan cocinarlos adecuadamente para evitar riesgos en su salud y prevenir el deterioro ambiental y, posiblemente, riesgos de seguridad debido a la recolección excesiva de leña para emplearla como combustible (véase el principio de protección 1, página 37). En general, los alimentos suministrados no deben requerir largos tiempos de cocción ni grandes cantidades de agua. Normalmente, el grano molido reduce el tiempo de cocción y la cantidad de combustible necesa-

rios. Con respecto al equipo de cocina, véase la norma 6 sobre seguridad alimentaria – distribuciones de alimentos, página 226 y las normas 3 y 4 sobre artículos no alimentarios, páginas 313-314

3. ***Elaboración de alimentos:*** los cereales de grano entero tienen la ventaja de contar con un mayor tiempo de conservación y pueden tener mayor valor para los beneficiarios. Se pueden distribuir cereales de grano entero cuando la molienda de granos en el hogar forma parte de la tradición de los destinatarios o si estos tienen acceso a molinos locales. Se puede facilitar la molienda industrial de baja extracción, que permite extraer el germen, el aceite y las enzimas (que causan ranciedad) y aumentar así la conservación, aunque al mismo tiempo se reduce el contenido en proteínas. La molienda del maíz presenta un problema particular, porque la harina integral de maíz puede conservarse solamente entre seis y ocho semanas. Por lo tanto, el maíz se debe moler poco antes de ser consumido. Se debe respetar la legislación nacional relativa a la importación y distribución de cereales de grano entero. Los costos de molienda de los beneficiarios se pueden sufragar por medio de dinero en efectivo o de cupones, por medio del método menos preferido de distribuir cantidades suplementarias de cereales, o el de facilitar equipos de molienda.

4. ***Artículos de importancia cultural:*** durante la evaluación, es importante: 1) averiguar cuáles son los condimentos que tienen importancia cultural y si hay otros productos alimenticios que sean parte esencial de los hábitos alimentarios cotidianos (por ejemplo, especias, té, etc.); y, 2) determinar el acceso que las personas tienen a esos artículos. La canasta de alimentos se debe preparar de acuerdo con esos factores, en especial si las personas van a depender de la distribución de raciones durante un tiempo considerable.

5. ***Leche:*** la distribución sin destinatario determinado, gratuita o subvencionada, de preparados para lactantes, leche en polvo, leche de consumo directo o productos lácteos como únicos productos básicos (se incluye aquí la leche para tomar con el té) no debe incluirse en los programas de distribución general de alimentos o de alimentación suplementaria para llevar a casa, porque su utilización indiscriminada puede causar peligros graves para la salud. Toda respuesta en la que se incluya la leche debe conformarse a la Guía Operativa sobre Alimentación de Lactantes y Niños/as Pequeños/as en Emergencias, el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las ulteriores resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud (véanse las normas 1 y 2 sobre alimentación del lactante y del niño pequeño, páginas 180-181).

Norma 3 sobre seguridad alimentaria – distribuciones de alimentos: calidad e inocuidad de los alimentos

Los alimentos que se distribuyen son aptos para el consumo humano y son de una calidad adecuada.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Seleccionar alimentos que se ajusten a las normas nacionales del país destinatario y a otras normas internacionalmente aceptadas (véanse las notas de orientación 1- 2).
- Distribuir alimentos antes de su fecha de caducidad o con suficiente antelación a la "fecha de consumo preferente" (véase la nota de orientación 1).
- Consultar a los destinatarios sobre la calidad de los alimentos distribuidos y responder rápidamente a los problemas que se planteen (véase la nota de orientación 3).
- Elegir envases apropiados para los alimentos, que sean fuertes y convenientes para su manipulación, almacenamiento y distribución, y no supongan un peligro para el medio ambiente (véase la nota de orientación 4).
- Etiquetar los paquetes de alimentos en el idioma correspondiente; en el caso de los alimentos envasados, indicar la fecha de producción, el origen y la fecha de caducidad en los alimentos potencialmente peligrosos, y datos sobre el contenido de nutrientes (véase la nota de orientación 4).
- Transportar y almacenar los alimentos en condiciones adecuadas, utilizando las mejores prácticas en gestión del almacenamiento, y realizar verificaciones sistemáticas sobre la calidad de los alimentos (véase la nota de orientación 5).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Todos los destinatarios reciben alimentos "aptos para el uso previsto": en cuanto a la inocuidad, los alimentos no deben suponer un riesgo para la salud; en cuanto a la calidad, los alimentos deben cumplir las especificaciones de calidad y ser nutritivos (véanse las notas de orientación 1, 2 y 4).
- Mediante el seguimiento de la rendición de cuentas se supervisa la recepción y resolución de las quejas de los beneficiarios (véase la nota de orientación 3).

Notas de orientación

1. ***Calidad de los alimentos:*** los alimentos deben cumplir las normas alimentarias del gobierno destinatario y/o las normas del Codex Alimentarius en cuanto a calidad, envasado, etiquetado y "adecuación a los fines previstos". Los alimentos deben ser siempre "aptos para el consumo humano", pero también "adecuados a los fines previstos". Cuando los alimentos no tienen la calidad necesaria para ser utilizados de la forma planeada, son inadecuados para los fines previstos, aunque sean aptos para el consumo humano (por ejemplo, puede ocurrir que la calidad de la harina no sea apta para cocinar el pan en el hogar, aunque sea apta para el consumo). Para realizar pruebas de calidad, se obtendrán muestras con arreglo al plan de toma de muestras, y los organismos compradores las verificarán sistemáticamente para garantizar que la calidad sea adecuada. Siempre que sea necesario, los alimentos comprados en el ámbito local o importados deben ir acompañados de certificados fitosanitarios o de otros certificados de inspección. Se deben practicar pruebas con muestras aleatorias de las existencias. Para la fumigación se utilizan productos apropiados y se siguen procedimientos estrictos. Cuando se trate de grandes cantidades o existan dudas y pueda haber disputas en cuanto a la calidad de los alimentos, se debe encargar la inspección de la remesa a inspectores independientes de la calidad. La información sobre la fecha de elaboración/entrega y la calidad de la remesa de alimentos se puede comprobar en los certificados del proveedor, en los informes de las inspecciones de control de calidad, en las etiquetas de los envases y en los informes de los almacenes. Los alimentos inadecuados para los fines previstos deben desecharse cuidadosamente (véase la norma 4 sobre seguridad alimentaria – distribuciones de alimentos, nota de orientación 10, página 218).

2. ***Alimentos modificados genéticamente:*** las normativas nacionales sobre la recepción y uso de alimentos modificados genéticamente se deben comprender y respetar. Estas normativas se deben tener en cuenta a la hora de planificar distribuciones de alimentos en las que se prevé utilizar importaciones.

3. ***Mecanismo de quejas y de respuesta:*** los organismos deben velar por que se creen mecanismos adecuados para presentar quejas y respuestas relacionadas con la inocuidad de los alimentos a fin de rendir cuentas ante los destinatarios (véase la norma esencial 1, nota de orientación 2).

4. ***Paquetes/envases:*** si ello es posible, el paquete o envase debe permitir la distribución directa de los alimentos sin que sea necesario volverlos a fraccionar (por ejemplo, completar cantidades) o volverlos a envasar: el tamaño adecuado de los paquetes puede contribuir al cumplimiento de los crite-

rios sobre las raciones. En los envases de los alimentos no deben figurar mensajes de índole política o religiosa, o que fomenten la discordia. Los riesgos ambientales pueden minimizarse mediante una correcta elección de los envases y gestión de los envases vacíos (como bolsas o latas). En el caso de los envases de alimentos listos para utilizar (como envases de aluminio) pueden ser necesarios controles específicos para su eliminación segura.

5. ***Zonas de almacenamiento:*** deben ser higiénicas y estar secas, adecuadamente protegidas de las condiciones climáticas y sin contaminar por residuos químicos o de otro tipo. Deben también estar protegidas contra plagas como los insectos y los roedores (véanse también la norma 4 sobre seguridad alimentaria – distribuciones de alimentos, página 215 y la norma 1 sobre gestión de desechos sólidos, página 132).

Norma 4 sobre seguridad alimentaria – distribuciones de alimentos: gestión de la cadena de suministro

Los productos básicos y los costos conexos se gestionan bien, empleando sistemas imparciales, transparentes y adaptados a las necesidades.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Establecer un sistema de gestión de la cadena de suministro que sea coordinado y eficiente, recurriendo a la capacidad local cuando sea posible (véanse las notas de orientación 1-3).
- Garantizar un prodecimiento para la adjudicación de contratos que sea transparente, justo y abierto (véanse las notas de orientación 1-2 y 4).
- Fomentar relaciones sólidas con los proveedores y prestadores de servicios, y velar por el cumplimiento de normas éticas (véanse las notas de orientación 1, 2, 4 y 5).
- Capacitar y supervisar al personal de todos los niveles del sistema de gestión de la cadena de suministro para que observe los procedimientos de calidad e inocuidad de los alimentos (véase la nota de orientación 5).
- Implantar procedimientos de contabilidad apropiados, incluidos sistemas financieros, de inventario y de presentación de informes (véanse las notas de orientación 6-8).
- Reducir al mínimo las pérdidas, inclusive por robo, y rendir cuentas de todas las pérdidas (véanse las notas de orientación 9-11).

- Seguir de cerca y gestionar el proceso de suministro de alimentos a fin de adoptar todas las medidas necesarias para evitar el desvío ilícito y las interrupciones de la distribución, e informar periódicamente a todos los interesados sobre el funcionamiento de la cadena de suministro (véanse las notas de orientación 12–13).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Los alimentos llegan a los puntos de distribución previstos (véanse las notas de orientación 1 y 7).
- Se establecen sistemas de seguimiento de productos básicos, de contabilidad del inventario y de presentación de informes desde el comienzo de la respuesta (véanse las notas de orientación 7-8 y 11-13).
- En los informes de evaluación de la gestión de la cadena de suministro se deja constancia del examen e inventario de la capacidad local para gestionar la cadena de suministro, la disponibilidad local de alimentos y la infraestructura logística local (véanse las notas de orientación 2-3).
- En los informes sobre la gestión de la cadena de suministro se indican:
  - los datos que demuestran que los procedimientos de adjudicación de contratos son transparentes, justos y abiertos;
  - la constancia de la gestión del desempeño de proveedores/prestadores de servicios e informes al respecto;
  - el número y el porcentaje del personal de gestión de la cadena de suministro que ha recibido capacitación;
  - la integridad y exactitud de la documentación;
  - las pérdidas reducidas al mínimo, se mantienen por debajo del 2%, y se rinde cuentas de todos los alimentos;
  - el análisis periódico de la cadena de suministro de alimentos y que se mantiene informados a los interesados pertitnentes sobre dicha cadena y el correspondiente sistema de tramitación.

Notas de orientación

1. ***La gestión de la cadena de suministro*** requiere un enfoque integrado de la logística. Esta comienza con la elección del producto básico y abarca la búsqueda de fuentes de suministro, la tramitación de compras, la garantía de calidad, el envasado, el envío, el transporte, el almacenamiento, la gestión del inventario y los seguros. En la cadena intervienen numerosos asociados, y es importante que sus actividades estén coordinadas (véase la norma esencial 2, página 63). Las prácticas de gestión y seguimiento deben asegurar que los productos básicos lleguen en buen estado hasta los puntos de distribución. Incumbe, además, a las organizaciones humanitarias

la responsabilidad de que los alimentos lleguen a los beneficiarios previstos (véanse las normas 5 y 6 sobre seguridad alimentaria – distribuciones de alimentos, páginas 220-226).

2. ***Utilización de servicios locales:*** se debe evaluar la disponibilidad y fiabilidad de las capacidades locales antes de buscar fuentes de suministro exteriores a la zona. Se debe asegurar que las contrataciones locales no causen o agraven las hostilidades ni provoquen más daño en la comunidad. Las empresas de transporte y agentes expedidores locales o regionales acreditados poseen valiosos conocimientos de las normativas, procedimientos y servicios locales, que pueden contribuir a que se cumpla la legislación del país receptor y a agilizar la entrega de los alimentos. En un entorno de conflicto, el análisis de los proveedores de servicios debe ser especialmente riguroso.

3. ***¿Abastecimiento local o importación?*** Se debe evaluar la disponibilidad local de productos y las repercusiones para los sistemas de producción y los mercados locales de que los alimentos se adquieran en la zona circundante o sean importados de fuera, incluyendo también la sostenibilidad medioambiental (véanse la norma 1 sobre evaluación de la seguridad alimentaria y la nutrición, página 170 y las normas 1 y 3 sobre seguridad alimentaria – medios de subsistencia, páginas 235-243). Las compras locales o regionales de productos estimulan y refuerzan los mercados, lo que puede ser un incentivo para que los agricultores produzcan más y ayudar a estimular la economía local. Si hay varias organizaciones que participan en el abastecimiento, se deben coordinar en la medida de lo posible las fuentes locales. Entre otras fuentes de alimentos de origen local cabe mencionar los préstamos o reasignaciones procedentes de programas de ayuda alimentaria ya establecidos (puede ser necesario el acuerdo de los donantes) o de reservas nacionales de cereales, y los préstamos de proveedores comerciales, o canjes efectuados con ellos.

4. ***Imparcialidad:*** es esencial establecer procedimientos de contratación justos y transparentes para evitar sospechas de favoritismo o corrupción. Es necesario evaluar el desempeño de los proveedores de servicios y actualizar las listas de empresas preseleccionadas.

5. ***Aptitudes y formación:*** se debe recabar la colaboración de profesionales y jefes de programas con experiencia en la gestión de la cadena de suministro para que implanten el sistema e impartan formación al personal. Entre los tipos de conocimientos especializados que son pertinentes figuran los siguientes: gestión de contratos, gestión de transporte y almacenes, gestión de inventarios, gestión de análisis e información en cuanto a itinerarios, seguimiento de los envíos, gestión de importaciones, etc. Cuando se lleve a

cabo la formación, en el idioma local, se deberá incluir al personal de organizaciones asociadas y a los proveedores de servicios.

6. ***Los alimentos no se utilizan para efectuar pagos:*** se debe evitar la utilización de alimentos para sufragar operaciones logísticas, como la descarga en los almacenes y puntos de distribución. Si no es posible hacer pagos en efectivo y se deben utilizar alimentos con ese fin, es necesario reajustar las cantidades de alimentos que se envían a los puntos de distribución de modo que los beneficiarios reciban las cantidades previstas inicialmente.

7. ***Presentación de informes (incluidos el grupo sectorial de logística y entre organismos):*** la mayoría de los donantes de alimentos imponen requisitos específicos en cuanto a los informes y los responsables de la cadena de suministro deben ser conscientes de esos requisitos y establecer sistemas para cumplirlos. En la gestión cotidiana es preciso informar con prontitud sobre demoras o desviaciones en la cadena de suministro. La información sobre el proceso de suministro, así como otros informes acerca de la gestión de la cadena de suministro se comunicarán de una manera transparente.

8. ***Documentación:*** en todos los centros en los que se reciben, almacenan o despachan productos se debe disponer de cantidad suficiente de formularios y documentación (conocimientos de embarque, libros de registro de existencias, formularios de informes, etc.) en el idioma local, para poder mantener un registro de control de las transacciones.

9. ***Almacenamiento:*** es preferible contar con almacenes dedicados únicamente a alimentos a tener que compartir instalaciones, aunque mediante una gestión correcta se pueden minimizar los riesgos en este último caso. Al elegir un almacén, se deberá averiguar si se han almacenado allí anteriormente mercancías peligrosas y si existe algún peligro de contaminación. Entre los factores que deben considerarse están los relativos a seguridad, capacidad, facilidad de acceso, solidez de la estructura (de techos, muros, puertas y suelos) y el posible peligro de inundaciones.

10. ***Eliminación de productos no aptos para el consumo humano:*** los productos deteriorados deben ser examinados por inspectores calificados (como expertos en inocuidad alimentaria y laboratorios de salud pública) que certificarán si son aptos para el consumo humano. La eliminación debe realizarse rápidamente antes de que los alimentos se conviertan en un peligro para la salud pública. Entre los métodos de eliminación de productos no aptos para el consumo se incluyen la venta como alimento para animales y el enterramiento o la incineración autorizada y supervisada por las autoridades competentes. En el caso de su utilización como forraje, se debe obtener un certificado que garantice la aptitud del producto para ese fin. En todos los casos, los productos no aptos para el consumo no deben reintroducirse

en la cadena alimentaria humana o animal y su eliminación no debe causar daño al medio ambiente ni contaminar las fuentes de agua.

11. ***Peligros que amenazan la cadena de suministro:*** en las situaciones de conflicto armado o de inseguridad general, existe el peligro de que las partes beligerantes puedan saquear o requisar alimentos, y por tanto se debe prestasr atención a la gestión de riesgos a la seguridad de las rutas de transporte y los almacenes. Hay posibilidades de robo en todas las etapas de la cadena de suministro y se deben establecer, y supervisar, sistemas de control en todos los puntos de almacenamiento, entrega y distribución para minimizar este riesgo. Mediante sistemas de control interno se debe asegurar la división de responsabilidades a fin de reducir el riesgo de colusión. Se verificarán periódicamente las existencias para detectar eventuales desvíos ilícitos de alimentos. Se deben tomar medidas, no sólo para asegurar la integridad de la cadena de suministro, sino también para analizar y abordar las repercusiones políticas y de seguridad más amplias, como la posibilidad de desvíos de existencias que puedan contribuir a agravar un conflicto armado (véase el principio de protección 1, página 37).

12. ***Análisis del proceso de suministro:*** este análisis debe efectuarse periódicamente y la información pertinente sobre los niveles de las existencias, las llegadas previstas y las distribuciones deben comunicarse a las partes interesadas que intervienen en la cadena de suministro. El seguimiento y la previsión de los niveles de las existencias deben permitir señalar las deficiencias y los problemas con suficiente antelación para encontrar soluciones. El intercambio de información entre asociados puede facilitar la obtención de préstamos para evitar interrupciones en la cadena de suministro, la cual puede producirse si los recursos son insuficientes. En estos casos, puede ser necesario priorizar los productos de la canasta de alimentos al programar los recursos (eligiendo qué comprar) con los fondos disponibles. Se debe consultar a las partes interesadas y las soluciones pueden incluir la reducción del tamaño de la ración o la reducción o exclusión de algunos tipos de alimentos a los que los beneficiarios tienen mayor acceso (desde la perspectiva material y económica).

13. ***Difusión de la información:*** la información pertinente se debe comunicar a las partes interesadas en este ámbito y no a todas las partes interesadas a fin de evitar malentendidos. Es necesario examinar la posibilidad de recurrir a medios de comunicación locales, métodos tradicionales de difusión de noticias y tecnologías actuales (mensajes de texto de teléfonos celulares, correo electrónico, etc.) para mantener informados a los responsables locales y destinatarios sobre las distribuciones y reforzar la transparencia.

Norma 5 sobre seguridad alimentaria – distribuciones de alimentos: selección y distribución

El método de distribución selectiva de alimentos responde a las necesidades, es oportuno, transparente, seguro, adecuado a las condiciones locales, y protege la dignidad.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Identificar y seleccionar a los destinatarios de los alimentos en función de sus necesidades y en consulta con las partes interesadas (véanse las notas de orientación 1-2).
- Elaborar métodos eficientes y equitativos de distribución de alimentos, que respeten la dignidad, en consulta con las organizaciones asociadas, los grupos locales y los destinatarios. En el proceso de elaboración deben participar activamente mujeres y representantes de las personas con discapacidad, las personas de edad y las personas con movilidad reducida (véanse las notas de orientación 1-4).
- Consultar con las partes interesadas locales sobre los puntos de distribución apropiados, que ofrezcan un acceso fácil y seguridad a los destinatarios (véanse las notas de orientación 5-6).
- Informar con antelación a los destinatarios sobre el plan de distribución y la calidad y cantidad de las raciones de alimentos (véanse las notas de orientación 7-8).
- Efectuar el seguimiento y la evaluación de los resultados con respecto a la distribución selectiva de alimentos (véase la nota de orientación 9).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Los criterios de selección de beneficiarios se basan en un análisis riguroso de la vulnerabilidad (véase la nota de orientación 1).
- La población afectada por el desastre acuerda los mecanismos de selección (véanse las notas de orientación 1-2).
- Existen otros modelos de distribución apropiados para personas con movilidad reducida (véanse las notas de orientación 3-4).
- Los destinatarios no deben caminar más de 10 kilómetros para llegar al punto de distribución, es decir, no deben tardar más de cuatro horas caminando (véase la nota de orientación 5).

- Durante las distribuciones se especifican las raciones de alimentos en las cartillas de racionamiento, carteles y postes indicadores (véanse las notas de orientación 7- 8).
- Mediante mecanismos de seguimiento y/o de rendición de cuentas ante los beneficiarios se obtienen datos (véase la nota de orientación 9) sobre:
  - las preferencias de las partes interesadas en materia de métodos de distribución
  - la información facilitada a los beneficiarios en lo que respecta a la distribución
  - beneficiarios/recepción de alimentos: los resultados reales en comparación a los previstos (puntualidad, cantidad, calidad).

Notas de orientación

1. ***Selección de beneficiarios:*** la ayuda alimentaria debe destinarse a las personas seleccionadas por ser las más necesitadas: las familias que están más gravemente expuestas a la inseguridad alimentaria y las personas que sufren de malnutrición (véanse Vulnerabilidades y capacidades de las poblaciones afectadas por desastres, página 167 y las normas 1 y 2 sobre evaluación de la seguridad alimentaria y la nutrición, páginas 170-174). La selección no se limita a la fase inicial, sino que abarca toda la respuesta. Es difícil lograr el equilibrio adecuado entre los errores debidos a la exclusión de beneficiarios (lo que puede suponer una amenaza para la vida) y los errores debidos a la inclusión (que pueden ser perjudiciales o entrañar un derroche de recursos). Además, por lo general para reducir los errores es preciso incrementar los costos de prevención. En situaciones de extrema urgencia, los errores debidos a la inclusión pueden ser más aceptables que los errores por exclusión: por ejemplo, las distribuciones de mantas pueden ser apropiadas en el caso de desastres repentinos en los que todos los hogares han sufrido pérdidas similares, o en los que no es posible efectuar una evaluación detallada de los beneficiarios debido a la falta de acceso. La selección de agentes que se ocupen de seleccionar a los beneficiarios deberá basarse en su imparcialidad, capacidad y responsabilidad. Entre ellos se podrá incluir a ancianos de la aldea, comités de socorro elegidos en el plano local, organizaciones de la sociedad civil, ONG locales, instituciones gubernamentales locales u ONG internacionales. Se recomienda encarecidamente elegir mujeres como agentes de selección. Los criterios de selección tiene que ser claros y la población destinataria y no destinataria tiene que aceptarlos para no crear tensiones ni causar perjuicios (véanse la norma esencial 1, nota de orientación 3 y el principio de protección 2, página 40).
2. ***Registro:*** la inscripción formal de las familias que reciben alimentos debe realizarse lo antes posible, y se debe actualizar según proceda. La información sobre los beneficiarios es esencial para diseñar un sistema de

distribución eficaz (el tamaño de la población y las características demográficas de una población influyen en la organización de la distribución), así como para elaborar listas de beneficiarios, hojas de recuento y cartillas de racionamiento (si se expiden) e identificar a personas con necesidades específicas. En los campamentos suele ser muy difícil hacer el registro, especialmente si las personas desplazadas no tienen documentos de identidad (véanse el principio de protección 4, notas de orientación 4–5, página 46). Las listas compiladas por las autoridades locales y las listas de familias elaboradas por la comunidad pueden ser útiles, siempre y cuando se demuestre, mediante una evaluación independiente, que son exactas e imparciales. Es importante alentar a las mujeres de la población afectada por el desastre a colaborar en el proceso de inscripción. Los organismos deben velar por que en las listas de distribución no se omitan personas vulnerables, especialmente las que están obligadas a permanecer en el hogar. Aunque normalmente se inscriben los cabeza de familia, las mujeres deben gozar del derecho a inscribirse bajo su propio nombre y apellido: las mujeres pueden utilizar de manera más adecuada las transferencias en el hogar. Si no es posible hacer el registro en las etapas iniciales de un desastre, se deberá efectuar en cuanto la situación se estabilice. Ello es especialmente importante cuando es posible que las distribuciones de alimentos se prolonguen durante mucho tiempo. Es necesario establecer un mecanismo de quejas y de respuesta para el proceso de inscripción (véase la norma esencial 1, notas de orientación 2 y 6, páginas 62-63).

3. ***Métodos de distribución de raciones sin cocinar:*** la mayoría de los métodos evolucionan con el tiempo. Una distribución general de alimentos consiste normalmente en entregar raciones sin cocinar que los beneficiarios preparan en sus casas. Los beneficiarios pueden ser: una persona o el titular de una cartilla de racionamiento familiar, el representante de un grupo de familias, los dirigentes tradicionales o los dirigentes de una comunidad seleccionada para la distribución. Las condiciones sobre el terreno determinan la selección de los destinatarios, y si esas condiciones cambian la situación del destinatario también puede cambiar. Deben evaluarse cuidadosamente los riesgos inherentes a las distribuciones a través de representantes o dirigentes. En la selección de los beneficiarios deben examinarse las consecuencias en cuanto al volumen de trabajo y posibles riesgos de violencia, incluida la violencia doméstica (véanse los principios de protección 1 y 2, páginas 37-40). En relación con la frecuencia de las distribuciones habrá que estudiar el peso de la ración de alimentos y los medios de los beneficiarios para llevar los alimentos hasta sus hogares. Puede ser necesario adoptar medidas específicas para asegurar que las personas de edad y los discapacitados puedan recoger los alimentos que les corresponden: otros miembros de la comunidad pueden ayudar en esta tarea, y quizá el suministro de raciones para una o dos semanas sea más fácil de recoger que las

raciones mensuales. Los esfuerzos por centrar la atención en las personas vulnerables no deben agravar el estigma que ya puede pesar sobre esas personas. Este tema puede ser de especial importancia cuando se trate de poblaciones con un gran número de personas que viven con el VIH o el SIDA (véase el principio de protección 4, notas de orientación 1, 9–11, páginas 46-48).

4. ***Métodos de distribución de raciones cocinadas:*** de manera excepcional, una distribución general de alimentos puede consistir en comidas cocinadas o en alimentos listos para el consumo, durante un período inicial, en situaciones de extrema urgencia. Esas raciones pueden resultar apropiadas, por ejemplo, en los siguientes casos: durante los desplazamientos de población; situaciones de inseguridad extrema en las que llevar alimentos al hogar puede exponer a las personas al riesgo de robo o violencia; cuando las personas vulnerables quedan excluidas debido al elevado número de abusos o a la fiscalidad; cuando a raíz de grandes desplazamientos las personas pierden sus bienes (equipos de cocina o combustible) o quedan demasiado debilitadas para cocinar; cuando dirigentes locales desvían raciones; o se plantean consideraciones ambientales (por ejemplo, se protege un entorno ecológico frágil mediante la prohibición de recoger leña). Asimismo, puede recurrirse a comidas escolares e incentivos alimentarios para el personal de educación como mecanismo de distribución en una emergencia (véanse las normas mínimas de INEE para la educación).

5. ***Puntos de distribución y desplazamientos:*** los puntos de distribución deben establecerse en los lugares más seguros y convenientes para los destinatarios, y su elección no debe basarse en la conveniencia logística para el organismo de distribución (véase el principio de protección 3, notas de orientación 6–9, páginas 43-44). Es preciso tener en cuenta la topografía y la proximidad de otras fuentes de apoyo (agua potable, instalaciones sanitarias, servicios médicos, zonas de sombra, alojamiento, espacios seguros para las mujeres). Al elegir los puntos de distribución, es necesario evitar las zonas donde las personas estén obligadas a cruzar puestos de control militares o a negociar el paso seguro. Para decidir la frecuencia de las distribuciones y el número de puntos de distribución se debe tener en cuenta el tiempo que tardan los destinatarios para trasladarse hasta los puntos de distribución, así como los aspectos prácticos y costos de transporte de los productos. Los destinatarios deben poder hacer el desplazamiento de ida y vuelta entre sus hogares y los puntos de distribución el mismo día. Además, es preciso promover otros medios de distribución para llegar a las personas que no pueden desplazarse y están aisladas (como personas con dificultades para desplazarse). Una persona camina al ritmo medio de 5 kilómetros por hora, pero lo hace más lentamente en terreno irregular y al subir una cuesta; ese ritmo varía con la edad y el grado de movilidad. En una situación

de desastre, el acceso a la distribución es una causa común de ansiedad para las poblaciones marginadas y excluidas. Las distribuciones deben programarse de tal manera que se reduzca al mínimo el trastorno causado en las actividades cotidianas, en horarios que permitan el desplazamiento a los puntos de distribución durante el día a fin de proteger a los destinatarios y evitar que tengan que pasar la noche en ese lugar, ya que ello entraña riesgos adicionales (véase el principio de protección 1, página 37).

6. ***Reducción de los riesgos de seguridad:*** las distribuciones de alimentos pueden crear riesgos de seguridad, como el desvío de alimentos o actos de violencia. Durante las distribuciones pueden aparecer fuertes tensiones. Las mujeres, los niños, las personas de edad y las personas con discapacidad están particularmente expuestos al riesgo de perder la ayuda que les corresponde. Esos riesgos deben evaluarse anticipadamente y hay que adoptar medidas para minimizarlos, por ejemplo la supervisión de las distribuciones por personal calificado y la protección de los puntos de distribución por la propia población afectada. Si hace falta se puede pedir la colaboración de la policía local, que será informada sobre los objetivos de las distribuciones de alimentos. Una planificación cuidadosa de la disposición del centro de distribución contribuirá a facilitar el control de los flujos de personas y a reducir los riesgos de seguridad. Deben aplicarse medidas específicas para prevenir, supervisar y luchar contra la violencia de género, incluida la explotación sexual relacionada con la distribución de alimentos. Estas medidas comprenden separar a hombres y mujeres, por ejemplo, mediante una barrera física o proponiendo horarios de distribución distintos, informar a todos los equipos de distribución de alimentos sobre la conducta apropiada y las penas por abuso sexual, e incluir a mujeres “guardias” para supervisar la descarga, el registro, la distribución y el control posterior de la distribución de alimentos (véanse también la nota de orientación 5 y el principio de protección 2, página 40).

7. ***Difusión de la información:*** se debe informar a los destinatarios de lo siguiente:

   - la cantidad y el tipo de raciones que se van a distribuir y las razones que justifican alguna diferencia con respecto al plan (si la hubiera); la información sobre las raciones debe exponerse de forma bien visible en los puntos de distribución, mediante una presentación accesible para las personas que no saben leer o con dificultades de comunicación (por ejemplo, escrita en el idioma local, o representada por medio de dibujos o expuesta verbalmente) a fin de que las personas sepan a qué tienen derecho;
   - el plan de distribución (día, hora, lugar, frecuencia) y los cambios de plan (si los hubiera);
   - la calidad nutricional de los alimentos y, si es necesario, la atención especial que los beneficiarios deben prestar para proteger su valor nutricional;

- los requisitos para la manipulación y el uso seguros de los alimentos;
- la información específica para el uso óptimo de los alimentos destinados a niños (véanse las normas 1 y 2 sobre alimentación del lactante y del niño pequeño, páginas 180-181);
- el modo en que los destinatarios pueden obtener más información sobre el programa y el procedimiento de presentación de quejas.
  (Véase la norma esencial 1, notas de orientación 4–6, página 62.)

8. ***Cambios en el programa:*** los cambios en la canasta de alimentos o en las cantidades de las raciones causados por la insuficiente disponibilidad de alimentos deben examinarse con los beneficiarios, por medio de comités de distribución, dirigentes comunitarios y organizaciones representativas. Es necesario decidir conjuntamente la forma de proceder antes de efectuar la distribución. El comité de distribución debe informar a las personas sobre los cambios y sus motivos, y sobre cuándo se reanudará la distribución de raciones normales. Pueden considerarse las opciones siguientes:
   - reducir las raciones a todos los beneficiarios (una proporción igual de los productos disponibles o una canasta de alimentos reducida);
   - entregar una ración "completa" a las personas vulnerables y una ración "reducida" a la población general.
   - como último recurso, aplazar la distribución.

   Si no es posible efectuar la distribución de la ración prevista, la diferencia no se compensará necesariamente en la siguiente distribución (es decir que el suministro retroactivo puede resultar inadecuado).

9. ***Seguimiento y evaluación:*** esta labor se debe realizar a todos los niveles de la cadena de suministro hasta el punto de consumo (véase la norma esencial 5, página 76). En los puntos de distribución se verificará que se han adoptado las medidas oportunas para la distribución antes de su inicio (por ejemplo, registro, seguridad, difusión de la información). Se pesarán de forma aleatoria las raciones que se entregan a las familias para comprobar la precisión y equidad de la gestión de la distribución, y se harán entrevistas a los beneficiarios. Es conveniente realizar visitas aleatorias a los hogares, lo que permitirá determinar la aceptabilidad y utilidad de la ración, y también averiguar si hay personas que reúnen los criterios de selección pero no reciben alimentos. Con estas visitas se puede determinar también si los hogares están recibiendo otros alimentos, de dónde proceden, quién los utiliza y para qué (por ejemplo, si son resultado de apropiaciones, reclutamientos o explotación sexual o de otro tipo). En el marco del seguimiento se debe analizar las repercusiones de las distribuciones de alimentos en la seguridad de los beneficiarios, así como los efectos más amplios en el ciclo agrícola, las actividades agrícolas, las condiciones del mercado y la disponibilidad de insumos agrícolas.

Norma 6 sobre seguridad alimentaria – distribuciones de alimentos: uso de los alimentos

Los alimentos se almacenan, preparan y consumen de un modo seguro y apropiado, tanto en el ámbito del hogar como en el de la comunidad.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Proteger a los beneficiarios de la manipulación o preparación inadecuada de los alimentos (véase la nota de orientación 1).
- Difundir la información pertinente sobre la importancia de la higiene de los alimentos para los destinatarios y promover un buen conocimiento de las prácticas de higiene en la manipulación de los alimentos (véanse las notas de orientación 1-2).
- Cuando se distribuyan alimentos cocinados, capacitar al personal en almacenamiento seguro y manipulación de alimentos, preparación de los alimentos y los posibles peligros para la salud que causan las prácticas inadecuadas (véase la nota de orientación 1).
- Consultar (y asesorar cuando sea necesario) a los beneficiarios sobre el almacenamiento, preparación, cocción y consumo de los alimentos distribuidos y los efectos del suministro previsto en las personas vulnerables, y responder a las cuestiones que se planteen (véanse las nota de orientación 1 y 2).
- Velar por que todas las familias tengan acceso a utensilios de cocina, combustible, agua potable y material para la higiene (véanse las notas de orientación 1–4).
- Para las personas que no pueden preparar los alimentos o no son capaces de comer por sí solas, asegurar el acceso a cuidadores que les preparen comidas apropiadas y les den de comer cuando sea necesario (véase la nota de orientación 5).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- No hay peligros para la salud que puedan atribuirse a los alimentos distribuidos.
- Aumenta la concienciación de los beneficiarios sobre una buena higiene de los alimentos (véanse las notas de orientación 1–2).

- Se imparte capacitación al personal correspondiente en materia de manipulación de alimentos y peligros derivados de prácticas inadecuadas (véase la nota de orientación 1).
- Las familias tienen pleno acceso a material y equipo adecuado y seguro para la preparación de alimentos (véanse las notas de orientación 3–4).
- Todas las personas con necesidades especiales de asistencia cuentan con la presencia de cuidadores (véase la nota de orientación 5).

Notas de orientación

1. ***Higiene de los alimentos:*** los desastres pueden interrumpir las prácticas de higiene normales de las personas. Puede ser necesario promover la higiene de los alimentos y prestar apoyo activo a la aplicación de medidas compatibles con las condiciones locales y las características de las enfermedades, por ejemplo, recalcando la importancia de lavarse las manos antes de manipular alimentos, evitando la contaminación del agua y adoptando medidas de protección contra animales e insectos nocivos. Se debe informar a los destinatarios de los alimentos sobre cómo almacenar los alimentos en el hogar de forma segura. Asimismo, es necesario informar a los cuidadores sobre el uso óptimo de los recursos del hogar para la alimentación de los niños y métodos seguros de preparación de alimentos (véanse las normas 1 y 2 sobre promoción de la higiene, páginas 103-106). Cuando se instalan cocinas comunitarias para brindar comidas calientes a la población afectada por el desastre, hay que prestar especial atención al elegir el emplazamiento y tener en cuenta las condiciones de accesibilidad, seguridad e higiene del lugar, la disponibilidad de agua para cocinar y beber, y lugar para comer.
2. ***Fuentes de información:*** se requieren mecanismos para compartir la información y recopilar los comentarios de los beneficiarios, en particular las mujeres (véase la norma esencial 1, notas de orientación 2 y 6). Las escuelas y los espacios de aprendizaje seguros pueden considerarse lugares adecuados para la difusión de las instrucciones sobre alimentos. Pueden ser necesarios diagramas o presentaciones accesibles para personas con diferentes necesidades de comunicación (véase la norma esencial 1, nota de orientación 4, página 62).
3. ***Combustible, agua potable y enseres domésticos:*** cuando sea necesario, debe suministrarse el combustible apropiado o establecerse un programa de forestación o de recolección de leña, que será supervisado a fin de velar por la seguridad de mujeres y niños, que son los principales encargados de recoger leña (para cocinas y para combustible, véase la norma 4 sobre artículos no alimentarios, página 314). Para las cuestiones relativas al acceso al agua, las cantidades y la calidad necesarias y las

instalaciones de abastecimiento de agua, véanse las normas 1-3 sobre abastecimiento de agua, páginas 109-116. Para las cuestiones relativas a utensilios de cocina, cubiertos y recipientes de agua, véase la norma 3 sobre artículos no alimentarios, página 313.

4. ***Acceso a instalaciones de elaboración de alimentos:*** este tipo de instalaciones, tales como molinos de cereales, permiten que las personas preparen los alimentos según sus preferencias y ahorren tiempo que podrán dedicar a otras actividades productivas. La elaboración de alimentos en el hogar, como la molienda, puede reducir el tiempo y la cantidad de agua y combustible necesarios para cocinar (véase la norma 2 sobre seguridad alimentaria - distribuciones de alimentos, nota de orientación 2, página 211).

5. ***Necesidades específicas:*** las personas que pueden necesitar ayuda para comer son los niños pequeños, las personas de edad, las personas con discapacidad y las personas que viven con el VIH (véanse la norma 2 sobre alimentación del lactante y del niño pequeño, página 181, y la norma 1 sobre seguridad alimentaria – distribuciones de alimentos, notas de orientación 5–7, página 209). Es posible que se necesiten programas de extensión o de apoyo y seguimiento adicionales para ayudar a personas con capacidad reducida a dar de comer a familiares a su cargo (por ejemplo, los padres que padecen una enfermedad mental).

4.2. Seguridad alimentaria – entregas de dinero en efectivo y de cupones

Las entregas de dinero en efectivo y de cupones representan dos formas de asistencia: las entregas de efectivo proporcionan a las personas dinero, mientras que las distribuciones de cupones consisten en la entrega de vales para adquirir una determinada cantidad de un producto específico, por ejemplo, alimentos (cupones para alimentos basados en productos básicos) o por un determinado valor monetario (cupones basados en el valor). Si bien sus objetivos o diseño pueden ser diferentes, en las entregas de dinero en efectivo y de cupones se utiliza un enfoque similar basado en el mercado, por el cual se da poder adquisitivo a los beneficiarios.

Las entregas de dinero en efectivo y de cupones se utilizan para satisfacer las necesidades alimentarias y no alimentarias básicas o para adquirir bienes que permitan a las personas reanudar la actividad económica. Las donaciones en efectivo no condicionadas (no selectivas o “universales”) no tienen condiciones sobre la manera en que se utilizará el dinero, pero si se han determinado necesidades básicas durante la evaluación preliminar, se prevé que el dinero se utilice para cubrir esas necesidades. Si se ha estimado necesario el apoyo a

medios de subsistencia o actividades productivas, el dinero distribuido se tendría que utilizar para los fines previstos. Las donaciones en efectivo no condicionadas pueden ser adecuadas al comienzo de una situación de emergencia. La condición en las donaciones en efectivo condicionadas es que el beneficiario utilice el dinero para fines específicos (por ejemplo, reconstruir casas, proporcionar trabajo, establecer o restablecer un medio de subsistencia y/o asistir a servicios de salud). Los cupones dan acceso a diversos productos básicos predeterminados (por ejemplo, alimentos, ganado, semillas y aperos) o servicios (por ejemplo, molinos de grano, transporte, acceso al mercado o a puestos, préstamos bancarios). Pueden tener un valor en efectivo o en productos básicos y se utilizarán en tiendas preseleccionadas, con proveedores de servicios o comerciantes específicos o en ferias. Los programas de cupones para alimentos deberán atenerse a las normas para el sector de que se trate; por ejemplo, los programas de cupones para alimentos se remitirán a las normas 1-3 y 6 sobre seguridad alimentaria – distribuciones de alimentos, páginas 205-226

Para elegir las entregas o distribuciones adecuadas (de alimentos, dinero en efectivo o cupones) es necesario realizar un análisis específico de cada contexto que abarque la eficacia en función de los costos, las repercusiones en el mercado secundario, la flexibilidad de la entrega, la selección de beneficiarios y los riesgos de inseguridad y corrupción.

Norma 1 sobre seguridad alimentaria – entregas de dinero en efectivo y de cupones: acceso a bienes y servicios disponibles

Se considera que el dinero en efectivo y los cupones son formas de satisfacer las necesidades básicas y proteger y restablecer los medios de subsistencia.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Consultar a los beneficiarios, los representantes de la comunidad y otras partes interesadas importantes y hacerlos participar en la evaluación preliminar, el diseño, la ejecución, el seguimiento y la evaluación (véanse las notas de orientación 1, 3, 6-7 y las normas esenciales 1-3, páginas 60-67).
- Evaluar y analizar si las personas pueden adquirir lo que necesitan en los mercados locales a precios competitivos en comparación con las transferencias alternativas, y analizar la cadena de comercialización (véase la nota de orientación 2).

- Optar por dinero en efectivo o cupones o por una combinación de ambos según el mecanismo de entrega más adecuado y los beneficios probables para la población afectada por el desastre y para la economía local (véanse las notas de orientación 1-3, 5-6).
- Tomar medidas para reducir los riesgos de desvío ilícito, inseguridad, inflación, uso perjudicial y las repercusiones negativas en los grupos desfavorecidos. Se tiene que prestar especial atención a los sistemas de selección de los beneficiarios (véanse las notas de orientación 4 y 7).
- Efectuar un seguimiento para evaluar si el dinero en efectivo y/o los cupones siguen siendo el método de distribución más adecuado o si hay que hacer ajustes (véase la nota de orientación 8).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Se atienden todas o algunas de las necesidades básicas de alimentos y otras necesidades en materia de medios de subsistencia de todas las poblaciones beneficiarias (por ejemplo, bienes productivos, salud, educación, transporte, alojamiento), adquiriendo esos bienes o servicios en los mercados locales (véanse las notas de orientación 1-2 y 8).
- El dinero en efectivo y/o los cupones son la forma de distribución que prefieren todas las poblaciones beneficiarias, en especial las mujeres y otras personas vulnerables (véanse las notas de orientación 3-8).
- Las transferencias no originan gastos antisociales (véanse las notas de orientación 4 y 8).
- Las entregas no generan inseguridad (véanse las notas de orientación 3-4 y 8).
- Se refuerza la economía local para recuperarse del desastre (véanse las notas de orientación 1-2 y 8).

Notas de orientación

1. ***Las entregas de dienro en efectivo y de cupones son una herramienta:*** el dinero en efectivo y los cupones son mecanismos para alcanzar las metas deseadas, y no respuestas en sí mismas. En una evaluación comparativa pormenorizada se debe indicar si el dinero y/o los cupones son o no adecuados y si deben utilizarse solos o en combinación con otras respuestas, como el apoyo en especie. Las entregas de dinero en efectivo y de cupones pueden utilizarse en las distintas etapas de un desastre. La respuesta está determinada no sólo por la eficiencia y eficacia previstas en la atención de las necesidades básicas de los beneficiarios o en el restablecimiento de los medios de subsistencia, sino también por un menor nivel

previsto de riesgos conexos. El dinero en efectivo y los cupones pueden ofrecer más opciones y flexibilidad que las respuestas en especie y pueden conferir una mayor dignidad a los beneficiarios. Además, estas opciones también pueden tener efectos multiplicadores positivos en las economías locales, que deben tenerse en cuenta durante las evaluaciones preliminares. El dinero en efectivo y los cupones pueden utilizarse como sigue:

- donaciones en efectivo: entrega condicionada o no condicionada de dinero en efectivo, en una o varias cuotas, para atender una serie de necesidades;
- cupones para productos o que tienen un valor nominal: distribución de cupones en papel o por vía electrónica que se canjean por bienes específicos o por una serie de bienes, según el valor del cupón;
- dinero por trabajo: entrega de dinero en efectivo como remuneración por participar en actividades específicas (que requieren generalmente trabajo físico).

Las partes interesadas locales, por ejemplo gobiernos, autoridades locales, estructuras y representantes comunitarios, cooperativas, asociaciones, grupos locales y beneficiarios deben participar en la planificación, ejecución y seguimiento, lo que ayudará a garantizar la pertinencia y la sostenibilidad. Se debe planificar una estrategia de salida con las partes interesadas importantes a partir de la etapa de diseño.

2. ***Repercusiones en las economías locales y los sistemas de mercado:*** en la evaluación del mercado es necesario analizar la situación antes y después del desastre, así como la competitividad e integración del mercado para responder a las necesidades del momento. El análisis también debe reflejar las funciones de los diferentes agentes del mercado, la disponibilidad y el precio de los productos básicos (activos de medios de vida, materiales para construir viviendas, alimentos y otros, según los objetivos), la estacionalidad y el acceso físico, social y económico de los distintos grupos de personas vulnerables. El dinero en efectivo y los cupones pueden ser útiles cuando los mercados están en funcionamiento y son accesibles y cuando los alimentos y otros elementos básicos están disponibles en las cantidades necesarias y a precios razonables. Estas transferencias pueden estimular la economía local hasta que ésta alcance una recuperación más rápida y sostenible. Las respuestas en el mercado pueden promover las adquisiciones a nivel local y el mejor aprovechamiento de las capacidades de los agentes del mercado existentes. El uso de dinero en efectivo y cupones para alimentos en contextos inadecuados puede distorsionar los mercados y tener efectos negativos, como la inflación. El seguimiento de los mercados es esencial para entender las repercusiones que pueden tener el dinero en efectivo y los cupones para alimentos en las personas y las economías locales.

3. ***Mecanismos de entrega de dinero en efectivo y cupones:*** el efectivo y los cupones pueden entregarse a través de oficinas de correos, agencias de envíos de remesas, empresas locales de transferencias de fondos, comerciantes, tiendas y bancos locales. Se puede hacer la entrega física o mediante tecnologías tales como la banca móvil o redes de telefonía móvil. Los bancos suelen ser eficientes y eficaces, pero menos accesibles para las personas vulnerables; si hay bancos accesibles, quizá a través de servicios bancarios móviles, pueden ser una opción más segura. Para elegir el mecanismo de entrega, es necesario evaluar las opciones y consultar con los beneficiarios. Se deben tener en cuenta los gastos para los beneficiarios (gastos bancarios, tiempo y gastos de viaje, tiempo en los puntos de recolección), los gastos para la organización (cargos y costos de establecimiento del proveedor, horas de personal invertidas en el establecimiento y la administración, y transporte, seguridad, educación e instrucción de los beneficiarios), la eficiencia y eficacia (fiabilidad, capacidad de resistencia, responsabilidad, transparencia, seguimiento, flexibilidad, control financiero, seguridad financiera y acceso para las personas vulnerables). Aunque una modalidad parezca costosa, podría ser el mecanismo de entrega más adecuado.

4. ***Consideración de los riesgos:*** entre las preocupaciones comunes sobre los riesgos de las entregas de dinero en efectivo y de cupones figuran el temor de que el efectivo y los cupones contribuyan a aumentar la inflación (y a reducir el poder adquisitivo de las personas afectadas por el desastre y otras personas), el uso de estos instrumentos con fines antisociales (por ejemplo, el alcoholismo o el tabaquismo) y el acceso diferencial al efectivo para mujeres y hombres en comparación con el acceso a recursos en especie. También preocupan el transporte del efectivo, que podría crear riesgos para la seguridad del personal encargado de esa tarea y de la población afectada (véase el principio de protección 1, página 37) y el atractivo del dinero en efectivo, que podría dificultar la selección de los beneficiarios y aumentar los riesgos de desvío o confiscación de los fondos por grupos armados. Sin embargo, las distribuciones en especie también entrañan riesgos (véanse las normas 4 y 5 sobre seguridad alimentaria – distribuciones de alimentos, páginas 215-220). Los riesgos en el caso del dinero y los cupones pueden minimizarse mediante el diseño acertado, el análisis minucioso de los riesgos y la buena gestión. Las decisiones deben adoptarse mediante consultas basadas en pruebas: los temores infundados no deben influir en la planificación de los programas.

5. ***Fijación del valor de la entrega de dinero en efectivo o de cupones:*** este valor se determina según el contexto. Los cálculos deben realizarse en coordinación con otros organismos y basarse en las prioridades y necesidades de la población afectada por el desastre; los precios de los bienes importantes que se prevé comprar en los mercados locales; otra asistencia que

se ha prestado y/o se prestará; los gastos conexos adicionales (por ejemplo, la asistencia para viajes a personas con movilidad reducida); el método, el monto y la frecuencia de los pagos, y la oportunidad de los pagos en relación con la estacionalidad; y los objetivos del programa y la transferencia (por ejemplo, satisfacer las necesidades alimentarias sobre la base de la canasta de alimentos u ofrecer empleo sobre la base de la tasa de trabajo diaria). Las fluctuaciones de los precios pueden reducir la eficacia de las entregas de dinero en efectivo y los cupones. La flexibilidad del presupuesto es fundamental para ajustar el valor de la entrega o agregar un componente de producto basándose en el seguimiento del mercado.

6. ***Elección del tipo de entrega de dinero en efectivo o de cupones:*** el tipo adecuado de entrega depende de los objetivos del programa y del contexto local. Quizá convenga combinar enfoques e incluir la asistencia en especie y variaciones estacionales. Las organizaciones deben determinar mediante consultas documentadas cuáles son las formas de entrega o de distribución que las poblaciones afectadas por el desastre consideran más adecuadas (véase la norma 2 sobre seguridad alimentaria –medios de subsistencia, página 239).

7. ***Selección de los beneficiarios en los programas de entrega de dinero en efectivo y de cupones:*** con los servicios y los bienes en especie se pueden encontrar dificultades similares, pero debido al atractivo del dinero en efectivo y de los cupones, es preciso prestar especial atención para reducir al mínimo los errores debidos a la exclusión o la inclusión. Se puede llegar a las personas a través de la selección directa (familias o población afectada por el desastre) o indirecta (mediante los proveedores de servicios o comerciantes locales). Debido a las condiciones de inseguridad, puede ser necesario adoptar un enfoque de selección indirecta (véase el principio de protección 1, página 37). El género afecta a las decisiones relativas al miembro del hogar registrado para recibir el dinero en efectivo o los cupones, así como las entregas en especie (véase la norma 5 sobre seguridad alimentaria – distribuciones de alimentos, página 220). La coordinación con las partes interesadas, incluidos los programas gubernamentales de bienestar y protección social que ofrecen entregas de dinero en efectivo, es esencial para la selección de los beneficiarios (al igual que para lasentregas en especie).

8. ***Seguimiento de las entregas de dinero en efectivo y de cupones:*** es necesario obtener datos de referencia y efectuar el seguimiento antes, durante y después de los programas de entrega, teniendo en cuenta las repercusiones directas e indirectas del dinero en efectivo y los cupones en el mercado. Los cambios en la respuesta deben responder a los cambios de las circunstancias y la situación del mercado. El seguimiento ha de incluir los

precios de los bienes importantes, los efectos multiplicadores en las economías locales y las fluctuaciones de los precios. Entre las preguntas clave cabe destacar las siguientes: ¿qué están adquiriendo las personas con el efectivo y los cupones entregados? ¿Pueden recibir y gastar el efectivo de manera segura? ¿Se están desviando el efectivo y los cupones? ¿Influyen las mujeres en la forma en que se utilizan el efectivo o los cupones (véase la norma esencial 5, página 76)?

4.3. Seguridad alimentaria – medios de subsistencia

La capacidad de recuperación de los medios de subsistencia de las personas y su vulnerabilidad frente a la inseguridad alimentaria dependen en buena parte de los recursos (o bienes) que tienen a su alcance y de la medida en que éstos se han visto afectados por el desastre. Entre esos recursos figuran el capital financiero (dinero en efectivo, crédito o ahorros), así como el capital físico (viviendas, maquinaria), natural (tierra, agua), humano (mano de obra, destrezas), social (redes, normas) y político (influencia, políticas). Para los productores de alimentos es esencial tener acceso a tierras que puedan sostener la producción y contar con los medios para seguir cultivándolas. Para quienes necesitan ingresos a fin de adquirir alimentos es esencial tener acceso a empleos, mercados y servicios. Para las personas afectadas por los desastres serán prioritarios la preservación, la recuperación y el desarrollo de los recursos necesarios para su seguridad alimentaria y sus medios de vida futuros.

La inestabilidad política prolongada, la inseguridad y la amenaza de conflicto pueden restringir significativamente las actividades encaminadas a obtener medios de subsistencia y el acceso a los mercados. Es posible que los hogares tengan que abandonar sus parcelas y pierdan bienes, ya sea porque los dejan al huir o porque las partes beligerantes los destruyen o se apropian de ellos.

Las tres normas se relacionan con la producción primaria, la generación de ingresos y el empleo, y el acceso a los mercados, incluidos los bienes y servicios.

Norma 1 sobre seguridad alimentaria – medios de subsistencia: producción primaria

Se protegen y se refuerzan los mecanismos de producción primaria.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Fundar las respuestas destinadas a reforzar la producción primaria en la evaluación de los medios de subsistencia, el análisis del contexto y el conocimiento cabal de la viabilidad de los sistemas de producción, incluido el acceso a los insumos, servicios y demanda del mercado necesarios y su disponibilidad (véase la nota de orientación 1).
- Incorporar nuevas tecnologías únicamente en el caso en que los productores de alimentos y los consumidores locales entiendan y acepten las consecuencias de estas tecnologías para los sistemas de producción, las prácticas culturales y el entorno natural locales (véase la nota de orientación 2).
- Suministrar insumos de producción o dinero en efectivo para adquirir una serie de insumos a fin de otorgar flexibilidad a los productores en la elaboración de estrategias y la gestión de su producción, así como en la reducción del riesgo (véase la nota de orientación 3).
- Entregar a tiempo los insumos y asegurarse de que sean aceptables a nivel local y se ajusten a las normas de calidad correspondientes (véanse las notas de orientación 4-5).
- Incorporar los insumos y servicios con precaución para no aumentar la vulnerabilidad ni los riesgos, por ejemplo, incrementando la competencia para conseguir recursos naturales escasos o causando daños en las redes sociales existentes (véase la nota de orientación 6).
- Capacitar a los productores de alimentos en mejores prácticas de gestión siempre que sea posible y adecuado (véanse las notas de orientación 1- 2, 5-6).
- Adquirir insumos y servicios a nivel local siempre que sea posible, a menos que ello perjudique a los productores, mercados o consumidores locales (véase la nota de orientación 7).
- Realizar un seguimiento periódico para verificar que los beneficiarios utilizan adecuadamente los insumos de producción (véase la nota de orientación 8).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Todos los hogares cuyas necesidades han sido evaluadas tienen acceso a los insumos necesarios para proteger y retomar la producción agrícola en los niveles anteriores al desastre, cuando se justifique, y conforme al calendario agrícola (véanse las notas de orientación 1-6).
- Todos los hogares beneficiarios reciben efectivo o cupones para alimentos, cuando se considere (o evalúe) que esas alternativas son viables desde el punto de vista operativo, al valor del mercado de los insumos necesarios, lo que ofrece a los hogares otras opciones en cuanto a medios de subsistencia (véanse las notas de orientación 3, 5 y 7).

Notas de orientación

1. ***Viabilidad de la producción primaria:*** para ser viables, las estrategias de producción de alimentos deben tener posibilidades razonables de elaborarse de manera adecuada y ser fructíferas (véanse las Directrices y normas de emergencia para el sector ganadero (LEGS) en Referencias y lecturas complementarias). En ello pueden influir los factores siguientes:

   - el acceso a recursos naturales suficientes (tierras agrícolas, pastizales, forrajes, agua, ríos, lagos, aguas litorales, etc.). No debe ponerse en peligro el equilibrio ecológico, por ejemplo, mediante la explotación excesiva de tierras marginales, la pesca excesiva o la contaminación del agua, especialmente en zonas periurbanas;
   - los distintos niveles de destrezas y capacidades, que pueden ser limitados si las poblaciones se ven afectadas por enfermedades o si algunos grupos no tienen acceso a educación y capacitación;
   - la disponibilidad de mano de obra en relación con los modelos existentes de producción y el calendario de las principales actividades agrícolas y de acuicultura, y
   - la disponibilidad y el acceso a los insumos necesarios para la producción agrícola y de acuicultura.

   Es posible que el nivel de producción previo al desastre no haya sido bueno y tratar de volver a él puede contradecir el principio de “no causar daños” (véase el principio de protección 1, página 37).

2. ***Desarrollo tecnológico:*** entre las “nuevas” tecnologías se pueden figurar mejores variedades de cultivos, especies de ganado o poblaciones de peces, nuevos aperos, fertilizantes o prácticas de gestión innovadoras. En la medida de lo posible, las actividades de producción de alimentos deben basarse en los modelos existentes o fortalecerlos o vincularse a los planes nacionales de desarrollo. Las nuevas tecnologías sólo se incorporarán tras un desastre si ya se han puesto a prueba en la zona, y si se ha comprobado que son aceptables para los beneficiarios y se adaptan a sus necesi-

dades. Una vez incorporadas, esas tecnologías deben ir acompañadas de las correspondientes consultas con los miembros de la comunidad, el suministro de información, capacitación y otras medidas pertinentes de apoyo. Siempre que sea posible, esas actividades se coordinarán con el personal de extensión agraria privado y público y los proveedores de insumos para asegurar el apoyo continuo y la accesibilidad a la tecnología en el futuro y, esencialmente, la viabilidad comercial.

3. ***Mejora de las opciones:*** entre las respuestas que más opciones ofrecen a los productores cabe mencionar el dinero en efectivo o el crédito, en lugar de insumos de producción (o como complemento de éstos) y ferias de semillas y ganado en las que se utilizan cupones que proporcionan a los productores agropecuarios la oportunidad de seleccionar las especies y variedades de semillas o ganado de su elección. En el apoyo a la producción deben evaluarse las posibles consecuencias para la nutrición, incluido el acceso a alimentos ricos en nutrientes, a través de la producción propia o del dinero en efectivo generado por esa producción. Para los ganaderos, la provisión de forraje para sus animales durante las sequías puede conllevar un beneficio más directo para la nutrición de las personas que la distribución de alimentos. La viabilidad de las entregas de dinero en efectivo a los hogares para que tengan acceso a insumos de producción debe basarse en la disponibilidad de bienes a nivel local, el acceso a los mercados y la disponibilidad de un mecanismo de transferencia seguro y asequible.

4. ***Puntualidad y aceptabilidad:*** los insumos de producción incluyen, por ejemplo, semillas, aperos, fertilizantes, ganado, equipos de pesca, implementos de caza, préstamos y mecanismos de crédito, información sobre los mercados y servicios de transporte. En vez de insumos en especie está la alternatiuva de proporcionar dinero en efectivo o cupones para que las personas puedan comprar los insumos que deseen. La provisión de insumos agrícolas y servicios veterinarios se debe programar, de tal manera que coincida con las temporadas agrícolas y de cría de animales correspondientes. Por ejemplo, el suministro de semillas y aperos debe efectuarse antes de la temporada de siembra y la reducción de cabezas de ganado durante las sequías debe llevarse a cabo antes de que se produzca una mortalidad excesiva, mientras que la reposición de ganado debería comenzar cuando su recuperación esté asegurada, por ejemplo después de las siguientes lluvias.

5. ***Semillas:*** se debe dar prioridad a las semillas de los cultivos y variedades que ya se están empleando a nivel local, de modo que los agricultores puedan utilizar su propio criterio para determinar la calidad. Los cultivos propuestos deben ser los que tengan mayor prioridad para la temporada siguiente. Las variedades específicas deben ser aprobadas por los agricultores y los expertos locales. Como mínimo, las semillas deben adaptarse a

la agroecología y a la condición propia de gestión de los agricultores, ser resistentes a las enfermedades y elegirse conforme a las hipótesis sobre futuros cambios climáticos, tales como inundaciones o sequías y el aumento del nivel del mar. Las semillas que no provengan de la región deben someterse a pruebas de calidad y hay que verificar que sean apropiadas para las condiciones locales. En toda respuesta relacionada con semillas, los agricultores deben tener acceso a una serie de cultivos y variedades de modo que ellos mismos puedan adoptar estrategias sobre lo más conveniente para su propio sistema de cultivo. Las semillas híbridas pueden ser adecuadas si los agricultores están familiarizados con ellas y poseen experiencia en su cultivo, y la única forma de determinarlo es consultar a la población. Cuando se distribuyan semillas de forma gratuita y los agricultores cultiven maíz, es posible que prefieran semillas híbridas a variedades locales porque a la hora de adquirirlas resultan más costosas. Antes de distribuir semillas híbridas es necesario cumplir las políticas que tiene el gobierno en la materia. No deben distribuirse semillas modificadas genéticamente salvo que hayan sido aprobadas por las autoridades locales. En esos casos, los agricultores deben saber que están recibiendo semillas modificadas genéticamente.

6. ***Repercusiones en los medios de subsistencia rurales:*** la producción primaria de alimentos puede no ser viable si hay escasez de recursos naturales vitales (y quizá tampoco sea viable a largo plazo si los recursos estaban disminuyendo antes del desastre) o si ciertos grupos de población no tienen acceso a ellos (por ejemplo, las personas sin tierras). Promover el tipo de producción que exige un acceso mayor (o distinto) a los recursos naturales disponibles en la zona puede agravar las tensiones en la población local, y a su vez restringir el acceso al agua y otros elementos esenciales. Se debe prestar especial atención a fin de que el suministro de recursos, sea en especie o en efectivo, no cree conflictos o aumente los riesgos de seguridad para los beneficiarios (véanse la norma 2 sobre seguridad alimentaria – medios de subsistencia, página 239 y la norma 1 sobre seguridad alimentaria – entregas de dinero en efectivo y de cupones, página 229). Además, el suministro gratuito de insumos puede alterar los mecanismos tradicionales de apoyo social y redistribución, dejando al sector privado fuera del negocio y poniendo en peligro el acceso futuro a insumos.

7. ***Compra de insumos a nivel local:*** los insumos y servicios para la producción de alimentos, como los servicios veterinarios y las semillas, deben obtenerse siempre que sea posible a través de los sistemas de suministro lícitos y verificables existentes a nivel local. Para apoyar al sector privado local, se deben utilizar mecanismos como dinero en efectivo y cupones para alimentos, lo que permite establecer un vínculo directo entre productores primarios y proveedores. Al diseñar esos sistemas para permitir la compra

a nivel local, es preciso tener en cuenta la disponibilidad de los insumos adecuados y la capacidad de los proveedores de aumentar la oferta, dado el riesgo de inflación (por ejemplo, aumento del precio de bienes escasos) y la calidad de los insumos. Sólo deben suministrarse directamente insumos importados cuando no haya alternativas locales viables.

8. ***Seguimiento del uso:*** se pueden evaluar los indicadores del proceso y de los resultados de la producción, elaboración y distribución de los alimentos, por ejemplo, superficie sembrada, cantidad de semillas sembradas por hectárea, rendimiento y descendencia del ganado. Es importante determinar la manera en que los productores utilizan los insumos (es decir, verificar que las semillas realmente se siembran y que los aperos, fertilizantes, redes y equipos de pesca se utilizan de la forma prevista) o en qué invierten el dinero destinado a insumos. También se debe examinar la calidad de los insumos en función de su rendimiento, su aceptabilidad y las preferencias de los productores. Para la evaluación, es importante considerar la incidencia que el proyecto tiene en los alimentos disponibles para los hogares, por ejemplo en cuanto a las existencias de alimentos en los hogares, la cantidad y calidad de los alimentos consumidos o la cantidad de alimentos comercializados o entregados de forma gratuita. Si el objetivo del proyecto es aumentar la producción de un tipo específico de alimento, como productos animales o pesqueros o legumbres ricas en proteínas, se deberá investigar el uso que las familias hacen de estos productos.

Norma 2 sobre seguridad alimentaria – medios de subsistencia: ingresos y empleo

Cuando la generación de ingresos y el empleo son estrategias viables en materia de medios de subsistencia, las mujeres y los hombres tienen igual acceso a oportunidades adecuadas de obtener ingresos.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Basar las decisiones relacionadas con las actividades de generación de ingresos en una evaluación de mercado y un análisis participativo adecuado de la capacidad de los hogares de tomar parte en las actividades (véanse las notas de orientación 1 y 2).
- Basar el tipo de remuneración (efectivo, cupones, alimentos o una combinación de los mismos) en un análisis bien concebido de las capacidades locales, las necesidades inmediatas, los sistemas de mercado y las preferencias de la población afectada por el desastre (véase la nota de orientación 3).

- Basar el nivel de remuneración en las necesidades, los objetivos para la recuperación de los medios de vida y las escalas salariales locales (véase la nota de orientación 4).
- Asegurarse de que existan procedimientos para ofrecer un entorno de trabajo seguro (véase la nota de orientación 5).
- Adoptar diversas medidas para evitar el desvío o la inseguridad cuando se trate de grandes sumas de dinero (véase la nota de orientación 6).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Todos los beneficiarios generan ingresos a través de sus actividades y contribuyen a satisfacer sus necesidades básicas y otras necesidades de medios de subsistencia.
- Las respuestas que proporcionan oportunidades de empleo lo hacen para hombres y mujeres por igual y no afectan negativamente al mercado local ni interfieren con las actividades normales de subsistencia (véase la nota de orientación 7).
- Los grupos de población saben y entienden que la remuneración es una contribución a la seguridad alimentaria de todos los miembros del hogar por igual (véase la nota de orientación 8).

Notas de orientación

1. ***Idoneidad de las iniciativas:*** un análisis de mercado es fundamental para justificar y definir las actividades. Se deben utilizar las herramientas existentes para entender los mercados y sistemas económicos (véase la sección relativa a los mercados en Referencias y lecturas complementarias). En el diseño del proyecto y la determinación de las actividades adecuadas deben utilizarse al máximo los recursos humanos locales. Para ciertos grupos (como mujeres embarazadas, personas con discapacidad o personas de edad) es necesario analizar alternativas dentro del grupo beneficiario. Cuando haya grandes números de personas desplazadas (refugiados o desplazados internos), se deben examinar las posibilidades de ofrecer empleo y conocimientos prácticos tanto a los desplazados como a quienes los acogen. Al elegir el lugar donde se llevará a cabo una actividad es preciso tener en cuenta la amenaza de ataques, los riesgos para la seguridad (como zonas minadas) y otras zonas inadecuadas desde el punto de vista ambiental (por ejemplo, tierras que estén contaminadas, sean propensas a deslizamientos o inundaciones, o sean demasiado escarpadas) (véanse los principios de protección 1-3, páginas 37-42).
2. ***Transferencias de ingresos a hogares con capacidad de participación limitada:*** si bien muchos hogares pueden aprovechar las actividades de

empleo y de generación de ingresos que se les ofrecen, para otros, a causa del desastre, puede resultar imposible beneficiarse de esas oportunidades o el período para recibir la compensación correspondiente puede ser demasiado largo. Para esos hogares, es necesario contemplar diversas medidas de protección, como entregas de dienro en efectivo y/o distribuciones de alimentos no condicionadas, con un plan para establecer vínculos con los sistemas existentes de protección social o promover nuevas medidas de protección en caso necesario.

3. ***Tipo de remuneración:*** la remuneración puede ser en efectivo o en forma de alimentos, o una combinación de ambas modalidades, y debe permitir que las familias afectadas por la inseguridad alimentaria satisfagan sus necesidades. En vez de pagos por trabajos comunitarios, se pueden ofrecer incentivos para ayudar a las personas a emprender tareas que les aporten beneficios directos. Deben analizarse las necesidades de compra de las personas, así como las repercusiones de suministrarles dinero o alimentos para atender a otras necesidades básicas (como escuela, acceso a servicios sanitarios y obligaciones sociales). El tipo y el nivel de remuneración se decidirá caso por caso, teniendo en cuenta los factores mencionados, la disponibilidad de dinero en efectivo y alimentos y las repercusiones posibles en los mercados locales de trabajo.

4. ***Pagos:*** no existen directrices universalmente aceptadas para determinar los niveles de remuneración, pero cuando la remuneración se paga en especie y se provee como transferencia de ingresos, se debe considerar el valor de reventa (por ejemplo, de los alimentos) en el mercado local. Las ganancias netas en ingresos para las personas por la participación en las actividades del programa deben ser mayores que si hubieran empleado el tiempo en otras actividades. Este criterio se aplica a las modalidades de alimentos por trabajo, dinero por trabajo y también a los créditos, los emprendimientos comerciales, etc. Las oportunidades de generar ingresos deben aumentar la gama de fuentes de ingresos y no sustituir las fuentes existentes. La remuneración no debe tener un impacto negativo en los mercados locales de trabajo, lo que ocurriría, por ejemplo, si generara inflación en los salarios, si desviara la mano de obra de otras actividades o si pusiera en peligro los servicios públicos esenciales.

5. ***Riesgos en el entorno de trabajo:*** se debe evitar que se cree un entorno laboral de alto riesgo mediante la aplicación de procedimientos prácticos para minimizar los riesgos o para tratar las lesiones; por ejemplo, sesiones de información, ropa de protección y botiquines de primeros auxilios, cuando sea necesario. En este tema se debe incluir las medidas para reducir al mínimo el riesgo de exposición al VIH. Entre las prácticas para aumentar la seguridad en el trayecto figuran las siguientes: lograr un acceso seguro a las rutas que se utilizan para ir a trabajar, asegurarse de que estén bien

iluminadas y suministrar linternas, utilizar sistemas de alerta temprana (en los que puede recurrirse a timbres, silbatos, radios y otros dispositivos) y aplicar normas de seguridad, como viajar en grupos o evitar viajar de noche. Debe prestarse especial atención a las mujeres, niñas y otros grupos que corran riesgo de sufrir una agresión sexual. Es preciso asegurarse de que todos los participantes conozcan los procedimientos de emergencia y tengan acceso a los sistemas de alerta temprana (véanse los principios de protección 1 y 3, páginas 37-42).

6. ***Riesgo de inseguridad y de desvío de fondos:*** distribuir recursos en forma de alimentos o dinero por trabajo (por ejemplo, préstamos o pagos por trabajo realizado) conlleva problemas de seguridad tanto para el personal del programa como para los beneficiarios (véase la norma 5 sobre seguridad alimentaria – distribuciones de alimentos, nota de orientación 6, página 224, y la norma 1 sobre seguridad alimentaria – entregas de dinero en efectivo y de cupones, nota de orientación 4, página 232).

7. ***Responsabilidades de prestación de cuidados y medios de subsistencia:*** la participación en la generación de ingresos no debe redundar en detrimento del cuidado de los niños ni de otras responsabilidades similares ya que ello podría aumentar el riesgo de desnutrición y otros riesgos para la salud. Puede ser necesario que en los programas se tenga en cuenta la posibilidad de emplear a cuidadores o de ofrecer servicios de atención. Quizá no sea conveniente aumentar el volumen de trabajo de las personas, especialmente de las mujeres. Los programas no deben dificultar el acceso a otras oportunidades, como empleo o educación, ni desviar los recursos de los hogares de actividades productivas existentes. La participación en la generación de ingresos debe respetar las leyes nacionales relativas a la edad mínima de admisión al trabajo, que no suele ser inferior a la edad en que termina la obligatoriedad de la escolarización.

8. ***Uso de la remuneración:*** la remuneración es justa cuando los ingresos generados constituyen una proporción importante de los recursos necesarios para la seguridad alimentaria. Es preciso entender la administración familiar de las entregas de dinero en efectivo o las distribuciones de alimentos (incluidos la distribución dentro del hogar y los usos finales), puesto que la manera en que éstas se realizan puede agravar o mitigar tensiones ya existentes y afectar de diferente forma la seguridad alimentaria de los integrantes del hogar. Las respuestas que generan ingresos y empleo suelen tener objetivos múltiples de seguridad alimentaria, incluidos los recursos de la comunidad que afectan a la seguridad alimentaria. Por ejemplo, reparar caminos puede mejorar el acceso a los mercados y a los servicios sanitarios, mientras que reparar o construir sistemas de captación de agua e irrigación pueden aumentar la productividad.

Norma 3 sobre seguridad alimentaria – medios de subsistencia: acceso a los mercados

Se protege y promueve el acceso seguro de la población afectada por el desastre a los bienes y servicios del mercado en calidad de productores, consumidores y comerciantes.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Proteger y reforzar el acceso de los productores, consumidores y comerciantes a mercados en funcionamiento accesibles (véase la nota de orientación 1).
- Basar las respuestas en materia de seguridad alimentaria y medios de subsistencia en la comprensión cabal del funcionamiento o la perturbación de los mercados locales, así como en sus posibilidades de fortalecimiento (véase la nota de orientación 2).
- Emprender la promoción de mejoras y cambios de política sobre la base de un análisis de mercado efectuado antes de cada respuesta (véase la nota de orientación 3).
- Adoptar medidas para promover y apoyar el acceso a los mercados de las personas vulnerables (véase la nota de orientación 4).
- Controlar los efectos negativos de las respuestas, incluidas las adquisiciones y la distribución de alimentos, en los mercados locales (véase la nota de orientación 5).
- Minimizar las consecuencias negativas para los mercados de las fluctuaciones estacionales extremas de los precios u otras fluctuaciones anormales (véase la nota de orientación 6).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Las respuestas están diseñadas para reforzar la recuperación de los mercados, sea a través de la respuesta directa o mediante la promoción de los comerciantes locales con programas de entrega de dinero en efectivo y/o de cupones.
- Todos los grupos de población beneficiarios tienen acceso seguro y completo a bienes, servicios y sistemas del mercado durante toda la duración del programa.

Notas de orientación

1. ***Oferta y demanda en el mercado:*** el acceso económico a los mercados depende del poder adquisitivo, los precios del mercado y la disponibilidad. La accesibilidad depende de la relación de intercambio existente entre las necesidades básicas (los alimentos y los insumos agrícolas esenciales como semillas, aperos, atención sanitaria, etc.) y las fuentes de ingreso (cultivos comerciales, ganado, salarios, etc.). La erosión de los bienes se produce cuando el deterioro del comercio obliga a las personas a vender sus bienes (con frecuencia a bajos precios) a fin de adquirir (a precios excesivos) lo necesario para atender a sus necesidades básicas. El acceso a los mercados también depende de los entornos políticos y de seguridad y de consideraciones culturales o religiosas, que limitan el acceso de ciertos grupos (por ejemplo, las minorías).

2. ***Análisis del mercado:*** Se prestará atención al acceso de todos los grupos afectados, incluidas las personas vulnerables, a los mercados en funcionamiento. Antes de efectuar respuestas con dinero en efectivo, cupones, alimentos o insumos, debe realizarse un análisis de mercado adecuado del producto básico suministrado. La compra local de excedentes ayudará a los productores locales, pero también es preciso detectar los riesgos adversos. Es probable que las importaciones hagan bajar los precios locales (véase la norma 1 sobre evaluación de la seguridad alimentaria y la nutrición, nota de orientación 7, página 172).

3. ***Promoción:*** los mercados funcionan en las economías nacionales y mundiales, que influyen en las condiciones del mercado local. Por ejemplo, las políticas gubernamentales, incluidas las políticas comerciales y de precios, influyen en el acceso y la disponibilidad. Aunque las medidas a este nivel se encuentran fuera del alcance de la respuesta en caso de desastre, es necesario analizar esos factores ya que pueden surgir oportunidades para adoptar un enfoque conjunto entre varios organismos o para promover mejoras con la ayuda del gobierno y otras organizaciones (véase el principio de protección 3, página 42).

4. ***Personas vulnerables:*** es primordial llevar a cabo un análisis de la vulnerabilidad para identificar a las personas que tienen acceso limitado a los mercados y a oportunidades para conseguir medios de subsistencia. Es preciso apoyar a las personas con discapacidad, las personas que viven con el VIH, las personas de edad y las mujeres que se encargan de cuidar a otros para que puedan acceder a los mercados.

5. ***Efectos de las respuestas:*** La adquisición a nivel local de alimentos, semillas y otros productos básicos puede causar inflación en el ámbito local y perjudicar a los consumidores, pero beneficiar a los productores

locales. Por el contrario, la importación de alimentos puede hacer que bajen los precios y desalentar la producción local de alimentos, con el posible riesgo de que aumente la inseguridad alimentaria. El suministro de efectivo puede tener efectos multiplicadores positivos en las economías locales, pero también puede causar inflación a nivel local en los bienes esenciales. Las personas encargadas de las adquisiciones deberían hacer un seguimiento de esos efectos y tenerlos en cuenta. La distribución de alimentos también puede afectar al poder adquisitivo de los beneficiarios, dado que es una forma de transferencia de ingresos. Algunos productos básicos son más fáciles de vender a buen precio que otros; por ejemplo, el aceite respecto de los alimentos compuestos. El "poder adquisitivo" relacionado con un determinado alimento o canasta de alimentos influirá en la decisión del hogar beneficiario de consumirlo o venderlo. Es importante entender las compras y ventas de los hogares para poder determinar el efecto más amplio de los programas de distribución de alimentos.

6. ***Las fluctuaciones estacionales de los precios:*** si son anormalmente extremas, pueden perjudicar a los productores agrícolas pobres, que tienen que vender sus productos cuando los precios están en su nivel más bajo (es decir, después de la cosecha) o a los ganaderos que se ven obligados a vender durante la sequía. Por otra parte, los consumidores que dispoinen de pocos ingresos no pueden invertir en existencias de alimentos, y tienen que hacer compras pequeñas pero frecuentes, por lo que se ven obligados a comprar incluso cuando los precios son altos (por ejemplo, durante una sequía). Entre los ejemplos de respuestas que pueden minimizar esos efectos figuran: mejores sistemas de transporte y almacenamiento, producción diversificada de alimentos y entregas de dinero en efectivo o de alimentos en los momentos críticos.

Anexo 1

Lista de verificación para la evaluación de la seguridad alimentaria y los medios de subsistencia

De manera general, en las evaluaciones de la seguridad alimentaria se suele clasificar a la población afectada en categorías o grupos de medios de subsistencia según sus fuentes de ingresos o de alimentos y las estrategias que emplean para conseguirlos. También puede incluirse un desglose de la población por grupos o estratos de riqueza. Es importante comparar la situación del momento con la situación en cuanto a seguridad alimentaria antes del desastre. Se pueden tomar como punto de comparación los llamados "años promedios". Se considerarán también las funciones específicas y vulnerabilidades de las mujeres y los hombres, así como las consecuencias para la seguridad alimentaria de los hogares.

La lista de verificación que figura a continuación cubre los principales ámbitos que suelen tenerse en cuenta en una evaluación de la seguridad alimentaria.

1. Seguridad alimentaria de los grupos clasificados por medios de subsistencia

- ¿Hay en la población grupos que comparten las mismas estrategias de subsistencia? ¿Cómo se pueden clasificar en categorías según sus fuentes principales de alimentos o ingresos?

2. Seguridad alimentaria antes del desastre (punto de comparación)

- ¿Cómo obtenían alimentos o ingresos los diferentes grupos de medios de subsistencia antes del desastre? Tomando un año promedio del pasado reciente, ¿cuáles eran sus fuentes de alimentos e ingresos?
- ¿Cómo variaban estas fuentes diversas de alimentos e ingresos entre las estaciones, en un año normal? (Quizás sea útil componer un calendario estacional).
- Considerando los últimos 5 ó 10 años, ¿de qué manera varió la seguridad alimentaria de un año a otro? (Quizás sea útil componer un cuadro cronológico o un historial detallado de los años buenos y malos).

- ¿Qué tipos de bienes, ahorros u otras reservas poseen los diferentes grupos de referencia (por ejemplo, existencias de alimentos, ahorros en efectivo, ganado y animales, inversiones, créditos, deudas sin cobrar, etc.)?
- En un periodo de una semana o un mes, ¿qué incluye la lista de gastos de los hogares, y qué porcentaje del total se dedica a cada partida de gastos?
- ¿Quién se encarga de la gestión del dinero en efectivo en el hogar y en qué se gasta el dinero?
- ¿Es accesible el mercado más cercano en el que se pueden obtener los productos básicos? (Considerar la distancia, la seguridad, la facilidad de traslado, la disponibilidad de información sobre el mercado, los medios de transporte, etc.).
- ¿Cuál es la disponibilidad y el precio de los productos esenciales, incluidos los alimentos?
- Antes del desastre, ¿cuál era el porcentaje promedio de la relación de intercambio entre las fuentes esenciales de ingresos y los alimentos, por ejemplo, la relación entre los salarios y los alimentos, el ganado y los alimentos, etc.?

3. Seguridad alimentaria durante el desastre

- ¿Cómo ha repercutido el desastre en las fuentes de alimentos e ingresos para cada uno de los grupos clasificados por medios de subsistencia?
- ¿Cómo ha afectado el desastre a los patrones estacionales normales de seguridad alimentaria para los diferentes grupos?
- ¿Qué efectos ha tenido el desastre en el acceso a los mercados, la disponibilidad de productos en los mercados y los precios de los artículos esenciales?
- Para los diversos grupos de medios de subsistencia, ¿cuáles son las respectivas estrategias de afrontamiento, y qué porcentaje de personas las emplea?
- ¿De qué manera ha cambiado este aspecto en comparación con la situación anterior al desastre?
- ¿Cuál es el grupo más afectado?
- ¿Cuáles son los efectos a corto y mediano plazo de las estrategias de afrontamiento en los activos económicos y de otra índole de las personas?
- En el caso de todos los grupos de medios de subsistencia y de todas las personas vulnerables, ¿cuáles son los efectos de las estrategias de afrontamiento en su salud, su bienestar en general y su dignidad? ¿Existen riesgos relacionados con las estrategias de afrontamiento?

Anexo 2

Lista de verificación para la evaluación de la seguridad de las semillas

A continuación figura una lista de preguntas indicativas que pueden ser útiles en esta evaluación:

1. Antes del desastre (punto de comparación)

- ¿Cuáles son los cultivos más importantes para los agricultores? ¿Para qué los utilizan? ¿Consumo, fuente de ingresos, ambos? ¿Crecen estos cultivos todo el año? ¿Qué cultivos menores podrían ser importantes en tiempo de crisis?
- ¿Cómo suelen obtener los agricultores las semillas u otro material de plantación de esos cultivos? (Examinar todas las vías posibles)
- ¿Cuáles son los parámetros de siembra para cada cultivo importante? ¿Cuál es la superficie cultivada promedio? ¿Cuáles son las tasas de siembra? ¿Cuáles son las tasas de multiplicación (relación entre la cantidad de granos cosechados y la cantidad de semillas sembradas)?
- ¿Existen variedades importantes o preferidas de cultivos?
- ¿Qué insumos de producción son esenciales para los cultivos o variedades particulares?
- ¿Quién en la familia toma las decisiones, maneja los cultivos y decide lo que se va a hacer con ellos en las diferentes etapas de la producción y después de la producción?

2. Después del desastre

- ¿Es factible una respuesta en el ámbito de la agricultura desde el punto de vista de los beneficiarios?
- ¿Están convencidos los agricultores de que la situación es lo bastante estable y segura para poder cultivar, cosechar y vender o consumir los cultivos?
- ¿Tienen un acceso suficiente a los campos y otros medios de producción (estiércol, aperos agrícolas, animales de tiro)?
- ¿Están preparados para retomar sus actividades en la agricultura?

3. Estimación de la oferta y la demanda de semillas: existencias en el hogar

- ¿Es suficiente la producción doméstica para la siembra? Hay que contabilizar las semillas provenientes de la propia cosecha del agricultor y las semillas que podrían obtenerse mediante las redes sociales (por ejemplo, los vecinos).
- ¿Se trata de un cultivo que los agricultores desean seguir plantando? ¿Es adaptado a las condiciones locales? ¿Sigue habiendo demanda?
- ¿Convienen las variedades provenientes de la producción del agricultor para ser plantadas nuevamente la temporada siguiente? ¿Corresponde la calidad de las semillas a lo que espera normalmente el agricultor?

4. Estimación de la oferta y la demanda de semillas: mercados locales

- ¿En general, están en condiciones de funcionar los mercados a pesar del desastre (se mantienen los días de mercado, pueden los agricultores desplazarse, vender y comprar libremente)?
- ¿Son comparables los volúmenes de semillas o granos disponibles con los que se proponían en condiciones normales en la misma época durante las estaciones anteriores?
- ¿Se encuentran en los mercados los cultivos y las variedades que los agricultores consideran convenientes para la siembra?
- ¿Son comparables los precios actuales de las semillas y los granos con los de las estaciones anteriores en la misma época? Si los precios han cambiado, ¿puede la diferencia plantear un problema a los agricultores?

5. Estimación de la oferta y la demanda de semillas: sector formal

- ¿Son adaptados los cultivos y las variedades ofrecidos en el sector formal a las zonas particularmente afectadas por el estrés? ¿Hay indicaciones de que los agricultores están satisfechos?
- ¿Alcanzan las cantidades de semillas disponibles en el sector formal para cubrir las necesidades de asistencia? De no ser así, ¿qué proporción puede cubrirse de las necesidades de los agricultores?

Anexo 3

Lista de verificación para la evaluación de la nutrición

A continuación figura una lista de preguntas indicativas que pueden ser útiles en las evaluaciones que examinan las causas subyacentes de la desnutrición, el nivel del riesgo nutricional y las posibles respuestas. Las preguntas se basan en el marco conceptual de las causas de la desnutrición (véase página 164). La información puede obtenerse probablemente de diversas fuentes y para recopilarla, será necesario emplear una serie de herramientas de evaluación, como entrevistas con informantes clave, observación y examen de datos secundarios (véanse también las normas esenciales 1, 3 y 4).

Antes de la situación de emergencia

¿Qué información existe sobre la naturaleza, la envergadura y las causas de la desnutrición entre la población afectada (véase la norma 2 sobre evaluación de la seguridad alimentaria y la nutrición, página 174)?

Riesgo existente de desnutrición

1. El riesgo de desnutrición relacionado con la reducción en el acceso a los alimentos (véase anexo 1: Lista de verificación para la evaluación de la seguridad alimentaria y los medios de subsistencia).
2. El riesgo de desnutrición relacionado con la alimentación del lactante y del niño pequeño y las prácticas de cuidados.
   - ¿Se observa algún cambio en los modelos sociales y de trabajo (por ejemplo, a causa de la migración, los desplazamiento o los conflictos armados) que supongan que las funciones y responsabilidades dentro del hogar han cambiado?
   - ¿Se observa un cambio en la composición normal de los hogares? ¿Hay un número elevado de niños separados de sus familias?
   - ¿Se ha perjudicado el desarrollo normal de los cuidados (por ejemplo, a raíz de los desplazamientos), lo que perturba el acceso a cuidadores secundarios, el acceso a los alimentos para niños, el acceso al agua, etc.?

- ¿Hay niños que no son amamantados? ¿Hay lactantes que reciben una alimentación artificial?
- ¿Hay indicios o sospechas de que haya una disminución de las buenas prácticas de la alimentación de lactantes en la fase de emergencia, en especial una caída en las tasas de iniciación de la lactancia materna o la lactancia materna exclusiva, un aumento en la tasa de alimentación artificial y/o un aumento de la proporción de niños no amamantados?
- ¿Se pueden encontrar alimentos complementarios seguros, adaptados a cada edad y adecuados desde el punto de vista nutricional, y los medios para prepararlos de manera higiénica?
- ¿Hay indicios o sospechas de que se realiza una distribución general, gratuita o no, de sucedáneos de la leche materna, tales como leche en polvo, otros productos lácteos, biberones o tetinas?
- En las comunidades de pastores, ¿Hace mucho tiempo que los rebaños se mantienen apartados de los niños pequeños? ¿Ha cambiado el acceso a la leche en relación con la práctica habitual?
- ¿Ha tenido el VIH o el SIDA repercusiones en las prácticas de cuidados personales en los hogares?

3. El riesgo de desnutrición relacionado con una salud pública deficiente (véase el capítulo sobre salud, página 327).
   - ¿Se han señalado brotes de enfermedades que podrían afectar al estado nutricional, como el sarampión o enfermedades diarreicas agudas? ¿Se corre el riesgo de que sobrevengan estos brotes? (Véase servicios de salud esenciales - normas 1-3 sobre control de enfermedades transmisibles, páginas 355-360.)
   - ¿Cuál es la cobertura estimada de la vacunación contra el sarampión de la población afectada? (Véase servicios esenciales de salud, norma 1 sobre salud infantil, página 365). ¿Se administra vitamina A sistemáticamente en la vacunación contra el sarampión? ¿Cuál es la cobertura estimada del suplemento de vitamina A?
   - ¿Se han estimado las tasas de mortalidad (tasas brutas o referidas a niños menores de 5 años)? ¿Cuáles son y qué método se ha utilizado? (Véase la norma 1 sobre servicios esenciales de salud, página 352).
   - ¿Hay, o habrá, un descenso significativo de la temperatura ambiental que pueda modificar la prevalencia de las infecciones respiratorias agudas o las necesidades energéticas de la población afectada?
   - ¿Existe una alta prevalencia del VIH?
   - ¿Están ya expuestas las personas a la desnutrición a causa de su pobreza o problemas de salud?

- ¿Hay hacinamiento o existe el riesgo, incluso una alta prevalencia, de tuberculosis?
- ¿Hay una elevada incidencia del paludismo?
- ¿Han pasado las personas largo tiempo en el agua o con ropa mojada? ¿Han estado expuestas de manera prolongada a duras condiciones climáticas?

4. ¿Qué estructuras locales formales e informales existen actualmente por las que se podrían encauzar las respuestas?
   - ¿Qué capacidad tienen el Ministerio de Salud, las organizaciones religiosas, los grupos comunitarios de apoyo, los grupos de apoyo a la lactancia materna o las ONG que mantienen una presencia a corto o largo plazo en la zona?
   - ¿Qué respuestas en materia de nutrición o qué apoyo comunitario estaban ya implantados antes del desastre actual, organizados por comunidades locales, personas individuales, ONG, entidades gubernamentales, organismos de las Naciones Unidas, organizaciones religiosas, etc.? ¿Cuáles son las políticas en materia de nutrición (pasadas, vigentes y obsoletas), las respuestas y los programas de largo plazo previstos en materia de nutrición, e implementados o planificados para responder a la situación actual?

Anexo 4

Cómo medir la malnutrición aguda

En las situaciones de emergencia nutricional de gran envergadura, puede que sea necesario incluir en los programas de evaluación nutricional y de nutrición a los lactantes menores de 6 meses, las mujeres embarazadas y lactantes, los niños mayores, los adolescentes, los adultos y las personas de edad.

Las encuestas de grupos de edad aparte de los niños de 6 a 59 meses sólo deben llevarse a cabo bajo los siguientes supuestos:

- que se efectúe un análisis contextual pormenorizado de la situación, incluidas las causas de malnutrición. Únicamente si los resultados de este análisis revelan que el estado nutricional de los niños pequeños no refleja el estado nutricional de la población en su conjunto, es necesario prever una encuesta nutricional para otras categorías etarias.
- que se disponga de expertos técnicos para garantizar una buena calidad de los datos recabados, efectuar un análisis adecuado y presentar e interpretar correctamente los resultados.
- que se haya considerado los recursos y/o costes de proporcionar a otros grupos de edad la oportunidad de ser incluidos en la encuesta.
- que se formulen objetivos de la encuesta que sean claros y estén bien documentados.

Niños menores de 6 meses

Aunque prosiguen las investigaciones para este grupo de edad, la base de pruebas para la evaluación y gestión es aún limitada. En la mayoría de las normas se recomienda la misma definición basada en datos antropométricos para la malnutrición aguda del lactante que para los niños de 6 a 59 meses (salvo el perímetro braquial cuyo uso no se recomienda actualmente para los niños menores de 6 meses). Los criterios de admisión se centran en la talla actual del niño más bien que en una evaluación de su crecimiento. El cambio de la referencia NCHS (National Center for Health Statistics) relativa al crecimiento para adoptar los patrones de crecimiento infantil de la OMS (2006) da lugar a un aumento del número de casos de emaciación entre los lactantes menores de 6 meses. Es necesario estudiar y tener en cuenta las consecuencias de este cambio. Entre las cuestiones planteadas, cabe señalar que hay un mayor número de lactantes que

se presenta para los programas de alimentación, o que los cuidadores se interrogan sobre la pertinencia de la lactancia materna exclusiva. Por consiguiente, es importante evaluar y considerar lo siguiente:

- El crecimiento longitudinal de los lactantes: ¿es buena la tasa de crecimiento a pesar de que la talla es baja (algunos lactantes, por ejemplo, pueden "recuperar el retraso" tras un peso bajo al nacer)?
- Las prácticas alimentarias: ¿es el niño alimentado exclusivamente con leche materna?
- El estado clínico: ¿presenta el lactante alguna complicación o un estado de salud que exige un tratamiento o que lo expone a riesgos elevados?
- Los factores maternos: por ejemplo, ¿carece la madre de apoyo familiar o está depresiva? Debe ser prioritario introducir en un establecimiento hospitalario los programas de alimentación terapéutica para los niños que corren grandes riesgos.

Niños de 6 a 59 meses

El cuadro que figura a continuación muestra los indicadores de uso general para los diferentes grados de malnutrición entre los niños de 6 a 59 meses. Los indicadores de peso para la talla deben calcularse según los patrones de crecimiento infantil de la OMS (2006). El puntaje Z de peso para la talla (conforme a las normas de la OMS) es el indicador preferido para señalar los resultados de los estudios antropométricos. El perímetro braquial (PB) es un criterio independiente de la malnutrición aguda y es uno de los mejores predictores de mortalidad, La prevalencia de un PB bajo también se utiliza en las encuestas para predecir el número de casos que se deben atender en los programas de alimentación suplementaria y de cuidados terapéuticos. Los valores límite que se suelen usar son <11,5 cm para la malnutrición aguda grave y de 11,5 a<12,5 cm para la malnutrición aguda moderada. También suele utilizarse este indicador, con límites superiores, en el proceso de detección en dos etapas. En las encuestas antropométricas este indicador no debe emplearse solo, pero puede ser el único criterio de admisión para los programas de alimentación.

	Malnutrición aguda global	**Malnutrición aguda moderada**	**Malnutrición aguda grave**
Niños de 6.0 a 59.9 meses	Puntaje Z peso/ talla <-2 DS PB <12,5cm y/o edema nutricional	Puntaje Z peso/ talla de -3 DS a <-2 DS y/o PB 11,5 a<12,5cm	Puntaje Z peso/ talla <-3 DS y/o PB <11,5 cm y/o edema nutricional

Niños de 5 a 19 años

Se recomienda emplear los patrones de crecimiento infantil de la OMS (2007) para determinar el estado nutricional de los niños de 5 a 19 años. Esas curvas de datos de referencia para el crecimiento se han reconstruido a partir de los datos de referencia NCHS/OMS de 1977 y se ajustan rigurosamente a los patrones de crecimiento infantil de la OMS para los niños de 6 a 59 meses y a los valores límite recomendados para los adultos. Puede preverse la utilización del perímetro braquial en los niños mayores y los adolescentes, sobre todo en el contexto de la infección por el VIH. Puesto que se trata de un ámbito técnico en pleno desarrollo, es importante referirse a las directrices y las actualizaciones técnicas más recientes.

Adultos (de 20 a 59.9 años)

No hay una definición consensuada de la malnutrición aguda en el adulto, pero según los datos de que se dispone, el valor límite para la malnutrición aguda grave podría ser inferior a un índice de masa corporal (IMC) de 16, e inferior a 18,5 para la malnutrición aguda leve o moderada. Las encuestas de malnutrición en adultos deben tener por objetivo recopilar datos sobre el peso, la talla, la talla en posición sentada y las medidas del perímetro braquial. Estos datos pueden utilizarse para calcular el IMC, ajustando éste con respecto al índice de Cormic (la proporción de talla sentado a talla de pie) para hacer comparaciones entre poblaciones. Este ajuste puede cambiar sustancialmente la prevalencia aparente de la desnutrición en los adultos y tener importantes ramificaciones para los programas. Siempre es necesario medir el perímetro braquial. Si se necesitan resultados inmediatos o si faltan los recursos, las encuestas pueden basarse únicamente en las mediciones del perímetro braquial.

Dado que la interpretación de los resultados antropométricos es complicada por la falta de datos validados sobre los resultados funcionales y de puntos de referencia para determinar el significado de los resultados, esos resultados deben interpretarse junto con información contextual detallada. En Referencias y lecturas complementarias se incluyen orientaciones sobre la evaluación.

Cuando se realizan pruebas individuales para la admisión a los programas de cuidados nutricionales o la salida de esos programas, los criterios deben comprender una combinación de índices antropométricos, indicaciones clínicas (en particular, debilidad, pérdida de peso reciente) y factores sociales (acceso a los alimentos, presencia de cuidadores, alojamiento, etc.). Cabe observar que el edema en los adultos puede provenir de diversas causas distintas de la malnutrición, y los médicos deberán evaluar los edemas detectados en adultos para descartar otras causas posibles. Cada organización debe elegir el indicador que determine las condiciones de acceso a los cuidados, teniendo en cuenta los

defectos conocidos del IMC y la falta de información sobre el perímetro braquial, así como las consecuencias de su utilización para el programa. Puesto que se trata de un ámbito técnico en pleno desarrollo, es importante referirse a las directrices y actualizaciones técnicas más recientes.

El perímetro braquial puede utilizarse como herramienta de detección en mujeres embarazadas, por ejemplo como criterio de entrada en un programa de alimentación. Dadas sus necesidades adicionales en términos de nutrición, las mujeres embarazadas pueden correr mayores riesgos que otros grupos de población. El perímetro braquial no varía significativamente durante el embarazo. Se ha demostrado que un perímetro braquial <20,7 cm (riesgo grave) y <23 cm (riesgo moderado) conlleva un riesgo de retraso de crecimiento del feto. Los valores límite varían de un país a otro de 21 a 23 cm. Se estima que un perímetro braquial inferior a 21 cm es el valor por debajo del cual las mujeres están expuestas a un riesgo en situaciones de emergencia.

Personas de edad

No existe actualmente ninguna definición consensuada de la malnutrición en las personas de edad. Sin embargo es posible que este grupo esté expuesto al riesgo de malnutrición en situaciones de emergencia. La OMS indica que los umbrales del IMC para adultos pueden ser apropiados para las personas de 60 a 69 años y más años. Sin embargo, la exactitud de las mediciones puede plantear problemas a causa de la curvatura de la columna vertebral (encorvamiento) y la compresión de las vértebras. Puede utilizarse la brazada o la media brazada en lugar de la talla, pero hay que tener presente que el multiplicador para calcular la talla varía según la población. Una evaluación visual es necesaria. El perímetro braquial puede constituir una herramienta útil para medir la malnutrición en las personas de edad, pero aún no se han concluido las investigaciones destinadas a definir los valores límite apropiados.

Personas con discapacidad

Actualmente no existen directrices para la medición de personas con discapacidad física, por lo que muchas veces quedan excluidas de los estudios antropométricos. Una evaluación visual es necesaria. Las mediciones del perímetro braquial pueden ser engañosas en los casos en que el músculo de la parte superior del brazo se haya desarrollado para facilitar la movilidad. Existen otros métodos distintos de las mediciones estándar de la estatura, que incluyen la longitud y la brazada o la media brazada, o la longitud de la parte inferior de la pierna. Será necesario consultar los últimos resultados de las investigaciones para determinar la forma más adecuada de realizar mediciones en las personas discapacitadas para las que las mediciones estándar de peso, talla y perímetro braquial no convengan.

Anexo 5

Medición de las carencias de micronutrientes y su importancia para la salud pública

Cuando en una evaluación clínica se detectan carencias de micronutrientes, es preciso tratarlas con urgencia de manera individual. Por lo general, los casos individuales son una indicación de un problema subyacente de carencia de micronutrientes a nivel de la población. Es importante medir y clasificar las carencias de micronutrientes a nivel de la población para la planificación y seguimiento de las respuestas.

Los exámenes bioquímicos tienen la ventaja de dar medidas objetivas del estado micronutricional. Ahora bien, la recogida de muestras biológicas para la prueba suele presentar problemas de orden logístico, de capacitación de personal, de cadena de frío e incluso a veces de aceptabilidad. Asimismo, las mediciones bioquímicas no siempre son claramente útiles, es decir, sensibles y específicas, como se podría imaginar. También puede haber variaciones según el momento del día en que la muestra es recogida y según la estación del año, como en el caso de la malnutrición aguda. Es esencial un buen control de calidad, que se debe tener siempre en cuenta a la hora de seleccionar el laboratorio que realizará los exámenes.

Al evaluar el estado micronutricional, es indispensable tener presente la posibilidad de una ingesta excesiva o una falta de micronutrientes. Esta es una cuestión particularmente importante cuando se proporcionan múltiples productos altamente enriquecidos o suplementos a la población afectada.

El cuadro que figura a continuación muestra una clasificación de las carencias de micronutrientes según su importancia para la salud pública, utilizando diferentes indicadores.

Indicador de las carencias de micronutrientes	Grupo de edad recomendado para las encuestas de prevalencia	Definición de un problema de salud pública	
		Gravedad	Prevalencia (%)
Carencia de vitamina A			
Ceguera nocturna (XN)	24–71 meses	Baja	> 0 – < 1
		Moderada	≥ 1 – < 5
		Grave	≥ 5
Manchas de Bitot (X1B)	6–71 meses	No especificado	> 0.5
Xerosis corneal / ulceración / queratomalacia (X2, X3A, X3B)	6–71 meses	No especificado	> 0.01
Cicatrices corneales (XS)	6–71 meses	No especificado	> 0.05
Retinol en suero (≤ 0.7 µmol/L)	6–71 meses	Baja	≥ 2 – < 10
		Moderada	≥10 – < 20
		Grave	≥ 20
Carencia de yodo			
Bocio (visible + palpable)	Niños en edad escolar	Baja	5.0 – 19.9
		Moderada	20.0 – 29.9
		Grave	≥ 30.0
concentración urinaria mediana de yodo (mg/l)	Niños en edad escolar	Ingesta excesiva	> 300[1]
		Ingesta suficiente	100 – 199[1]
		Carencia baja	50 – 99[1]
		Carencia moderada	20 – 49[1]
		Carencia grave	< 20[1]
Carencia de hierro			
Anemia (hemoglobina en mujeres no embarazadas <12.0 g/dl; niños 6–59 meses <11.0 g/dl)	Mujeres, niños 6–59 meses	Baja	5 – 20
		Media	20 – 40
		Alta	≥ 40

Indicador de las carencias de micronutrientes	Grupo de edad recomendado para las encuestas de prevalencia	Definición de un problema de salud pública	
		Gravedad	Prevalencia (%)
Beriberi*			
Signos clínicos	Toda la población	Baja	≥ 1 caso y <1%
		Moderada	1 – 4
		Grave	≥ 5
Ingesta alimentaria (< 0.33 mg/1000 kcal)	Toda la población	Baja	≥ 5
		Moderada	5 – 19
		Grave	20 – 49
Mortalidad infantil	Niños 2–5 meses	Baja	No hay aumento de las tasas
		Moderada	Ligero aumento en las tasas
		Grave	Aumento pronunciado en las tasas
Pelagra*			
Signos clínicos (dermatitis) en grupo de edad encuestado	Toda la población o mujeres >15 años	Baja	≥ 1 caso y <1%
		Moderada	1 – 4
		Grave	≥ 5
Ingesta alimentaria de equivalentes de la niacina <5 mg/día	Toda la población mujeres >15 años	Baja	5 – 19
		Moderada	20 – 49
		Grave	≥ 50
Escorbuto[1]			
Signos clínicos	Toda la población	Baja	≥ 1 caso y < 1%
		Moderada	1 – 4
		Grave	≥ 5

1 Las cifras que figuran aquí corresponden a la concentración de yodo en la orina, no a la prevalencia.

** Para más información sobre los exámenes bioquímicos y los umbrales en salud pública, consultar la literatura más reciente o solicitar consejos a un especialista.*

Anexo 6

Necesidades nutricionales

Las cifras siguientes se pueden utilizar a efectos de planificación en la fase inicial de un desastre. Las necesidades nutricionales mínimas que aparecen en el cuadro más abajo deben servir para evaluar si las raciones generales destinadas a la población son adecuadas. Las necesidades se calculan a partir de una supuesta estructura demográfica de la población, de hipótesis sobre la temperatura ambiente y de los niveles de actividad de las personas, y también se tienen en cuenta las necesidades adicionales de las mujeres embarazadas y lactantes. Las necesidades no son un medio para estimar si es oportuno distribuir raciones complementarias o de tratamiento terapéutico, ni para evaluar las raciones destinadas a los grupos específicos, tales como las personas afectadas por la tuberculosis o el VIH.

Antes de hacer uso de la lista de requisitos que figura a continuación hay que tener en cuenta dos aspectos importantes. En primer lugar, las necesidades medias por persona para los grupos demográficos incorporan las necesidades de todos los grupos de edad y de ambos sexos. Por consiguiente, no son específicas a ningún grupo de edad ni sexo y no deben entenderse como necesidades de ninguna persona individual. En segundo lugar, las necesidades nutricionales se basan en un perfil de población particular.

Nutriente	**Necesidades medias de la población***
Energía	2.100 kcal
Proteínas	53 g (10% de la energía total)
Grasa	40 g (17% de la energía total)
Vitamine A	550 µg EAR*
Vitamina D	6,1 µg
Vitamina E	8,0 mg alpha-TE*
Vitamina K	48,2 µg
Vitamina B1 (tiamina)	1,1 mg
Vitamina B2 (riboflavina)	1,1 mg
Vitamina B3 (niacina)	13,8 mg NE
Vitamina B6 (piridoxina)	1,2 mg
Vitamina B12 (cobalamina)	2,2 µg
Ácido fólico	363 µg DFE*
Pantotenato	4,6 mg
Vitamina C	41,6 mg
Hierro	32 mg
Yodo	138 µg
Cinc	12.4 mg
Cobre*	1,1 mg
Selenio	27,6 µg
Calcio	989 mg
Magnesio	201 mg

**Alpha-TE – equivalente de alfa-tocoferol*
EAR – equivalente de la actividad del retinol
EDF – equivalente dietario de folatos

Referencia: La ingesta nutricional de referencia utilizada para los cálculos relativos a todas las necesidades de vitaminas y minerales procede de Vitamin and Mineral Requirements in Human Nutrition (necesidades de vitaminas y minerales en la nutrición humana), FAO/OMS, 2004, 2ª edición, con excepción del cobre, que no se incluye en esta publicación. Las necesidades de cobre provienen de Trace Elements in Human Nutrition and Health (oligoelementos en la nutrición humana y la salud), OMS, 1996.

El cuadro que figura a continuación da una indicación de la estructura global media de la población desglosada por edad. Sin embargo, es importante destacar que esta repartición depende de cada contexto y puede variar considerablemente. Por ejemplo, en algunas comunidades rurales, la migración de las generaciones de edad mediana ha dado lugar a un número desproporcionado de personas de edad que tienen niños a su cargo.

Grupos de edad	**% de la población**
0-6 meses	1,32
7-11 meses	0,95
1-3 años	6,58
4-6 ans	6,41
7-9 ans	6,37
10-18 ans sexo femenino	9,01
10-18 ans sexo masculino	9,52
19-50 mujeres	17,42
51-65 mujeres	4,72
19-65 hombres	27,90
65+ mujeres	2,62
65+ hommes	2,18
Mujeres embarazadas	2,40
Mujeres lactantes	2,60

Referencia: World Population Prospects: The 2002 Revision, Interpolated Population by Sex, Single Years of Age and Single Calendar Years, 1950 to 2050, Naciones Unidas (2003).

Las necesidades de energía de la población deben ajustarse según los siguientes factores:

- la estructura demográfica de la población, en particular el porcentaje de niños menores de 5 años y el porcentaje de mujeres;
- el peso medio de los adultos y el peso corporal real, usual o deseable;

- los niveles de actividad para mantener una vida productiva: las necesidades aumentan si los niveles de actividad exceden los niveles ligeros (es decir, 1, 60 x tasa de metabolismo basal);
- la temperatura ambiente media y la capacidad en materia de alojamiento y prendas de vestir: las necesidades aumentan si la temperatura ambiente media es de menos de 20 ºC;
- el estado nutricional y de salud de la población: las necesidades aumentan si la población sufre de malnutrición y tiene necesidades adicionales para alcanzar el retraso de crecimiento. La prevalencia del VIH/SIDA puede afectar a las necesidades medias de la población (véase norma 1 sobre seguridad alimentaria – distribuciones de alimentos, página 263). El ajuste de las raciones generales para satisfacer estas necesidades dependerá del contexto y de las recomendaciones internacionales vigentes.

Si no es posible obtener este tipo de información a través de las evaluaciones, las cifras del cuadro anterior deben servir de referencia en materia de necesidades mínimas.

Referencias y lecturas complementarias

Referencias

ACNUR, Programa Mundial de Alimentos (WFP), University College London y IASC Nutrition Cluster, *NutVal version* 2.2, 2006
www.nutval.net/2008/05/download-page.html

Black et al, Maternal and child undernutrition 1. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences.www.thelancet.com, series, 17 de enero de 2008.

CARE, Coping Strategies Index: CSI Field Methods Manual, 2008.

Castleman T., Seumo-Fosso E. et Bruce Cogill B., *Food and Nutrition Implications of Antiretroviral Therapy in Resource Limited Settings,* FANTA (Food and Nutrition Technical Assistance) technical note no.7, Washington DC, 2004.

Comité de Seguridad Alimentaria Mundial (FAO), *Directivas voluntarias en apoyo a la realización progresiva del derecho a una alimentación adecuada en el contexto de la seguridad alimentaria nacional,* Roma, 2004.
www.fao.org/righttofood/es/highlight_51596es.html

El derecho a una vivienda adecuada (artículo 11 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales Culturales, Comentario General 12, del 12 de mayo 1999. U.N. Doc E/C. 12/1999/5. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1999. www.ohchr.org

Escala del Componente de Acceso de la Inseguridad Alimentaria en el Hogar (HFIAS) para la Medición del Acceso a los Alimentos en el Hogar: Guía de Indicadores, FANTA. Washington DC, 2007.
www.fantaproject.org/downloads/pdfs/HFIAS_v3_Aug07.pdf

Grupo Medular para la Alimentación de Lactantes y Niños/as Pequeños/as en Emergencias (IFE, por sus siglas en inglés) : Alimentación de Lactantes y Niños/as Pequeños/as en Emergencias Guía Operativa para Personal de Mitigación de Emergencias y Administradores/as del Programa, 2007.
www.ennonline.net/resources/6

LEGS, *Normas y directrices para internvenciones ganaderas en emergencias (LEGS),* Practical Action Publishing, Reino Unido, 2009. www.livestock-emergency.net/downloads/index.html

Organización Internacional del Trabajo (OIT), *C138, Convenio sobre la edad mínima,* 1973. www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/singles.pl?query=011973138@ref&chspec=01

OMS, Patrones de crecimiento infantil de la OMS, 2009. *www.who.int/nutrition/media_page/tr_summary_spanish.pdf*

OMS, *Growth reference data for 5-19 years,* 2007. www.who.int/growthref/en/

OMS, The International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes, 1981. www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/code_english.pdf

Véase también: www.ibfan.org

Pejic, J (2001), *The Right to Food in Situations of Armed Conflict: The Legal Framework.* International Review of the Red Cross, vol 83, no 844 p1097, Ginebra, 2001. www.icrc.org.

Programa Mundial de Alimentos (WFP), *Food Distribution Guidelines,* Roma, 2006.

Red Interagenciál para la educación en Situaciones de Emergencia (INEE), *Normas mínimas para la educación: Preparación, respuesta,* recuperación (incluye programas de alimentación), Nueva York, 2010. www.ineesite.org

SMART (Standardised Monitoring and Assessments of Relief and Transition): *Metodología SMART para encuestas nutricionales.* comunidad.nutrinet.org/es/publicaciones/func-startdown/87/

Swindale A., y Bilinsky P., *Puntaje de Diversidad Dietética en el Hogar (HDDS) para la Medición del Acceso a los Alimentos en el Hogar: Guía de Indicadores version 2,* FANTA, Washington DC, 2006. www.fantaproject.org/downloads/pdfs/HDDS_v2_Spanish.pdf

Lecturas complementarias

Evaluaciones

Evaluación inicial

IASC, *Multi-sectoral Initial Rapid Assessment (IRA) Tool.* Global Health, Nutrition and WASH Clusters, 2009.

Evaluación de la seguridad alimentaria

CARE, *Household Livelihood Security Assessments: A Toolkit for Practitioners,* Estados Unidos, 2002.

Food and Nutrition Technical Assistance (FANTA)-2, *Alternative Sampling Designs for Emergency Settings: A Guide for Survey Planning, Data Collection and Analysis, 2009.*

Washington DC. www.fantaproject.org/publications/asg2009.shtml

FAO y PMA, *Crop and Food Security Assessment Missions (CFSAM) Guidelines.* Roma, 2009.

Programa Mundial de Alimentos (PMA), *Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Guidelines,* Rome, 2009. www.wfp.org/food-security/guidelines

Programa Mundial de Alimentos (PMA), *Manual para la evaluación de la seguridad alimentaria en situaciones de emergencia – segunda edición,* Roma, 2009. home.wfp.org/stellent/groups/public/documents/manual_guide_proced/wfp203214.pdf

Save the Children, *The Household Economy Approach: A guide for programme planners and policy-makers,* Londres, 2008.

Evaluación de la seguridad de las semillas

Longley C. et al (2002), *Do Farmers Need Relief Seed? A Methodology for Assessing Seed Systems,* Disasters, 26, 343–355, 2002.

Sperling L., *When disaster strikes: a guide to assessing seed system security. International Center for Tropical Agriculture.* Cali, Colombia, 2008.

Evaluación de los medios de subsistencia

IASC, *Matrix on Agency Roles and Responsibilities for Ensuring a Coordinated, Multi-Sectoral Fuel Strategy in Humanitarian Settings,* Version 1.1, Task Force on Safe Access to Firewood and Alternative Energy in Humanitarian Settings, 2009.

Jaspers, S and Shoham, J (2002), *A Critical Review of Approaches to Assessing and Monitoring Livelihoods in Situations of Chronic Conflict and Political Instability,* ODI, 2002

Mercados

CARE, *Cash, Local Purchase, and/or Imported Food Aid?: Market Information and Food Insecurity Response Analysis,* 2008.

Mike A., *Emergency Market Mapping and Analysis (EMMA) toolkit. Practical Action Publishing,* Oxfam GB, 2010.

Consumo alimentario

Programa Mundial de Alimentos (WFP), *Food Consumption Analysis: Calculation and Use of the Food Consumption Score in Food Security Analysis,* Technical Guidance Sheet, Roma, 2008.

Swindale A., y Bilinsky P., *Puntaje de Diversidad Dietética en el Hogar (HDDS) para la Medición del Acceso a los Alimentos en el Hogar: Guía de Indicadores version 2,* FANTA, Washington DC, 2006.
www.fantaproject.org/downloads/pdfs/HDDS_v2_Spanish.pdf

Métodos participativos

ActionAid, *Participatory Vulnerability Analysis,* Londres, 2004.

CARE, *Manual para el análisis de capacidad y vulnerabilidad climatica,* 2010.

Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (Federación Internacional), *Análisis de la vulnerabilidad y la capacidad (AVC), Ginebra 2007.* www.ifrc.org/es

Tearfund : *CEDRA, Evaluación de riesgos y adaptación al cambio climático y a la degradación del medio ambiente,* 2009. tilz.tearfund.org/webdocs/Tilz/Topics/Environmental%20Sustainability/CEDRA_S_web.pdf

Sistemas de información sobre la nutrición y la seguridad alimentaria

Famine Early Warning Systems Network — FEWS NET: www.fews.net

Integrated Food Security Phase Classification (2008), Technical Manual. Version 1.1. www.fao.org

Shoham, J, Watson, F and Dolan, C, *The use of nutrition indicators in surveillance systems,* Technical paper 2, ODI, Londres.

Sistema de cartografía y de información sobre la inseguridad alimentaria y la vulnerabilidad (SICIAV) www.fivims.org/

Évaluación antropométrica

Centers for Disease Control and Prevention (CDC)/WFP, *A Manual: Measuring and Interpreting Malnutrition and Mortality,* Roma, 2005. www.cdc.gov

Collins S., Duffield A. y Myatt M., *Adults: Assessment of Nutritional Status in Emergency-Affected Populations,* Ginebra, 2000.

Save the Children UK, *Emergency nutrition assessment, and guidance for field workers,* London, 2006.

UN ACC Sub Committee on Nutrition, *Assessment of Adult Undernutrition in Emergencies,* Report of an SCN working group on emergencies special meeting in SCN News, 22, pp49–51, Ginebra, 2001.

Young H. y Jaspars S., *The meaning and measurement of acute malnutrition in emergencies. A primer for decision makers.* Londres, 2006.

Evaluación de micronutrientes

Gorstein J. et al, *Indicators and methods for cross sectional surveys of vitamin and mineral status of populations,* 2007.

Seal A. and Prudhon C, *Assessing micronutrient deficiencies in emergencies: Current practice and future directions,* Ginebra, 2007.

Evaluación de la alimentación del lactante y del niño pequeño

CARE, Infant and young child feeding practices. Collecting and Using Data: A Step-by-Step Guide, 2010.
www.ennonline.net/resources

Alimentación del lactante y del niño pequeño

ACNUR, *Guidance on Infant Feeding and HIV in the Context of Refugees and displaced Populations,* 2009. www.ennonline.net/ife

IFE Core Group, Protegiendo a los niños y niñas en emergencias – Información para los medios de comunicación, 2009. www.ennonline.net

IFE Core Group, Alimentación de Lactantes y Niños/as Pequeños/as en Emergencias – Guía Operativa para Personal de Mitigación de Emergencias y Administradores/as del Programa, 2007.
www.ennonline.net

IFE Core Group and collaborators, IFE Module 1: *Orientation package on IFE*, 2009.
www.ennonline.net/ife

OMS, *HIV and infant feeding. Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence,* Ginebra, 2010.

OMS, *Guiding Principles for feeding infants and young children during emergencies,* Ginebra, 2004.

UNICEF/OMS, Estrategia mundial para la alimentación de los lactantes y niños de corta edad, Ginebra, 2003.

USAID, AED, FANTA, University of California DAVIS e International Food Policy Research Institute *Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño*, Washington DC, 2007

Respuestas en el ámbito de la seguridad alimentaria

Generalidades

ACNUR, UNICEF, PMA y OMS, *Food and Nutrition Needs in Emergencies,* Ginebra, 2002.

Barrett C. and Maxwell, D., *Food* Aid After Fifty Years: Recasting Its Role. Londres, 2005.

IASC (2005),Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings – Focusing on Prevention of and response to Sexual Violence in Emergencies, Chapters 1–4, Action Sheet 6.1 Food Security and Nutrition.

Maxwell D. et al, *Emergency food security interventions,* ODI, Good Practice Review #10. Relief and Rehabilitation Network, ODI, Londres, 2008.

Selección de destinatarios y distribución de alimentos

ACNUR, *UNHCR Handbook for Registration,* Ginebra, 2003.

Jaspars S., y Young H., *General Food Distribution in Emergencies: from Nutritional Needs to Political Priorities. Good Practice Review 3*. Relief and Rehabilitation Network, ODI, Londres, 1995.

Programa Mundial de Alimentos (PMA), *School Feeding Quality Standards,* Roma, 2009.

Programa Mundial de Alimentos (PMA), *Food Assistance in the context of HIV: Ration Design Guide*, Roma, 2008.

Programa Mundial de Alimentos (PMA), *Targeting in Emergencies,* Roma, 2006.

Gestión de la cadena de suministros y calidad e inocuidad de los alimentos

Almacén de suministros de asistencia humanitaria de las Naciones Unidas(2010), *Catalogue and Standard Operating Procedures,* 2010. www.unhrd.org

CARE, *Food Resource Management handbook.*

Logistics Cluster, *Logistics Operational Guide,* WFP, Roma, 2010.

Programa Mundial de Alimentos (PMA), *Food Quality Control,* 2010. foodquality.wfp.org

Programa Mundial de Alimentos (PMA), *Food Storage Manual.* Natural Resources Institute/WFP. Chatham, RU y Roma, 2003.

World Vision International, *World Vision Food Resource Manual,* segunda edición.

World Vision International. *Food Monitors Manual.*

Dinero en efectivo y cupones

Action contre la faim, *Implementing Cash-Based Interventions*. A guide for aid workers, París, 2007.

Adams L., *Learnings from cash responses to the tsunami: Final report,* HPG background paper, 2007.

Cash Learning Partnership, *Delivering Money: Cash Transfer Mechanisms in Emergencies,* Save the Children UK, Oxfam GB y British Red Cross, con apoyo de ECHO, Londres, 2010.

Creti P. y Jaspars, S, *Cash Transfer Programming in emergencies,* Oxfam GB, Londres, 2006.

Harvey P., *Cash and Vouchers in Emergencies,* HPG background paper, ODI, Londres, 2005.

Respuesta en materia de semillas

Catholic Relief Services (CRS), *Seed Vouchers and Fairs: A Manual for Seed-Based Agricultural Recovery in Africa.* CRS in collaboration with ODI and the International Crops Research Institute for the Semi-Arid Tropics, 2002.

Sperling L. y Remington T., con Haugen JM, *Seed Aid for Seed Security: Advice for Practitioners,* Practice Briefs 1-10, International Centre for Tropical Agriculture/ CRS, Roma, 2006.

Manuales generales sobre la nutrición en situaciones de emergencia

ACNUR/PMA, *Guidelines for Selective Feeding – the Management of Malnutrition in Emergencies, 2009.*

ACNUR, UNICEF, PMA y OMS: *Food and Nutrition Needs in Emergencies,* Ginebra, 2002

WFP, *Food and Nutrition Handbook.* Rome, 2001.

IASC, A toolkit for addressing nutrition in emergency situations, 2008.

IASC Nutrition Cluster's Capacity Development Working Group, *Harmonised Training Package (HTP),* 2006. ennonline.net/research/htpversion2

OMS, *The Management of Nutrition in Major Emergencies,* Ginebra, 2000.

Prudhon C., *Assessment and Treatment of Malnutrition in Emergency Situations,* París, 2002.

Personas vulnerables

IASC (2006), *Mujeres, niñas, niños y hombres – igualdad de oportunidades para necesidades diferentes,* 2006.
www.humanitarianreform.org/Default.aspx?tabid=656

FANTA y PMA, *Food Assistance Programming in the Context of HIV, 2007.*

FAO y OMS, Aprender a Vivir con el VIH/SIDA - Manual sobre Cuidados y Apoyo Nutricionales a los Enfermos de VIH/SIDA, Roma, 2002. www.fao.org

HelpAge International, *Addressing the Nutritional Needs of Older People in Emergency Situations in Africa: Ideas for Action,* Nairobi, 2001.
www.helpage.org/publications

HelpAge and UNHCR: *Older people in disasters and humanitarian crisis,* 2007.
www.helpage.org/publications

Winstock, A., *The Practical Management of Eating and Drinking Difficulties in Children,* Winslow Press, Bicester, Reino Unido, 1994.

Tratamiento de la malnutrición aguda

ENN, CIHD y ACF: *MAMI Report. Technical Review: Current evidence, policies, practices & programme outcomes,* 2010.

ENN, IFE Core Group and collaborators, *Integration of IYCF support into CMAM,* 2009. www.ennonline.net/resources

FANTA-2 (2008), Training guide for Community based management of acute malnutrition Navarro-Colorado C., Mason F., and Shoham, J (2008), *Measuring the effectiveness of SFP in emergencies,* 2008.

Navarro-Colorado C. and Shoham J., *Supplementary feeding Minimum reporting package* (por publicarse)

OMS, *Management of Severe Malnutrition: A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers,* Ginebra, 1999.

OMS/PMA/UNSCN/UNICEF (2007), Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition. A Joint Statement by the WHO, WFP, the United Nations System Standing Committee on Nutrition and UNICEF.

VALID International (2006), Community Based Therapeutic Care (CTC): A field Manual.

Carencias de micronutrientes

OMS, Scurvy and Its Prevention and Control in Major Emergencies (El escorbuto y su prevención y control en casos importantes de emergencia), Ginebra, 1999. www.who.int/nut

OMS, Thiamine Deficiency and Its Prevention and Control in Major Emergencies (La carencia en tiamina y su prevención y control en casos importantes de emergencia. Ginebra 1999. www.who.int/nut

OMS, *Pellagra and Its Prevention and Control in Major Emergencies,* Ginebra, 2000,

OMS, Vitamin A supplements, a guide to their use in the treatment and prevention of Vitamin A deficiency – xerophtalmia (segunda edición), Ginebra, 1998.

OMS y UNICEF, *Guiding principles for the use of multiple vitamin and mineral preparations in emergencies,* 2007.

Seal A. and Prudhon C., *Assessing micronutrient deficiencies in emergencies: Current practice and future directions,* 2007.

UNICEF/UNU/OMS, *Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention and Control. A Guide for Programme Managers,* Ginebra, 2001.

Normas mínimas sobre alojamiento, asentamientos humanos y artículos no alimentarios

Cómo utilizar la información de este capítulo

El presente capítulo se divide en dos secciones principales:

Alojamiento y asentamientos humanos;

Artículos no alimentarios: prendas de vestir, ropa de cama y enseres domésticos.

Ambas secciones contienen normas generales que pueden utilizarse en cualquier tipo de respuesta humanitaria, tanto para las personas desplazadas como para las personas no desplazadas, lo que abarca:

- el alojamiento provisional para las familias en los emplazamientos de origen, o el regreso a viviendas reparadas;
- el alojamiento provisional con familias de acogida;
- los asentamientos comunitarios provisionales que comprenden campamentos planificados o campamentos instalados por las personas desplazadas, centros colectivos o albergues, centros de tránsito o de regreso.

La información de este capítulo se debe aplicar de conformidad con los principios de protección y las normas esenciales.

Aunque su objetivo principal es guiar la acción humanitaria inicial después de un desastre, las normas mínimas pueden aplicarse también a la preparación para desastres y al período de transición hacia las actividades de recuperación y reconstrucción.

Cada sección contiene los aspectos siguientes:

- **Las normas mínimas,** que son de índole cualitativa y especifican los niveles mínimos que deben alcanzarse en una respuesta humanitaria en lo relativo al alojamiento.
- **Las acciones clave,** que son actividades y aportes que se sugiere realizar para cumplir las normas.
- **Los indicadores clave,** que son las “señales” que permiten comprobar si se ha cumplido o no una norma. Ofrecen una forma de medir y comunicar los procedimientos y resultados de las acciones clave. Están relacionados con las normas mínimas, no con las acciones clave.
- **Las notas de orientación,** que versan sobre los puntos específicos que han de tenerse en cuenta a la hora de aplicar las normas mínimas, las acciones clave y los indicadores clave en situaciones diferentes. Ofrecen una orientación para resolver dificultades prácticas, así como puntos de referencia y consejos sobre temas prioritarios. Pueden abarcar también cuestiones cruciales relacionadas con las normas, las acciones o los indicadores, y exponen dilemas, puntos polémicos o lagunas que subsisten en los conocimientos actuales.

Si no se puede aplicar los indicadores y ejecutar las acciones clave, cabrá evaluar las consecuencias negativas de esta situación para la población afectada y adoptar las medidas de mitigación que corresponda.

Una lista de verificación para la evaluación de las necesidades permitirá guiar la aplicación de las normas, tanto en la determinación de actividades como en el seguimiento de las respuestas. Se proporciona también una lista de referencias y lecturas complementarias, que incluye una selección de recomendaciones prácticas.

Índice

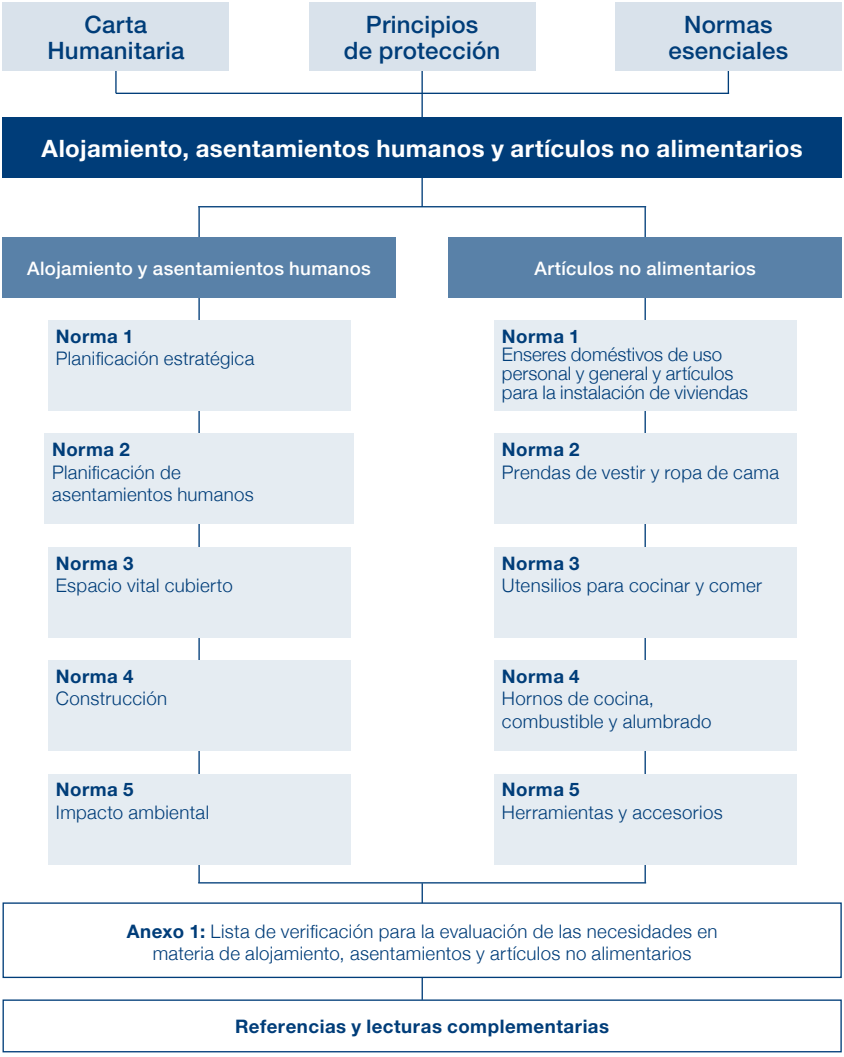
Introducción 277

1. Alojamiento y asentamientos humanos 285

2. Artículos no alimentarios: prendas de vestir, ropa de cama y enseres domésticos 307

Anexo 1: Lista de verificación para la evaluación de las necesidades en materia de alojamiento, asentamientos y artículos no alimentarios 318

Referencias y lecturas complementarias 324


Carta Humanitaria
Principios de protección
Normas esenciales
Alojamiento, asentamientos humanos y artículos no alimentarios
Alojamiento y asentamientos humanos
Artículos no alimentarios
Norma 1 Planificación estratégica
Norma 2 Planificación de asentamientos humanos
Norma 3 Espacio vital cubierto
Norma 4 Construcción
Norma 5 Impacto ambiental
Norma 1 Enseres domésticos de uso personal y general y artículos para la instalación de viviendas
Norma 2 Prendas de vestir y ropa de cama
Norma 3 Utensilios para cocinar y comer
Norma 4 Hornos de cocina, combustible y alumbrado
Norma 5 Herramientas y accesorios
Anexo 1: Lista de verificación para la evaluación de las necesidades en materia de alojamiento, asentamientos y artículos no alimentarios
Referencias y lecturas complementarias

Introducción

Relación con la Carta Humanitaria y el derecho internacional

Las normas mínimas sobre alojamiento, asentamientos y artículos no alimentarios son una expresión concreta de las convicciones y los compromisos que comparten las organizaciones humanitarias, así como de los principios comunes por los que se rige su acción, tal como se enuncian en la Carta Humanitaria y en el Código de conducta relativo al socorro en casos de desastre para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y las organizaciones no gubernamentales. Fundados en el principio de humanidad y consagrados en el derecho internacional, dichos principios abarcan el derecho a la vida y a la dignidad, el derecho a la protección y a la seguridad, y el derecho a recibir asistencia humanitaria según las necesidades. En el anexo 1 (página 404) figura una lista de documentos jurídicos y de política en los que se fundamenta la Carta Humanitaria, con comentarios explicativos destinados a todo el personal humanitario. En las respuestas humanitarias, el alojamiento, los asentamientos y los artículos no alimentarios relacionados con ellos son nociones conocidas inherentes al ámbito de aplicación del derecho a una vivienda adecuada, según lo establecido en el derecho de los derechos humanos.

Toda persona tiene derecho a una vivienda adecuada. Este derecho es reconocido en los principales instrumentos jurídicos internacionales (véase la sección Referencias y lecturas complementarias: instrumentos jurídicos internacionales). Además, incluye el derecho a vivir en condiciones de seguridad, en paz, con dignidad y con la certeza de derechos de propiedad, así como amparados por el derecho de protección ante los desalojos forzosos y por el derecho a la restitución. En los instrumentos jurídicos se entiende por vivienda adecuada:

- un espacio suficiente y la protección contra el frío, la humedad, el calor, la lluvia, el viento y otras amenazas para la salud, como los peligros estructurales y los vectores de enfermedades;
- la disponibilidad de servicios, instalaciones, materiales e infraestructura;
- la asequibilidad, la habitabilidad, la accesibilidad, la ubicación y la adecuación cultural;

- el acceso sostenible a los recursos naturales y comunes; al agua potable; a una fuente de energía para cocinar y calentar la casa y para el alumbrado; a servicios de saneamiento e instalaciones de higiene; a medios para conservar los alimentos; a la eliminación de los desechos; a un sistema de alcantarillado, así como a servicios de emergencia;
- la ubicación adecuada de los asentamientos y las viviendas ha de facilitar el acceso seguro a los servicios de atención de salud, centros de atención infantil y otras instalaciones sociales y a oportunidades de conseguir medios de subsistencia;
- los materiales de construcción y las políticas relativas a la construcción de viviendas deben permitir de manera adecuada la expresión de la identidad cultural y la diversidad de las viviendas.

Las normas mínimas enunciadas en el presente capítulo no constituyen la expresión plena del derecho a una vivienda adecuada, tal como se define en los instrumentos jurídicos internacionales pertinentes, sino que recogen más bien lo **esencial** de ese derecho y contribuyen a su realización progresiva en todo el mundo.

La importancia del alojamiento, de los asentamientos humanos y de los artículos no alimentarios en casos de desastre

El alojamiento es un factor determinante indispensable para la supervivencia en las fases iniciales de un desastre. Más de allá de la supervivencia, el alojamiento es necesario para garantizar la seguridad personal y la protección contra las condiciones climáticas, así como para fomentar la resistencia ante los problemas de salud y las enfermedades. Es importante también para la dignidad humana, para mantener la vida familiar y comunitaria y permitir a la población afectada recuperarse de las consecuencias del desastre. Las respuestas relacionadas con el alojamiento y las respuestas asociadas a ellas en materia de asentamientos y artículos no alimentarios deben apoyar las estrategias para superar la adversidad y promover la autosuficiencia y la autogestión entre la población afectada por el desastre. Es necesario sacar aprovechar al máximo las competencias y recursos locales siempre y cuando ello no vaya en menoscabo de la población afectada o de la economía local. Toda respuesta debe tener en cuenta los riesgos de desastre conocidos y minimizar los efectos negativos a largo plazo en el medio ambiente, optimizando al mismo tiempo las oportunidades para que la población afectada mantenga o establezca actividades de apoyo a los medios de subsistencia.

La comodidad térmica, la protección contra los rigores del clima, así como la seguridad y la dignidad de las personas pueden lograrse solamente si se satisface un conjunto de necesidades individuales, relacionadas con el espacio vital cubierto y su ubicación. Del mismo modo, a fin de atender a estas necesidades es preciso disponer de los diversos medios apropiados para preparar, cocinar y consumir los alimentos; de prendas de vestir y ropa de cama; de zonas cubiertas o alojamientos adecuados; de un medio para calentar y ventilar el espacio vital, según sea necesario, así como de acceso a los servicios esenciales.

Las necesidades en materia de alojamiento, asentamientos humanos y artículos no alimentarios de la población afectada por un desastre dependen de la índole y la magnitud del desastre, así como de la medida en que esta población resulte desplazada. La respuesta ha de ajustarse también a la capacidad y al deseo de las personas desplazadas para regresar a su lugar de origen y emprender el proceso de recuperación: cuando no pueden o no desean volver a sus hogares, requerirán soluciones de alojamiento y asentamientos provisionales (véase el diagrama más abajo). La acción debe basarse en el contexto local donde ocurre el desastre, especialmente dependerá de si la zona afectada es rural o urbana, cuáles son las condiciones climáticas y medioambientales del lugar, cuál es la situación política y de seguridad, y cuál es la capacidad de la población afectada para contribuir a satisfacer sus propias necesidades de alojamiento.

POBLACIÓN ASENTADA ANTES DEL DESASTRE
Alojamiento provisional o permanente
Propietario que ocupa su casa
Propietario que ocupa su apartamento
Inquilino de una casa
Inquilino de un apartamento
Inquilino de un terreno
Ocupación sin estatuto jurídico
Desastre
POBLACIÓN NO DESPLAZADA TRAS EL DESASTRE
Alojamiento provisional; reparación o reconstrucción
POBLACIÓN DESPLAZADA TRAS EL DESASTRE
Alojamiento provisional
TIPOS DE ASENTAMIENTO
Propietario que ocupa su casa
Propietario que ocupa su apartamento
Inquilino de una casa
Inquilino de un apartamento
Inquilino de un terreno
Ocupación sin estatuto jurídico
TIPOS DE ASENTAMIENTO
Asentamiento instalado por las personas desplazadas, disperso, sin estatuto jurídico
Alquiler de corta duración de un terreno, casa o apartamento
Acogida en familias
Centros colectivos o albergues
Campamentos no planificados, instalados por las personas desplazadas
Campamentos planificados y administrados
SOLUCIONES DURADERAS:
reconstrucción - reasentamiento - reintegración

En condiciones climáticas extremas, donde el alojamiento es un factor indispensable para la supervivencia o tras un desplazamiento de población, puede ocurrir que las personas afectadas no estén en condiciones de construir viviendas apropiadas por lo que será necesario hallar rápidamente soluciones de alojamiento alternativas como por ejemplo el suministro de tiendas de campaña o la provisión de un alojamiento provisional en edificios públicos existentes. Las personas desplazadas también pueden alojarse con familias de acogida, o bien instalarse como familias individuales o grupos de familias en establecimientos ya existentes. También puede ocurrir que necesiten alojarse en campamentos planificados y administrados o en centros colectivos.

En la medida de lo posible, se ayudará a la población afectada a reparar o adaptar las viviendas existentes o construir nuevas estructuras. Esta ayuda puede consistir en el suministro de materiales de construcción apropiados, herramientas y accesorios, la entrega de dinero en efectivo o cupones, consejos o capacitación técnicos o una combinación de ambos elementos. Se debe prestar apoyo o asistencia técnica a la población afectada que no tiene la capacidad o los conocimientos técnicos necesarios para emprender actividades de construcción. Es primordial considerar también los derechos y las necesidades de las personas afectadas indirectamente por el desastre, tales como las comunidades vecinas que acogen a los desplazados. Cuando los edificios públicos, en particular las escuelas, se utilizan como lugares de alojamiento comunitario provisional, es menester emprender lo antes posible la reubicación segura planificada y administrada de las personas beneficiarias para que se puedan reanudar las actividades normales en dichos establecimientos.

En toda respuesta es imprescindible tener en cuenta las medidas que la población afectada tome para conseguir un alojamiento provisional o permanente utilizando sus propios recursos y capacidades. Las respuestas en materia de alojamiento deben permitir a las personas afectadas ir mejorando gradualmente su situación y/o pasar de una solución de alojamiento de emergencia a una solución de alojamiento duradera.

Tal vez sea necesario también reparar los edificios públicos dañados o proveer estructuras provisionales que sirvan de escuelas, centros sanitarios y otras instalaciones comunitarias. Para algunas poblaciones afectadas la protección de los medios de subsistencia, como el ganado, puede ser un complemento esencial del suministro de alojamiento. Toda respuesta debe tener en cuenta los riesgos y vulnerabilidades que conllevan el alojamiento y los asentamientos en relación con la ubicación, la planificación, el diseño y la construcción, incluidos los riesgos agravados por el desastre o debido al impacto ambiental. Es primordial tomar en consideración los efectos ambientales de los asentamientos y la construcción de alojamientos con el fin de minimizar las consecuencias a largo plazo del desastre.

Para mejorar las respuestas en materia de alojamiento, asentamientos y artículos no alimentarios es necesario mejorar la preparación. Esta preparación se obtiene gracias a las capacidades, las relaciones y los conocimientos que hayan podido desarrollar los gobiernos, las organizaciones humanitarias, las organizaciones locales de la sociedad civil, las comunidades y las personas para anticipar las situaciones y manejar con eficacia los peligros probables, inminentes o actuales. La preparación se basa en un análisis de los riesgos y el uso de los sistemas de alerta temprana.

Relación con otros capítulos

Muchas de las normas contenidas en los otros capítulos son útiles para el presente capítulo. Los progresos que se realicen para cumplir las normas en un ámbito suelen influir o incluso ser determinantes para los progresos en otros ámbitos. A fin de que las respuestas sean eficaces, son indispensables una coordinación y una colaboración estrechas con otros sectores. Por ejemplo, el abastecimiento de agua adecuado y la provisión de instalaciones de saneamiento permiten complementar la asistencia en el ámbito del alojamiento a fin de garantizar la salud y la dignidad de la población afectada. Del mismo modo, al proveer un alojamiento adecuado se está contribuyendo a la salud y al bienestar de las poblaciones desplazadas, mientras que para poder aprovechar la asistencia alimentaria y atender a las necesidades nutricionales se requieren utensilios esenciales de cocina y para la comida, así como combustible para cocinar. Es indispensable igualmente la coordinación con las autoridades locales, las organizaciones participantes en la respuesta, las entidades locales y los grupos representativos para que las necesidades sean atendidas, no se dupliquen los esfuerzos y sea óptima la calidad de las respuestas en materia de alojamiento, asentamientos y artículos no alimentarios.

Relación con los principios de protección y las normas esenciales

Para cumplir las normas presentadas en este manual, todas las organizaciones humanitarias deben guiarse por los principios de protección, incluso si no tienen un mandato específico de protección ni son especialistas en la materia. Los principios no son “absolutos”: se admite que las circunstancias pueden limitar el grado de aplicación de ésta por parte de las organizaciones. Sin embargo, los principios de protección son el reflejo de preocupaciones humanitarias universales que deben guiar la acción en todo momento.

El proceso mediante el cual se desarrolla y se lleva a cabo una respuesta es determinante para su eficacia. Las seis normas esenciales son normas básicas, relativas a los procesos y al personal, comunes a todos los sectores y abarcan la participación, la evaluación inicial, la respuesta, la selección de beneficiarios, el seguimiento, la evaluación, el desempeño de los trabajadores humanitarios, así como la supervisión del personal y el apoyo que se le presta. Ofrecen un punto de referencia único para los enfoques que sustentan todas las demás normas del manual. Por consiguiente, para cada capítulo técnico hay que utilizar al mismo tiempo las normas esenciales que permitirán lograr el cumplimiento de las demás normas en él contenidas. En particular, para lograr que una respuesta sea apropiada y de calidad, será necesario maximizar la participación de las personas afectadas por el desastre, incluidos los grupos y personas más expuestos al riesgo en casos de desastre.

Vulnerabilidades y capacidades de las poblaciones afectadas por los desastres

Esta sección está concebida para utilizarse juntamente con las normas esenciales y sirve para reforzarlas.

Es muy importante comprender que una persona no es más vulnerable o no está expuesta a un mayor riesgo porque es joven o mayor de edad, porque es una mujer o una persona con discapacidad o que vive con el VIH. Es más bien la combinación de todos esos factores lo que lleva a ese resultado. Así por ejemplo, una persona de más de 70 años que vive sola y no goza de buena salud, será sin duda más vulnerable que una persona de la misma edad y con el mismo estado de salud pero que vive rodeada de una familia numerosa y tiene un ingreso suficiente. Asimismo, una pequeña de 3 años es mucho más vulnerable si no está acompañada que si estuviera al cuidado de padres responsables.

En la medida en que se aplican las normas sobre alojamiento, asentamientos y artículos no alimentarios y se implementan las acciones clave, el análisis de la vulnerabilidad y la capacidad permite asegurar que la respuesta en casos de desastre esté dirigida efectivamente a las personas que tienen derecho a una asistencia sin discriminación y que más lo necesitan. Para ello, se precisa una comprensión cabal del contexto local y de la manera en que una determinada crisis afecta de diferentes formas a grupos específicos de personas a causa de sus vulnerabilidades ya existentes (por ejemplo en una situación de pobreza extrema o de discriminación), el hecho de verse expuestos a diversas amenazas contra su seguridad (por ejemplo, la violencia basada en el género, como la explotación sexual), la incidencia o prevalencia de enfermedades (por ejemplo, el

VIH o la tuberculosis), y los riesgos de epidemias (por ejemplo el sarampión o el cólera). Los desastres pueden agravar las disparidades que ya existían. Por ello, es esencial preconizar las estrategias que permiten a las personas afrontar una situación, y potenciar su resiliencia. Asimismo, es necesario promover y apoyar sus conocimientos, competencias y estrategias, reforzar su acceso a los servicios de apoyo social, jurídico, financiero y psicosocial, así como ayudarlas a salvar los diversos obstáculos físicos, culturales, económicos y sociales con los que pueden verse confrontadas al buscar un acceso equitativo a dichos servicios.

A continuación se mencionan algunas de las medidas más importantes que deben adoptarse para poder garantizar que los derechos y las capacidades de todas las personas vulnerables se tengan debidamente en cuenta.

- Optimizar la participación de las personas, velando por que se incluyan todos los grupos representativos, especialmente aquellos que son menos visibles (como las personas con dificultad para comunicarse o moverse, las personas que viven en instituciones, los jóvenes estigmatizados y otros grupos subrepresentados o no representados).
- Desglosar los datos por sexo y por edad (0-80 años y más) durante la evaluación –se trata de un elemento importante para que en el sector de la seguridad alimentaria y la nutrición se tenga debidamente en cuenta la diversidad de los grupos de población.
- Velar por que todos los miembros de la comunidad sepan que tienen derecho a la información sobre las prestaciones y tengan acceso a dicha información.

Las normas mínimas

1. Alojamiento y asentamientos humanos

Las personas no desplazadas afectadas por un desastre deben recibir asistencia en su lugar de origen mediante el suministro de alojamiento familiar provisional o de recursos para reparar o construir un alojamiento apropiado. El alojamiento para familias individuales puede ser provisional o permanente, lo que depende de factores como el alcance de la asistencia prestada, los derechos de uso de la tierra o de propiedad, la disponibilidad de servicios esenciales y las oportunidades existentes para mejorar y ampliar las viviendas. Las personas desplazadas que no pueden volver a sus hogares a menudo prefieren quedarse con otros familiares o con personas con las que comparten lazos históricos, religiosos o de otra índole, y es importante ayudarlas a hacerlo. Cuando no es posible proporcionar ese tipo de alojamiento disperso, se pueden proponer asentamientos comunitarios provisionales o campamentos instalados por las personas desplazadas, junto con un alojamiento familiar provisional o provisional o en edificios públicos grandes transformados en centros colectivos.

Norma 1 sobre alojamiento y asentamientos humanos: planificación estratégica

Las estrategias relativas al alojamiento y a los asentamientos contribuyen a velar por la seguridad, la protección, la salud y el bienestar de las personas desplazadas o no desplazadas por un desastre y promover la recuperación y la reconstrucción cuando sea posible.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Evaluar y analizar las necesidades en materia de alojamiento y asentamientos de la población afectada en consulta con las autoridades competentes y la propia población (véase la nota de orientación 1).
- Trazar un plan de respuesta relativo al alojamiento y a los asentamientos (incluida la recuperación inicial cuando sea posible) en coordinación con las autoridades competentes, las organizaciones participantes y la población afectada (véase la nota de orientación 1).

- Priorizar y apoyar el regreso de las familias afectadas a sus viviendas originales o al emplazamiento de sus viviendas cuando sea posible (véase la nota de orientación 2).
- Ayudar a las personas que no pueden, o no desean, regresar a sus viviendas originales a encontrar un alojamiento con otras familias o, instalarse en asentamientos comunitarios provisionales (véanse las notas de orientación 3–4).
- Garantizar el acceso a artículos no alimentarios, soluciones de alojamiento (tales como tiendas de campaña o material para instalar alojamientos), material de construcción, dinero en efectivo, asistencia técnica o información, o la combinación de esos elementos, según proceda (véanse las notas de orientación 5–6).
- Velar por que las viviendas o los asentamientos estén ubicados a una distancia prudente de toda amenaza real o eventual y por que los riesgos existentes se reduzcan al mínimo (véase la nota de orientación 7).
- Velar por que la remoción de escombros producidos por el desastre en los lugares principales, como los emplazamientos de las viviendas dañadas o destruidas, los asentamientos comunitarios provisionales, los edificios públicos principales y las vías de acceso (véase la nota de orientación 8).
- Planificar un acceso seguro a los servicios de agua y saneamiento, los establecimientos sanitarios, las escuelas y los lugares de recreación y de culto, así como a la tierra, los mercados o los servicios utilizados para continuar o desarrollar las actividades de apoyo a los medios de subsistencia (véanse las notas de orientación 9–10).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Las soluciones de alojamiento y asentamientos destinadas a satisfacer las necesidades esenciales de toda la población afectada por el desastre son concertadas con la propia población y las autoridades competentes en coordinación con todas las organizaciones participantes (véase la nota de orientación 1).
- Todas las soluciones de alojamiento y asentamientos son seguras y adecuadas y lo serán hasta que se encuentren soluciones más duraderas (véanse las notas de orientación 2–10).

Notas de orientación

1. ***Evaluación, consulta y coordinación:*** es esencial efectuar una evaluación inicial para determinar las necesidades de la población afectada en materia de alojamiento y asentamientos, los riesgos tras el desastre, las vulnerabilidades y capacidades, y las oportunidades de recuperación inmediatamente después de ocurrido el desastre, y verificar si es preciso una evaluación más detallada que incluya el impacto ambiental. Es necesario involucrar en esta tarea a la población afectada por el desastre (sobre todo a las personas vulnerables con necesidades especiales), así como a las autoridades competentes. Se deben utilizar los planes de contingencia existentes para orientar las actividades asistenciales, en coordinación con las autoridades competentes, las organizaciones humanitarias y otros organismos, y la población afectada, valiéndose de mecanismos de coordinación consensuados. Las respuestas se planificarán considerando la disponibilidad de los recursos, el contexto local (incluidos los patrones meteorológicos estacionales), la seguridad y el acceso a los emplazamientos nuevos o existentes (véanse las normas esenciales 1–5, páginas 60-76, las normas sobre artículos no alimentarios 1–5, páginas 308-316 y el anexo 1: Lista de verificación para la evaluación de las necesidades en materia de alojamiento, asentamientos y artículos no alimentarios).

2. ***Regreso:*** la oportunidad de regresar a su propia tierra y vivienda es uno de los principales objetivos de la mayoría de las personas que se ven afectadas por un desastre. La reparación de las viviendas o la mejora de soluciones de alojamiento, determinadas por las mismas personas, sirven de apoyo a las estrategias de afrontamiento comunitarias, preservan las características del asentamiento existentes y posibilitan el uso de la actual infraestructura (véase la norma esencial 1, página 60). Sin embargo, puede ocurrir que el regreso se vea retrasado o impedido y sea necesario prever un alojamiento provisional en otro lugar. Entre los problemas que pueden obstaculizar el regreso cabe destacar la prolongación del desastre (por ejemplo en el caso de inundaciones, desprendimientos de tierra o réplicas de un terremoto) y problemas relacionados con la seguridad (como la ocupación de tierras y la exigencia de restituirlas, la continuación de un conflicto violento, las tensiones étnicas o religiosas, el temor a ser perseguido o la presencia de minas terrestres y municiones sin estallar). La reconstrucción de las escuelas es también un elemento que influirá para que las personas desplazadas vuelvan a sus hogares. Una legislación sobre bienes raíces inadecuada o discriminatoria o prácticas consuetudinarias puede poner trabas al regreso de familias encabezadas por una mujer, o de personas que se han quedado viudas o huérfanas a raíz del desastre, o de personas con discapacidad. Además, las personas desplazadas que no tienen la posibilidad de emprender

actividades de reconstrucción también pueden verse desalentadas o impedidas a regresar a sus hogares.

3. ***Familias y comunidades de acogida:*** las personas desplazadas que no pueden regresar a sus hogares a menudo prefieren quedarse con otros familiares o con personas con las que comparten lazos históricos, religiosos o de otra índole (véase la norma esencial 1, página 60). La ayuda que se presta en este sistema de acogida puede consistir en un apoyo para ampliar o adaptar el alojamiento o las instalaciones existentes de la familia de acogida para albergar a las familias desplazadas, o en la provisión de un alojamiento separado adicional adyacente al de la familia de acogida. Es primordial evaluar el aumento consiguiente que se producirá en la densidad demográfica, así como en la demanda de servicios sociales, infraestructura y recursos naturales, a fin de mitigar los efectos.

4. ***Asentamientos comunitarios provisionales:*** aunque no deben convertirse en la solución tipo, los campamentos planificados provisionales ofrecen la posibilidad de alojar a las personas afectadas que no pueden o no desean volver al lugar de sus viviendas originales y para las cuales albergarse con otras familias no es una opción viable. Estas soluciones de alojamiento pueden ser necesarias en zonas donde las amenazas contra la seguridad hacen correr mayores riesgos a las familias aisladas, o cuando hay un acceso limitado a los servicios esenciales y a recursos como el agua, los alimentos y los materiales de construcción locales. Los edificios existentes utilizados como centros colectivos pueden proporcionar una protección provisional inmediata contra los rigores del clima. Es probable que los edificios usados con esos fines requieran ser adaptados o mejorados, por ejemplo, mediante la instalación de subdivisiones y de rampas de acceso para las personas con movilidad reducida. En muchos países, la utilización de edificios previamente seleccionados como centros colectivos es la respuesta ya establecida para ciertos tipos de desastre, con responsabilidades asociadas para la gestión y la prestación de servicios. Aunque es frecuente utilizar las escuelas para alojar a las personas afectadas por un desastre, es necesario encontrar otras estructuras a fin de no interrumpir la actividad escolar. En la planificación de los asentamientos comunitarios provisionales, es indispensable tener presente las implicaciones para la seguridad, la privacidad y la dignidad de los ocupantes y el acceso a los servicios esenciales. Por otra parte, es preciso garantizar que los asentamientos comunitarios provisionales, a su vez, no se conviertan en el blanco de ataques, planteen un riesgo para la seguridad de la población circundante, ni entrañen una explotación insostenible para el medio ambiente natural.

5. ***Tipos de asistencia en materia de alojamiento:*** quizás sea necesario combinar diversos tipos de asistencia para satisfacer las necesidades de

la población afectada. La asistencia básica puede abarcar artículos personales, como prendas de vestir y ropa de cama, o enseres domésticos en general como hornos de cocina y combustible. Además, se puede suministrar tiendas de campaña, láminas de plástico y cajas de herramientas, material de construcción y alojamientos provisionales o provisionales fabricados con materiales que pueden reutilizarse para construir viviendas permanentes. Es probable que se requiera mano de obra manual o especializada, voluntaria o contratada, así como una orientación en técnicas de construcción apropiadas. Es necesario considerar la posibilidad de utilizar dinero en efectivo o cupones para promover el uso de las cadenas de suministro y los recursos locales, siempre que funcione la economía local. También se puede utilizar dinero en efectivo para pagar el alquiler de las viviendas. La asistencia material puede completarse con la información y los consejos difundidos a través de campañas públicas o centros locales sobre la forma de obtener acceso a subsidios, materiales u otras formas de apoyo.

6. ***Alojamiento provisional:*** aunque se trata de un enfoque más bien que de una fase de la respuesta, el suministro de un alojamiento provisional responde al hecho de que es en general la propia población afectada la que se encarga de la cuestión del alojamiento tras un desastre, y es necesario respaldar esta autogestión (véase la norma esencial 1, página 60). Las soluciones de alojamiento tras un desastre que pueden reutilizarse parcial o totalmente en estructuras más permanentes, o ser trasladadas de emplazamientos provisionales a emplazamientos permanentes pueden ayudar a las comunidades afectadas a pasar de la transición a un alojamiento más duradero. Para las personas no desplazadas que permanecen en el lugar de sus viviendas originales, el alojamiento provisional ofrece una vivienda de base que puede ser mejorada, ampliada o reemplazada con el tiempo según los recursos. Para las personas desplazadas, el alojamiento provisional puede resultarles conveniente, porque luego es desmontado y reutilizado cuando puedan regresar al lugar de sus viviendas originales o ser reasentadas en nuevos emplazamientos. El alojamiento provisional también puede proporcionarse a las personas afectadas que se albergan con otras familias que disponen de lugar suficiente para instalar un alojamiento adyacente a su propia vivienda. Todas esas estructuras se pueden desmontar y reutilizar cuando las personas afectadas están en condiciones de regresar a sus lugares de origen o a otros lugares.

7. ***Evaluación del riesgo, de la vulnerabilidad y del peligro:*** es necesario efectuar periódicamente una evaluación completa de los riesgos y la vulnerabilidad (véase la norma esencial 3, página 67). En esas evaluaciones, es menester tener en cuenta las amenazas reales o potenciales contra la seguridad, así como los riesgos y las vulnerabilidades particulares relacionadas

con la edad, el sexo, la discapacidad, el estatuto social o económico, la dependencia de las personas afectadas con respecto a los recursos del medio ambiente natural y las relaciones entre estas personas y las comunidades de acogida (véase el principio de protección 3, página 42). En la planificación de soluciones de alojamiento y asentamientos es indispensable tener en cuenta los riesgos que plantean los fenómenos naturales como son los terremotos, las erupciones volcánicas, los desprendimientos de tierra, las inundaciones o los vientos fuertes. Los lugares de los asentamientos no deben ser propensos a las enfermedades ni a la contaminación, ni presentar riesgos importantes relacionados con los vectores. Después de un desastre natural, como terremotos, inundaciones y tifones, puede ocurrir que materiales o productos potencialmente peligrosos queden depositados o expuestos. Se pueden encontrar minas o municiones sin estallar que han quedado dispersas a causa de un conflicto anterior o en curso. La estabilidad estructural de los edificios en las zonas de viviendas afectadas por el desastre deben ser controladas por especialistas técnicos. En el caso de los centros colectivos, se debe calcular la capacidad de las estructuras de los edificios actuales para admitir mayores cargas, así como el posible aumento del riesgo de que fallen componentes del edificio como suelos, tabiques internos, techos, etc.

8. ***Remoción de escombros:*** la eliminación de los escombros tras un desastre natural o de un conflicto es prioritario para poder suministrar alojamiento e instalar soluciones de asentamientos humanos apropiadas. Es necesario comenzar el plan de gestión de los escombros inmediatamente después del desastre para poder reciclarlos o separarlos, recogerlos y/o tratarlos (véase la norma 5 sobre alojamiento y asentamientos, página 304). Las cuestiones esenciales atañen a la presencia de restos mortales que deben ser identificados y tratados de manera apropiada. la recuperación de pertenencias personales, la localización de emplazamientos estructuralmente peligrosos y de materiales peligrosos, y la propiedad de materiales recuperables para poder reutilizarlos o venderlos. La eliminación de los escombros puede brindar la oportunidad de emprender programas de dinero por trabajo y/o requerir el recurso a equipos pesados y expertos. Asimismo, es primordial tener en cuenta las cuestiones relativas al uso, la gestión, la propiedad y el impacto ambiental de los vertederos.

9. ***Escuelas, establecimientos sanitarios e infraestructura comunitaria:*** es necesario garantizar el acceso a los servicios esenciales, como escuelas, establecimientos sanitarios, áreas de juego seguras y lugares de reunión comunitarios. Se debe utilizar la infraestructura de servicios existente o reparada, junto con servicios o instalaciones provisionales adicionales, según sea necesario. Cuando la reparación o la construcción de los edificios

públicos depende del diseño de nuevos planes de asentamientos u otros procesos reglamentarios, las estructuras provisionales pueden resultar necesarias para proveer instalaciones inmediatamente o a corto plazo. Todas las estructuras provisionales o permanentes en que se prestan esos servicios deben cumplir las normas vigentes (véanse la norma 1 sobre abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene, página 100, la norma 1 sobre sistemas de salud, página 337 y las Normas mínimas de la INEE para la educación : preparación, respuesta, recuperación).

10. ***Apoyo a los medios de subsistencia:*** para el asentamiento de las personas afectadas por el desastre es necesario guiarse por las actividades económicas que esas personas desempeñaban antes del desastre y por las oportunidades que se ofrecen en el contexto posterior al desastre (véanse las normas 1–2 sobre evaluación de la seguridad alimentaria y la nutrición, páginas 170-174 y la norma esencial 1, página 60). Es preciso tener en cuenta la disponibilidad de tierras y su accesibilidad para el cultivo y el pastoreo, así como el acceso a los mercados y los servicios locales para las actividades económicas particulares.

Norma 2 sobre alojamiento y asentamientos humanos: planificación de asentamientos humanos

La planificación del regreso, de los alojamientos de acogida o de los asentamientos comunitarios provisionales permite a la población afectada utilizar el alojamiento y los servicios esenciales con toda seguridad.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Determinar y utilizar los procesos de planificación existentes cuando sea posible, guiándose por las buenas prácticas acordadas y minimizando los riesgos y vulnerabilidades vinculados a los asentamientos humanos (véase la nota de orientación 1).
- Identificar la legislación relativa a la vivienda, la tenencia de tierras y el patrimonio y/o a los derechos de uso para los edificios y los asentamientos humanos (véase la nota de orientación 2).
- Velar por que haya un acceso seguro a todos los alojamientos y asentamientos humanos , así como a los servicios esenciales (véanse las notas de orientación 3–4).

- Usar los modelos de asentamiento existentes y las características topográficas del lugar para minimizar los efectos perjudiciales en el medio ambiente (véase la nota de orientación 5).
- Asociar a la población afectada en la planificación de los asentamientos comunitarios provisionales consultando a las familia, los vecinos y los grupos comunitarios según proceda (véase la nota de orientación 6).
- Velar por que se disponga de una superficie suficiente y de cortafuegos adecuados en los campamentos provisionales planificados o en los campamentos instalados por las personas desplazadas (véanse las notas de orientación 7–8).
- Minimizar los riesgos relacionados con los vectores de enfermedades (véase la nota de orientación 9).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Mediante un proceso de planificación consensuado, se consulta y se acuerda con todas las personas que reciben asistencia en materia de alojamiento sobre la ubicación de su alojamiento o la zona cubierta y el acceso a los servicios esenciales (véase la nota de orientación 1).
- Todos los planes relativos a los asentamientos demuestran que se han detectado y mitigado los riesgos y las vulnerabilidades que entraña el uso de alojamientos, zonas cubiertas y servicios esenciales (véanse las notas de orientación 2–9).

Notas de orientación

1. ***Procesos de planificación:*** es necesario aplicar las prácticas de planificación locales y adaptarse al tipo de desastre o crisis, a los peligros que conlleva y las repercusiones que tienen en la población afectada. Deben tomarse las medidas apropiadas para minimizar los riesgos y las vulnerabilidades asociados con el asentamiento. Es preciso cumplir la normativa vigente relativa a la planificación cuando las autoridades competentes lo exigen y siempre que ello no obstaculice la acción humanitaria, cuyo objetivo es satisfacer las necesidades urgentes en materia de alojamiento y asentamientos. Se deben tener en cuenta las repercusiones a largo plazo de las decisiones de planificación, especialmente en lo que atañe a los emplazamientos de los asentamientos comunitarios provisionales.
2. ***Vivienda, propiedad de tierras y patrimonio, derechos y uso:*** tanto para las personas no desplazadas como para las personas desplazadas, es esencial informarse sobre la propiedad de las tierras, las viviendas y otros edificios y sobre los usufructuarios por titularidad o por costumbre. Estas

cuestiones suscitan a menudo controversias, especialmente si no se han conservado los registros o si se han producido cambios en la posesión a raíz de un conflicto. Las viviendas o los edificios plurifamiliares de uso colectivo implican derechos comunes o compartidos de propiedad o de ocupación. Es necesario identificar los derechos de las tierras y del patrimonio de las personas vulnerables y apoyar a esas personas, sobre todo a las mujeres, las personas que se han quedado viudas y huérfanas a causa del desastre, las personas con discapacidad, los inquilinos, los titulares de derechos de ocupación y los ocupantes informales. Esclarecer los derechos formales, informales o reconocidos de propiedad o de herencia, especialmente tras un desastre en el que el titular de los derechos o el propietario de los títulos fallece o ha quedado desplazado. El otorgamiento de un derecho de tenencia colectiva o de un derecho similar a cierto número de familias cuando los derechos no existían formalmente antes del desastre puede contribuir a su reconocimiento progresivo. La prestación de una ayuda en materia de vivienda también puede percibirse o utilizarse para legitimar las reclamaciones de títulos de propiedad, lo cual podría frenar o impedir la acción humanitaria. Al utilizar terrenos para los asentamientos comunitarios provisionales es necesario tener en cuenta los derechos de uso existentes de tierras o de recursos naturales por las comunidades de acogida o vecinas (véase la norma 5 sobre alojamiento y asentamientos, página 304).

3. ***Servicios e instalaciones esenciales:*** las personas que regresan al lugar de sus viviendas originales y son acogidas o alojadas en asentamientos comunitarios provisionales, deben disponer de un acceso seguro, protegido y equitativo a los servicios esenciales, entre los que cabe destacar las instalaciones de agua y saneamiento, el combustible para la cocina o cocinas comunitarias, la atención de salud, la eliminación de desechos sólidos, las escuelas, los centros sociales, los lugares de culto, los espacios de encuentro, las zonas recreativas, con inclusión de las áreas de juego para los niños, y los lugares para el ganado (velando por que el ganado esté separado de los espacios residenciales. Se debe ofrecer un espacio adecuado para la celebración de funerales según la cultura local y de los ritos funerarios correspondientes. Es conveniente utilizar en la mayor medida posible las instalaciones existentes o reparadas, siempre que ello no perjudique a las comunidades de acogida o vecinas. Es necesario facilitar también instalaciones o puntos de acceso adicionales a fin de satisfacer las necesidades de la población destinataria y, en particular las de las personas vulnerables. La estructura social y el papel que se asigna a los hombres y mujeres de la población afectada, así como las necesidades de las personas vulnerables deben tenerse en cuenta en la prestación de servicios, por ejemplo, velando por que esos servicios se encuentren a una distancia a pie razonable para las personas con movilidad reducida, y previendo espacios para la lactancia

materna en los asentamientos comunitarios provisionales. Es indispensable garantizar un acceso apropiado a las instalaciones para las personas de edad, las personas con discapacidad física y las personas que requieren acudir con frecuencia a dichas instalaciones. Es necesario prever en los asentamientos comunitarios provisionales oficinas administrativas, depósitos y alojamiento para el personal, así como zonas de cuarentena (véanse la norma 1 sobre abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene, página 100 y la norma 1 sobre sistemas de salud, página 337).

4. ***Acceso:*** es preciso evaluar el acceso al asentamiento, el estado de la infraestructura vial y la proximidad de los polos de transporte para la entrega de la asistencia humanitaria teniendo en cuenta las limitaciones estacionales, los peligros y los riesgos ligados a la seguridad. Con respecto a los asentamientos comunitarios provisionales, el emplazamiento mismo y los puntos de almacenamiento primario y de distribución de alimentos deben ser accesibles a los camiones grandes procedentes de una carretera transitable todo el año. Otras instalaciones deben ser accesibles para vehículos ligeros. Los caminos y las sendas dentro de los asentamientos deben ofrecer durante todo el año un acceso seguro a las viviendas individuales y a las instalaciones comunitarias, incluidos los establecimientos sanitarios y las escuelas. Se debe instalar un alumbrado artificial según sea necesario. Dentro de los asentamientos comunitarios provisionales o los centros colectivos, se debe evitar que las vías de acceso y de evacuación delimiten zonas aisladas u ocultas a la vista que puedan presentar un riesgo para la seguridad personal de los usuarios. Asimismo, se deben evitar los escalones o los desniveles cerca de las salidas de los centros colectivos y es necesario prever una barandilla para todas las escaleras y las rampas de acceso. Para los ocupantes con movilidad reducida, es indispensable asignarles un espacio en la planta baja junto a las salidas o a lo largo de las vías de acceso sin desniveles. Los ocupantes de los edificios utilizados como centros colectivos deben disponer de por lo menos dos salidas que estén a una distancia razonable acordada, lo que les ofrece dos vías de escape posibles. Estas salidas deben estar claramente señaladas.

5. ***Selección del emplazamiento y drenaje:*** en el momento de seleccionar los emplazamientos y planificar los asentamientos comunitarios provisionales, es necesario evaluar el drenaje de las aguas de superficie y el riesgo de formación de charcos de agua. La pendiente del terreno no debe exceder una inclinación del 6%, a menos que se tomen medidas de drenaje importantes y de lucha contra la erosión del suelo, ni ser inferior al 1% para garantizar el desagüe apropiado. Es probable que sea necesario de todas maneras hacer zanjas de drenaje para reducir el riesgo de inundación o de formación de charcos de agua. El punto más bajo del emplazamiento no debe quedar

a menos de tres metros por encima del nivel máximo estimado de la capa freática. Las condiciones del terreno deben permitir excavar pozos para los retretes y poder seleccionar así la ubicación adecuada de los retretes y otras instalaciones (véanse las normas 1-2 sobre evacuación de excrementos, páginas 118-120 y la norma 1 sobre drenaje, página 137).

6. ***Planificación del emplazamiento para los asentamientos comunitarios provisionales:*** La asignación del espacio dentro de los centros colectivos y las parcelas familiares en los campamentos planificados provisionales debe guiarse por las prácticas sociales vigentes y el uso de los recursos comunes, incluidas las instalaciones de abastecimiento de agua y saneamiento, la cocina comunitaria, la distribución de alimentos, etc. La planificación de los barrios debe favorecer las redes sociales existentes, contribuir a la seguridad y posibilitar la autogestión por parte de la población afectada. El trazado de las parcelas en los campamentos planificados provisionales debe mantener la privacidad y la dignidad de cada familia velando por que cada vivienda familiar esté abierta a un espacio común o a una zona reservada para el uso de la familia al resguardo de las miradas, en lugar de estar justo al frente de la entrada de otra vivienda. Es necesario prever también espacios vitales integrados y seguros para la población desplazada que está compuesta por un número considerable de adultos sin pareja o niños no acompañados. En cuanto a los asentamientos dispersos, se aplican también los principios de planificación de los barrios, por ejemplo, grupos de familias regresan a una zona geográfica definida o localizan a familias de acogida que viven cerca unas de otras (véase el principio de protección 1, página 37).

7. ***Superficie de los campamentos planificados provisionales o instalados por las personas afectadas:*** para los asentamientos en campamentos, conviene prever una superficie utilizable mínima de 45 m² por persona, incluido el terreno familiar. La zona debe tener una superficie suficientemente amplia para los caminos y veredas, los lugares exteriores para la cocina familiar o espacios comunes para la cocina, establecimientos educacionales y áreas recreativas, instalaciones de saneamiento, cortafuegos, servicios administrativos, reservas de agua, zonas de distribución, mercados y lugares de almacenamiento, y pequeñas huertas familiares. Cuando los servicios comunitarios pueden prestarse a través de instalaciones existentes o adicionales que se encuentran fuera de la zona planificada del asentamiento, la superficie utilizable mínima debe ser de 30 m² para cada persona. La planificación de la zona debe considerar también los cambios demográficos. Si no es posible facilitar la superficie mínima, será necesario mitigar las consecuencias de una sobrepoblación, por ejemplo previendo los tabiques adecuados para proteger la privacidad de cada familia, el espacio suficiente para las instalaciones necesarias, etc.

8. ***Seguridad contra incendios:*** evaluar los riesgos de incendio antes de planificar el emplazamiento para los asentamientos comunitarios provisionales y la agrupación de viviendas individuales. Entre las medidas de precaución, es necesario instalar cortafuegos de 30 metros cada 300 metros de zona construida y un mínimo de dos metros (pero de preferencia el doble de la altura tota de una estructura) entre los edificios o los alojamientos individuales, para que un edificio que se derrumbe no toque las construcciones vecinas. Es necesario tener en cuenta las prácticas en materia de cocción de los alimentos y el uso de hornos de cocina o calentadores para la planificación general del emplazamiento y una implantación segura de las viviendas familiares (véase la norma 4 sobre artículos no alimentarios. página 314).

9. ***Riesgos relacionados con los vectores:*** las zonas bajas, los escombros resultantes del desastre, los edificios desocupados y las excavaciones, como las que se forman cuando se extrae tierra para la construcción, pueden convertirse en lugares de reproducción de animales dañinos que pueden presentar un peligro para la salud de las poblaciones circundantes. Para los asentamientos comunitarios provisionales, la selección adecuada del emplazamiento y la mitigación de los riesgos vectoriales son esenciales para reducir el efecto de las enfermedades transmisibles por vectores en la población afectada (véanse las normas 1–3 sobre lucha antivectorial, página 125-131).

Norma 3 sobre alojamiento y asentamientos humanos: espacios vitales cubiertos

Las personas disponen de suficientes espacios vitales cubiertos que ofrecen confort térmico, una buena ventilación y protección contra los rigores del clima y garantizan la privacidad, la seguridad y la salud, permitiendo al mismo tiempo realizar las actividades domésticas esenciales y de apoyo a los medios de subsistencia.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Velar por que cada familia afectada disponga de un espacio vital cubierto (véanse las notas de orientación 1–2).
- Velar por que haya separaciones seguras y privacidad entre los sexos, entre los diferentes grupos de edad y entre las diferentes familias, según proceda, dentro de un mismo hogar (véase la nota de orientación 3).
- Velar por que las actividades domésticas esenciales y de apoyo a los medios de subsistencia puedan llevarse a cabo dentro del espacio vital cubierto o en una zona adyacente (véase la nota de orientación 4).

- Promover el uso de soluciones de alojamiento y de materiales que son conocidos para la población afectada y, cuando sea posible, que sean cultural y socialmente aceptables y sostenibles desde el punto de vista medioambiental (véanse las notas de orientación 5–6).
- Evaluar las condiciones climáticas específicas para cada estación a fin de ofrecer un confort térmico, una ventilación y una protección óptimos (véanse las notas de orientación 7–10).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Todas las personas afectadas por el desastre disponen de una superficie cubierta mínima de 3,5 m^2 por persona (véanse las notas de orientación 1–2).
- Todas las soluciones de alojamiento y los materiales cumplen las normas técnicas y de rendimiento reconocidas y son culturalmente aceptables (véanse las notas de orientación 3–10).

Notas de orientación

1. ***Clima y contexto:*** en los climas fríos, por lo general las actividades domésticas se desarrollan en la zona cubierta y las personas afectadas pasan bastante tiempo en la vivienda, donde se encuentran más abrigadas. En las ciudades, las actividades domésticas suelen tener lugar en la zona cubierta puesto que lo normal es que haya menos espacio externo adyacente que se pueda usar. Por lo tanto, para atender a estas necesidades, se precisará en general una superficie cubierta superior a 3,5m^2 por persona. Otro factor que interviene es la altura del suelo al techo: en los climas calurosos y húmedos es preferible contar con una mayor altura ya que así circula mejor el aire, mientras que en los climas fríos conviene que la altura sea menor, pues de este modo hay menos espacio interno que calentar. La altura del suelo al techo en los alojamientos debe ser por lo menos de dos metros en su punto más alto. En los climas cálidos, se puede utilizar el espacio exterior sombreado adyacente para la preparación y la cocción de los alimentos. Las soluciones de viviendas deben adaptarse a toda una serie de variaciones climáticas que van desde noches e inviernos fríos a días y veranos calurosos. Si no se pueden conseguir los materiales para la construcción de una vivienda completa, se priorizará el suministro de materiales de techumbre a fin de garantizar una mínimo de superficie cubierta. Como en tal caso el alojamiento no ofrece forzosamente toda la protección que se requiere contra los rigores del clima, ni tampoco la seguridad, la privacidad y la dignidad necesarias, se deben tomar las medidas pertinentes para satisfacer esas necesidades tan pronto como sea posible (véase la nota de orientación 2).

2. ***Duración:*** inmediatamente después del desastre, sobre todo en condiciones climáticas extremas en las que no se puede obtener fácilmente materiales de construcción de viviendas, una zona cubierta de menos de 3,5 m^2 por persona puede ser suficiente para salvar vidas y constituir un alojamiento adecuado a corto plazo. En tal caso, se procurará agrandar la zona cubierta a 3,5 m^2 por persona tan pronto como sea posible para minimizar los efectos perjudiciales que ello pueda tener para la salud y el bienestar de los alojados. Si no se puede conseguir un espacio de 3,5 m^2 por persona, o si esta medida excede a la del espacio normalmente usado por la población afectada o la población vecina, es necesario tomar en consideración el efecto que pueda causar en la dignidad, la salud y la privacidad de las personas el tener una superficie cubierta más pequeña. Es primordial comunicar toda decisión de facilitar menos de 3,5 m^2 por persona, así como todas las medidas que se tomen para atenuar los efectos negativos en la población afectada. Es probable que sea necesario proveer un alojamiento provisional durante un período más largo, en condiciones estacionales diversas y posiblemente durante varios años. Los planes de respuesta humanitaria acordados con las autoridades locales u otras entidades deben velar por que el alojamiento provisional no se convierta en una solución de vivienda permanente a la que se recurre de manera automática.

3. ***Prácticas culturales, seguridad y privacidad:*** es primordial decidir la superficie cubierta que se considere necesaria en base a las prácticas locales vigentes en el uso de espacio vital cubierto, por ejemplo para dormir y alojar a los miembros de la familia ampliada. Asimismo, se debe consultar a los miembros de los grupos vulnerables y a los cuidadores de esas personas. Es necesario ofrecer la posibilidad de instalar subdivisiones dentro de las viviendas individuales. En el caso de alojamientos colectivos, la agrupación de familias que tienen un parentesco, una buena planificación de las vías de acceso a través de las zonas cubiertas y la provisión de materiales para separar el espacio personal y familiar pueden contribuir a garantizar la privacidad y la seguridad de las personas. Tanto en las viviendas individuales como en los alojamientos colectivos provisionales, es indispensable maximizar los beneficios psicosociales que implica poner a disposición un espacio adecuado, respetar la privacidad de las personas y reducir al mínimo el hacinamiento (véase el principio de protección 1, página 37).

4. ***Actividades domésticas y de apoyo a los medios de subsistencia:*** la zona cubierta debe ofrecer espacio suficiente para efectuar las actividades siguientes: dormir, lavarse y vestirse; cuidar a los bebés, los niños y las personas enfermas; almacenar alimentos, agua, bienes personales y otros bienes importantes; cocinar y comer en el interior de la casa, cuando sea necesario, y estar juntos los miembros de la familia. En la planificación del área cubierta, especialmente con respecto a la ubicación de las aperturas y

las subdivisiones, es necesario aprovechar al máximo el espacio interior y la zona exterior adyacente.

5. ***Soluciones de alojamiento, materiales y construcción:*** se deben ofrecer diversos tipos de alojamiento como tiendas de campaña familiares, equipos para viviendas, lotes de materiales o edificios prefabricados cuando las soluciones locales no están disponibles inmediatamente, son inadecuadas o el medio ambiente natural no puede garantizar su suministro de manera sostenible. Cuando se facilitan láminas de plástico reforzado como solución de emergencia, es necesario completar esta ayuda con cuerdas, herramientas, accesorios y otros materiales de soporte como estacas de madera o armazones hechas con materiales locales. Todos los materiales deben atenerse a las especificaciones y normas nacionales e internacionales acordadas y ser aceptables para la población afectada. Si se provee sólo una parte de los materiales (láminas de plástico por ejemplo), es necesario evaluar y atenuar todo efecto negativo posible para la economía local o el medio ambiente que pudiera causar el suministro de otros materiales necesarios (como las estacas de madera para el armazón). Las especificaciones relativas a los materiales y a las técnicas dependerán de la capacidad técnica y económica de la población afectada para mantener y reparar los alojamientos (véase la norma 5 sobre artículos no alimentarios, página 316). Se hará un seguimiento periódico para garantizar que las soluciones aplicadas continúan siendo eficaces y acertadas con el tiempo.

6. ***Participación en el diseño:*** todos los miembros de cada familia afectada deben participar, en la mayor medida posible, en la decisión relativa a la ayuda que deben recibir en materia de alojamiento. Tendrá prioridad la opinión de los grupos de personas que normalmente pasan la mayor parte del tiempo en los espacios vitales cubiertos, así como la de aquellos grupos que tienen necesidades de acceso especiales. Para ello, es necesario basarse en el tipo de vivienda existente. Explicar a las familias las ventajas y desventajas de las tipos de construcción “modernos” a los que no están acostumbrados, así como de los materiales que podrían ser considerados como una mejora del estatus social de las familias beneficiarias (véase la norma esencial 1, página 60).

7. ***En climas templados y húmedos:*** los alojamientos deben estar orientados y diseñados de forma que se optimice la ventilación y se minimice la exposición directa al sol. El techo debe tener una inclinación razonable que permita un buen desagüe del agua lluvia, y deberá contar con amplios salientes, salvo en lugares expuestos a fuertes vientos. El alojamiento debe ser de construcción ligera, puesto que no es preciso que tenga una capacidad térmica elevada. Es necesario prever un drenaje adecuado de las aguas de superficie alrededor de la vivienda y la elevación del suelo de la misma para evitar en lo posible que el agua penetre en ella.

8. ***En climas cálidos y secos:*** el alojamiento debe ser de construcción sólida a fin de garantizar una capacidad térmica elevada y permitir que los cambios de temperatura durante el día y la noche calienten y enfríen el interior alternativamente, o bien ser de construcción ligera con el adecuado aislamiento. Se debe prestar atención al diseño estructural de las construcciones pesadas en zonas de riesgos sísmicos. Si se dispone solamente de láminas de plástico o de tiendas de campaña, es indispensable instalar un techo de dos capas con ventilación entre ellas para reducir la acumulación de calor radiante. La ubicación de las puertas y ventanas en contra de la dirección de los vientos dominantes contribuirá a reducir el aumento de temperatura causado por los vientos cálidos y la irradiación del terreno circundante. El revestimiento de los suelos debe calzar perfectamente con las paredes externas sin dejar intersticios para que no penetren el polvo y los vectores.

9. ***En climas fríos:*** es preciso hacer uso de construcciones sólidas con gran capacidad térmica en los alojamientos que tienen ocupación durante todo el día. La construcción ligera con baja capacidad térmica y un buen aislamiento es más apropiada para alojamientos cuyos ocupantes están únicamente por la noche. La circulación del aire dentro de la vivienda, sobre todo en torno a las puertas y ventanas, debe ser la mínima necesaria para el confort personal, y a la vez suficiente para la ventilación de los calentadores ambientales y los hornos de cocina. Las estufas u otras formas de calefacción ambiental son necesarias y deben adaptarse al alojamiento. Evaluar y reducir los posibles riesgos de incendio que conlleve su utilización (véase la norma 4 sobre artículos no alimentarios, página 314). Hay que prever el drenaje adecuado de las aguas de superficie alrededor del alojamiento y elevar los suelos de la vivienda para evitar que el agua de las lluvias y el deshielo penetre en la zona cubierta. Es necesario reducir al mínimo la pérdida de calor por el suelo gracias a un adecuado aislamiento del suelo y el uso de esterillas y colchones con aislamiento o camas elevadas (véase la norma 2 sobre artículos no alimentarios, página 311).

10. ***Ventilación y lucha antivectorial:*** es indispensable prever una buena ventilación en las viviendas individuales para familias y en los edificios públicos. como escuelas y establecimientos sanitarios, a fin de mantener un entorno interior saludable, reducir al mínimo los efectos del humo proveniente de los hornos de cocina instalados en el interior, así como las infecciones respiratorias y los problemas oculares que ello puede conllevar, y limitar el riesgo de que se propaguen enfermedades como la tuberculosis por la inhalación de gotículas. Las medidas destinadas a la lucha antivectorial deben basarse en las prácticas locales en materia de construcción, los tipos de alojamiento utilizados por las personas desplazadas y la selección de materiales. (véanse la norma 1 sobre servicios esenciales de salud – control de enfermedades transmisibles, página 355 y normas 1–3 sobre lucha antivectorial, páginas 125-131).

Norma 4 sobre alojamiento y asentamientos humanos: construcción

Según las necesidades, se utilizan las prácticas, los materiales, los conocimientos técnicos y las capacidades locales en materia de construcción, aprovechando al máximo la participación de la población afectada y las oportunidades locales de conseguir medios de subsistencia.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Asociar a la población afectada, los profesionales locales de la construcción y las autoridades competentes para que convengan sobre las prácticas seguras de construcción, los materiales y los conocimientos técnicos necesarios a fin de optimizar las oportunidades en términos de medios de subsistencia (véanse las notas de orientación s 1–3).
- Asegurar el acceso a ayudas o recursos adicionales para las personas afectadas por el desastre que carecen de la capacidad, los medios y la posibilidad de emprender actividades relacionadas con la construcción (véanse las notas de orientación 1–3).
- Minimizar los riesgos estructurales y las vulnerabilidades gracias al cumplimiento de las especificaciones apropiadas para la construcción y los materiales (véanse las notas de orientación 4–5).
- Ceñirse a las normas acordadas para los materiales y la calidad del trabajo (véanse las notas de orientación 5–6).
- Gestionar el suministro de materiales, la contratación de mano de obra, la asistencia técnica y las autorizaciones reglamentarias aplicando los apropiados procesos de licitación, adquisición y construcción (véase la nota de orientación 7).
- Posibilitar el mantenimiento y la mejora de las viviendas individuales para familias empleando herramientas y recursos de que se dispone localmente (véase la nota de orientación 8).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Toda construcción se realiza de acuerdo con las prácticas seguras de construcción reconocidas y las normas vigentes (véanse las notas de orientación 2–7).
- Las actividades de construcción demuestran la participación de la población afectada y la optimización de las oportunidades locales en términos de medios de subsistencia (véanse las notas de orientación 1–2, 8).

Notas de orientación

1. ***Participación de la población afectada:*** la participación de la población afectada en las actividades relativas al alojamiento y a los asentamientos debe guiarse por las prácticas existentes que rigen la planificación, la construcción y el mantenimiento de las viviendas y los asentamientos. Con programas de capacitación profesional y de aprendizaje se pueden acrecentar las oportunidades de participación durante la construcción, en especial en el caso de personas que no posean las habilidades o experiencia necesarias en materia de construcción. Se debe alentar a las mujeres de todas las edades a participar en esas actividades y en la capacitación en materia de vivienda y construcción. Las personas menos capaces de emprender tareas físicas o que exigen una competencia técnica especializada pueden participar en el seguimiento del emplazamiento y el control de inventarios, el cuidado de los niños o proporcionando alojamiento provisional o la preparación de comidas para los que trabajan en las obras, así como prestando un apoyo de tipo administrativo. Es necesario tener en cuenta las otras exigencias con respecto al tiempo y a la mano de obra que debe satisfacer la población afectada. La asistencia prestada por los equipos de mano de obra comunitarios, voluntarios o contratados, puede completar la participación de los hogares individuales. Dicha asistencia es esencial para apoyar las familias encabezadas por una mujer, en la medida en que las mujeres están particularmente expuestas a la explotación sexual cuando buscan ayuda para la construcción de su vivienda (véase la norma esencial 1, página 60, el principio de protección 2, página 40 y la norma 5 sobre artículos no alimentarios, página 316). También pueden necesitar asistencia las personas con movilidad reducida, las personas de edad y aquellas que no puede realizar actividades de construcción.

2. ***Conocimientos técnicos y experiencia:*** unos conocimientos técnicos apropiados en materia de diseño, construcción y gestión deben completar las competencias y la comprensión de la población afectada y aportar una experiencia con respecto a la técnica utilizada y a la reglamentación vigente (véase la norma esencial 6). En los lugares expuestos a desastres estacionales o cíclicos, se recurrirá, para el diseño y la construcción, a especialistas técnicos con experiencia en soluciones locales apropiadas o en mejores prácticas definidas en la materia.

3. ***Fuentes de suministro de materiales y mano de obra:*** el rápido suministro de soluciones de alojamiento o de materiales y herramientas, ya sea de manera separada o en forma de equipo para viviendas, puede permitir a las personas afectadas construir o armar sus viviendas por sí solas. Siempre que sea posible, se deben fomentar los medios de subsistencia locales a través de la compra de materiales de construcción y la contratación de especialistas y de mano de obra locales tras una evaluación y un análisis rápidos del mercado. Si la compra de materiales locales llega a tener un efecto negativo importante en la economía local o en el medio ambiente, será necesario recurrir a otras soluciones: diversificación de fuentes de suministro, uso de otros materiales o de otros procesos de producción, aprovisionamiento en el mercado regional o internacional, compra de sistemas de viviendas de marcas comerciales (véase la norma 5 sobre alojamiento y asentamientos, página 304). Es necesario fomentar la reutilización de materiales recuperados de edificios dañados después de haberse verificado los derechos de propiedad correspondientes.

4. ***Prevención de desastres y reducción del riesgo:*** la resistencia de la construcción debe ajustarse a las condiciones climáticas y a los peligros naturales y debe tener en cuenta las adaptaciones que permitirán hacer frente a las consecuencias del cambio climático en el entorno local. Todas las modificaciones de las normas o de las prácticas en materia de construcción deben hacerse en consulta con la población afectada por el desastre y las autoridades competentes.

5. ***Diseño y construcción de edificios públicos seguros:*** los edificios públicos provisionales o permanentes, como escuelas y establecimientos sanitarios, se deben construir o reparar para resistir a los desastres y garantizar la seguridad y el acceso para todos. Dichas estructuras deben cumplir con las normas y los procedimientos de aprobación de construcción aplicables en el sector, especialmente las exigencias relativas a la accesibilidad para las personas con problemas de movilidad, oculares o de comunicación. La reparación o la construcción de esos edificios debe emprenderse en consulta con las autoridades competentes en base a una estrategia consensuada de prestación de servicios y de mantenimiento a un costo asequible (véanse las Normas mínimas de la INEE para la educación: preparación, respuesta, recuperación).

6. ***Normas de construcción:*** es necesario convenir con las autoridades competentes las normas y directrices sobre construcción a fin de velar por que se cumplan los requisitos esenciales de seguridad y calidad del trabajo. En los casos en que habitualmente no se han respetado los códigos locales o nacionales en materia de construcción, o no se ha exigido su cumplimiento, se debe buscar un acuerdo sobre su aplicación progresiva para tener en cuenta la cultura relativa a la vivienda local, las condiciones climáticas, los recursos, la capacidad de construcción y de mantenimiento, la accesibilidad y la asequibilidad.

7. ***Gestión de las adquisiciones y la construcción:*** es necesario establecer un calendario de construcción para planificar las actividades. En este calendario deben figurar las principales etapas del proceso como las fechas límite para finalizar las obras, la reubicación de las poblaciones desplazadas en las soluciones de alojamiento y asentamientos específicas y las fechas en que comienzan los fenómenos meteorológicos estacionales. Se debe establecer una cadena de suministro y un sistema de gestión de la construcción que sean flexibles y eficientes, y en los que haya rendición de cuentas en todo lo relativo a materiales, mano de obra y supervisión de las obras, y que además incluyan los aspectos relativos a proveedores, compras, transporte, manejo y administración desde el punto de origen hasta los respectivos emplazamientos (véase la norma 4 sobre seguridad alimentaria: distribuciones de alimentos, página 215).

8. ***Mejoras y mantenimiento:*** en la medida en que las respuestas de emergencia en materia de alojamiento suelen proporcionar un nivel mínimo de espacio cubierto y de asistencia material, las personas afectadas tendrán que buscar otros medios para aumentar la superficie o la calidad de los espacios privados que se les han facilitado. El estilo de la construcción y los materiales empleados deberán permitir a las familias individuales mantener, adaptar o mejorar gradualmente el alojamiento para poder cubrir sus necesidades a largo plazo utilizando herramientas y materiales disponibles localmente (véase la norma 5 sobre artículos no alimentarios, página 316).

Norma 5 sobre alojamiento y asentamientos humanos: impacto ambiental

Las soluciones de alojamiento y asentamientos, así como el suministro de materiales y las técnicas de construcción que se emplean reducen al mínimo los efectos negativos en el medio ambiente.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Evaluar y analizar los efectos negativos del desastre en el medio ambiente y determinar los riesgos y las vulnerabilidades ambientales (véase la nota de orientación 1).
- Considerar el grado de disponibilidad de los recursos naturales locales en el momento de planificar el asentamiento provisional o permanente de la población afectada (véanse las notas de orientación 1–3).
- Manejar los recursos locales del medio ambiente para atender a las necesidades actuales y futuras de las poblaciones afectadas por el desastre (véanse las notas de orientación 1–3).

- Minimizar los efectos negativos en los recursos locales del medio ambiente que pueden ocasionar la producción y el suministro de materiales de construcción y la propia construcción (véanse las notas de orientación 3–4).
- Preservar los árboles y otra vegetación, cuando sea posible, a fin de acrecentar la retención del agua, minimizar la erosión y proporcionar sombra (véase la nota de orientación 5).
- Restablecer el lugar de los asentamientos comunitarios provisionales en el estado que tenían originalmente una vez que ya no sean necesarios, salvo que se haya convenido otra cosa (véase la nota de orientación 6).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- La planificación de todos los regresos, de las estructuras de acogida o de los asentamientos comunitarios provisionales muestran que se han reducido al mínimo o se han atenuado los efectos negativos en el medio ambiente (véanse las notas de orientación 1–6).
- Los procesos de construcción y el suministro de materiales para todas las soluciones de alojamiento muestran que se han reducido al mínimo o se han atenuado los efectos negativos en el medio ambiente (véase la nota de orientación 4).

Notas de orientación

1. ***Evaluación ambiental:*** es primordial evaluar el impacto ambiental del desastre con objeto de guiar la respuesta y las actividades de mitigación requeridas. Muchos desastres naturales, por ejemplo los desprendimientos de tierra, son a menudo la consecuencia directa de un mal manejo de los recursos ambientales. También pueden producirse a causa de los riesgos o vulnerabilidades ambientales ya existentes, como las inundaciones estacionales en las zonas bajas o la falta de recursos naturales que puedan explotarse sin riesgo alguno. Es esencial entender dichos riesgos para poder planificar los asentamientos y asegurarse de que las vulnerabilidades conocidas, incluidos los efectos del cambio climático, se tienen debidamente en cuenta en la respuesta.
2. ***Sostenibilidad y gestión de los recursos ambientales:*** cuando los recursos ambientales necesarios para apoyar un aumento considerable de viviendas son limitados, es indispensable moderar toda presión que se ejerza sobre el medio ambiente. Cuando se dispone de esos recursos, los asentamientos comunitarios provisionales deben manejarse de manera que se reduzca al mínimo el daño ambiental. Es importante garantizar y gestionar fuentes externas sostenibles de combustible y soluciones para el pastoreo, la producción agrícola, y otras actividades de apoyo a los medios de subsistencia dependientes de los recursos naturales. Quizás sea preferible para el medio ambiente prever un número menor de asentamientos pero que sean

más extensos, en lugar de un número mayor de asentamientos dispersos y más pequeños, cuya gestión y seguimiento resulta más difícil llevar. Es menester, además, tener en cuenta el impacto en los recursos naturales necesarios para las comunidades que acogen a las personas afectadas por el desastre o aquellas instaladas cerca de la zona afectada.

3. ***Mitigación del impacto ambiental a largo plazo:*** es preciso incorporar el manejo de los recursos naturales en todas las etapas de la planificación. Cuando la provisión de viviendas para las comunidades afectadas produce un impacto ambiental importante, por ejemplo la disminución de los recursos naturales locales, es indispensable minimizar los efectos a largo plazo mediante actividades complementarias de gestión y rehabilitación del medio ambiente. Se recomienda consultar a las organizaciones que se ocupan de ese ámbito.

4. ***Suministro de materiales de construcción:*** es esencial evaluar el impacto ambiental que implica proveer recursos naturales, tales como agua, madera de construcción, arena, tierra y yerbas, así como combustible para la cocción de ladrillos y tejas. Determinar quiénes son los usuarios habituales, el ritmo de extracción y regeneración y los derechos de propiedad y control de dichos recursos. El uso de fuentes alternativas o complementarias de suministro permitirá contribuir a la economía local y reducir así todo efecto negativo a largo plazo en el medio ambiente. Es indispensable promover el uso de fuentes diversificadas y la reutilización de materiales recuperados, materiales alternativos y métodos de producción (como el uso de bloques de tierra comprimida). Esta acción puede combinarse con la aplicación de medidas de mitigación, como la replantación complementaria.

5. ***Erosión:*** las soluciones de alojamiento y asentamientos se deben planificar de manera que se conserven los árboles y otra vegetación a fin de estabilizar el suelo e incrementar las posibilidades de contar con lugares sombreados y estar protegido contra los rigores del clima. Es necesario utilizar los contornos naturales del terreno para planificar los caminos, sendas y redes de drenaje, y reducir así al mínimo el riesgo de erosión e inundaciones. Si ello no es posible, se debe limitar todo riesgo de erosión mediante la excavación de zanjas de drenaje, la instalación de tuberías bajo los caminos o la plantación de las orillas, lo que limitará el escurrimiento de las aguas (véase la norma 1 sobre drenaje, página 137).

6. ***Traspaso:*** se debe impulsar la regeneración natural del medio ambiente dentro y en las inmediaciones de los asentamientos comunitarios provisionales mediante la aplicación de medidas apropiadas de rehabilitación. Es necesario gestionar el eventual cierre de esos asentamientos a fin de que todos los materiales y desechos que no pueden reutilizarse o que podrían ocasionar efectos negativos en el medio ambiente sean eliminados de manera satisfactoria.

2. Artículos no alimentarios: prendas de vestir, ropa de cama y enseres domésticos

Las prendas de vestir, las mantas y la ropa de cama satisfacen las necesidades humanas más personales ya que permiten protegerse contra los rigores del clima y preservar la salud, la privacidad y la dignidad. Las personas afectadas por un desastre deben tener acceso a los productos y suministros esenciales para preparar y consumir los alimentos, disfrutar de confort térmico, atender sus necesidades en materia de higiene personal y construir, mantener o reparar las viviendas (véanse la norma 2 sobre promoción de la higiene, página 106 y la norma 1 sobre abastecimiento de agua, página 109).

Todas las personas afectadas, independientemente de la solución de alojamiento que les toque vivir: ya sea regresar al lugar de su vivienda original, alojarse con otras familias o bien instalarse en asentamientos comunitarios provisionales, deben seguir satisfaciendo sus necesidades tanto personales como domésticas, las cuales deben ser evaluadas y debidamente atendidas. Las poblaciones que se ven afectadas indirectamente por los desastres, en especial, las familias de acogida, también pueden precisar una asistencia no alimentaria para hacer frente a la carga adicional que supone alojar a otras personas, o compensar las consecuencias del desastre en la economía local y el acceso a dichos artículos.

Aunque la distribución de artículos no alimentarios es una actividad que forma parte normalmente de una respuesta, es necesario prever la entrega de dinero en efectivo o de cupones para abastecerse de dichos artículos cuando los mercados locales siguen funcionando (véase la norma 1 sobre seguridad alimentaria – entregas de dinero en efectivo y de cupones, página 200).

Los enseres destinados al uso personal o doméstico por lo general no precisan información adicional ni instrucciones sobre su uso. Sin embargo, los artículos que se utilizan para la reparación o la construcción de alojamientos, por ejemplo materiales de construcción, accesorios y herramientas, requieren por lo general consejos técnicos adicionales para una utilización segura y eficaz. Asimismo, es importante organizar actividades de promoción de la higiene apropiadas para acompañar la distribución de los artículos de higiene personal (véanse las normas 1–2 sobre promoción de la higiene, páginas 103-106).

Norma 1 sobre artículos no alimentarios: enseres domésticos de uso personal y general y artículos para la instalación de viviendas

La población afectada dispone de una cantidad suficiente de enseres domésticos de uso personal y general y artículos para la instalación de viviendas con objeto de garantizar la salud, la dignidad, la seguridad y el bienestar de todos.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Evaluar las diferentes necesidades de la población afectada en materia de artículos no alimentarios (véanse las notas de orientación 1–2 y la norma 3 sobre abastecimiento de agua, página 116).
- Determinar qué artículos no alimentarios pueden proveerse localmente o cuáles la población afectada puede obtener por su cuenta gracias a una ayuda pecuniaria o consistente en cupones (véase la nota de orientación 3).
- Comprobar si todos los artículos no alimentarios distribuidos en los paquetes son adecuados (véase la nota de orientación 4).
- Prever que las distribuciones de todos los artículos no alimentarios se efectúen de manera ordenada, transparente y equitativa (véase la nota de orientación 5).
- Proporcionar instrucciones y consejos técnicos sobre el uso de los artículos para la instalación de viviendas, o promover su utilización según sea necesario (véase la nota de orientación 6).
- Prever el reabastecimiento de artículos no alimentarios para las personas desplazadas durante un período de tiempo prolongado (véase la nota de orientación 7).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Se cubren las necesidades comprobadas en materia de artículos no alimentarios para el conjunto de la población afectada por el desastre (véanse las notas de orientación 1–7).

Notas de orientación

1. ***Evaluación de las necesidades:*** es necesario evaluar de manera separada las necesidades en materia de artículos personales, como prendas de vestir y artículos de higiene, enseres domésticos, como los que se necesitan para almacenar y preparar los alimentos, y de artículos que permiten instalar viviendas, como láminas de plástico, cuerdas, herramientas o materiales de construcción básicos. Es indispensable distinguir entre las necesidades individuales y las necesidades comunitarias, sobre todo en lo que atañe a la cocción de los alimentos y al combustible. Se deben determinar los productos que pueden obtenerse localmente y cuyo uso es conocido. Toda asistencia no alimentaria debe incluir cajas, bolsas o recipientes te tipo similar para almacenar y transportar los bienes personales y domésticos de las personas desplazadas o en tránsito. El suministro de esos artículos debe formar parte de un plan de respuesta global en casos de desastre (véanse las normas esenciales 1–3, páginas 60-67 y la norma 1 sobre alojamiento y asentamientos, página 285).

2. ***Instalaciones comunitarias:*** se deben proporcionar artículos no alimentarios que son útiles para la higiene personal, la salud, la preparación y la cocción de los alimentos, etc., según las necesidades, para las escuelas y otras instalaciones comunitarias. Es necesario facilitar el acceso al material recreativo y didáctico necesario. Asimismo, es indispensable establecer vínculos entre los sectores de la salud y de la educación para que los mensajes relativos a la salud pública y la higiene contribuyan al uso apropiado de los artículos no alimentarios (véanse las normas 1–2 sobre promoción de la higiene, página 103-106 y las Normas mínimas de la INEE para la educación: preparación, respuesta, recuperación).

3. ***Fuente de suministro de artículos no alimentarios:*** los desastres afectan a la economía local y las cadenas de suministro, lo que supone a menudo tener que buscar fuentes externas para conseguir artículos no alimentarios, y distribuirlos directamente a las personas, los hogares y las comunidades. Un rápido análisis del mercado, como parte de la evaluación inicial de las necesidades, permite indicar si los artículos no alimentarios habituales pueden obtenerse localmente o en las zonas vecinas no asoladas por el desastre. Cuando la economía local sigue funcionando o puede ser apoyada mediante una ayuda específica a la gestión de las fuentes de abastecimiento o cadena de suministro, la entrega de dinero en efectivo y/o de cupones puede permitir a la población afectada satisfacer sus propias necesidades en materia de artículos de socorro (véase la norma 1 sobre seguridad alimentaria - entregas de dinero en efectivo y de cupones, página 229). Habrá que planificar esta asistencia para que las personas vulnerables no se vean perjudicadas y que se pueda satisfacer sus necesidades.

4. ***Paquetes de suministros de asistencia:*** los artículos no alimentarios suelen estar embalados y previamente almacenados en los depósitos, sobre la base de especificaciones y de un contenido estándar. Es necesario examinar la cantidad y los detalles de los artículos no alimentarios contenidos en los paquetes destinados a las familias, haciendo referencia al número medio de personas que componen un hogar, la edad, el sexo y la presencia de personas con necesidades específicas, velando al mismo tiempo por que los artículos sean culturalmente aceptables.

5. ***Distribución:*** es primordial establecer métodos de distribución eficaces y equitativos en consulta con la población afectada. Se debe informar a la población de todas las distribuciones, así como de los procesos de inscripción y evaluación necesarios para participar en dichas distribuciones. Esto puede organizarse mediante una inscripción formal o la entrega de fichas. Prestar atención a las personas o las familias vulnerables para que no sean omitidas de las listas de distribución y puedan acceder a la información y a la distribución propiamente dicha. Se debe establecer un procedimiento de quejas para tratar todos los problemas que puedan plantearse durante la inscripción o la distribución. Se consultará con las autoridades locales competentes para saber cuáles son los lugares de distribución más indicados, a fin de garantizar la seguridad del acceso y una recepción satisfactoria de los artículos no alimentarios, así como para que los beneficiarios regresen a sus hogares sin correr peligro. Es indispensable considerar las distancias que hay que caminar, la configuración del terreno, los aspectos prácticos y las repercusiones financieras del transporte de artículos más voluminosos como los materiales de construcción. Es indispensable hacer el seguimiento de las distribuciones de los artículos suministrados y del uso que se hace de ellos a fin de verificar que el proceso de distribución y los propios artículos son adecuados y apropiados (véase la norma 5 sobre seguridad alimentaria – distribuciones de alimentos, página 220).

6. ***Promoción, instrucciones y consejos técnicos:*** la población afectada por el desastre debe estar familiarizada con los enseres de uso personal y doméstico y los puede utilizar sin necesidad de mayores instrucciones. Sin embargo, se facilitarán consejos técnicos e instrucciones, según sea necesario, cuando se suministran artículos para la instalación de viviendas, tales como materiales de construcción, herramientas y accesorios (véase la norma 5 sobre artículos no alimentarios, página 316). En los embalajes se puede ilustrar con simples diagramas la forma más segura de utilizar los artículos para reparar o construir alojamientos adecuados y seguros. Las personas afectadas por el desastre y especialistas locales en la construcción deben participar in situ en las actividades de sensibilización (por ejemplo, la reparación o la instalación de alojamientos modelo) para comprender mejor las técnicas de construc-

ción que han de emplearse. Se debe señalar a las personas implicadas en las actividades de construcción cualquier falla en el diseño y la construcción de alojamientos y asentamientos antes del desastre que hayan podido contribuir al daño o la destrucción de las viviendas, y se darán también ejemplos de buenas prácticas que permiten una mejor resistencia al desastre.

7. ***Reabastecimiento:*** en la planificación de las distribuciones de socorro es importante prever la tasa de consumo, la duración de utilización y la capacidad de la población afectada para reabastecerse.

Norma 2 sobre artículos no alimentarios: prendas de vestir y ropa de cama

Las personas afectadas por el desastre disponen de prendas de vestir, mantas y ropa de cama en cantidad suficiente para garantizar su confort personal, su dignidad, su salud y su bienestar.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Hacer una lista de las prendas de vestir necesarias para mujeres, niñas, hombres y niños de todas las edades, incluyendo a los bebés y las personas vulnerables o marginadas, y asegurarse de que pueden obtener las prendas necesarias con las tallas correctas que sean apropiadas para la cultura, la estación y el clima (véanse las notas de orientación 1–5).
- Comprobar las necesidades de las personas afectadas en lo relativo a mantas y ropa de cama y velar por que tengan acceso a dichos artículos, según sea necesario, de manera que puedan gozar de un confort térmico suficiente y disponer de lo necesario para dormir en condiciones apropiadas (véanse las notas de orientación 2–5).
- Evaluar si hacen falta mosquiteros tratados con insecticida y suministrarlos llegado el caso (véanse las normas 1–3 sobre lucha antivectorial, páginas 125-131).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Todos las mujeres, las niñas, los hombres y los niños tienen por lo menos dos mudas completas de ropa con las tallas correctas que sean apropiadas para la cultura, la estación y el clima (véanse las notas de orientación 1–5).
- Todas las personas afectadas disponen de un conjunto de mantas, ropa de cama, esterillas o colchones y mosquiteros tratados con insecticida, según sea necesario, que aseguren un confort térmico suficiente y les permitan disponer

de lo necesario para dormir en condiciones apropiadas (véanse las notas de orientación 2–5 y las normas 1–3 sobre lucha antivectorial, páginas 125-131).

Notas de orientación

1. ***Mudas de ropa:*** todas las personas afectadas deben disponer de suficientes prendas de vestir para cambiarse y garantizar así su confort térmico, su dignidad, su salud y su bienestar. Ello supone que se necesitan por lo menos dos conjuntos de prendas esenciales, en particular, ropa interior, para poder lavarlas.

2. ***Idoneidad:*** las prendas de vestir (incluido el calzado, si es necesario) deben ser adaptadas a las condiciones climáticas y las prácticas culturales, y es esencial proporcionar las tallas correctas. Los lactantes y los niños de hasta dos años también deben disponer de una manta además de las prendas de vestir apropiadas. Es primordial poner a disposición ropa de cama que se ajuste a las prácticas culturales y en cantidad suficiente para que las personas puedan dormir separadamente si así lo desean.

3. ***Rendimiento térmico:*** es necesario tener en cuenta las características aislantes de las prendas de vestir y la ropa de cama, así como el efecto que produce la humedad debido a las condiciones climáticas en el rendimiento térmico de dichas prendas. Es indispensable prever una combinación de prendas de vestir y ropa de cama para alcanzar el grado de confort térmico requerido. Para compensar la pérdida de calor por el suelo, puede ser más eficaz distribuir esterillas o colchones con aislamiento que proporcionar una cantidad adicional de mantas.

4. ***Durabilidad:*** las prendas de vestir y la ropa de cama deben ser suficientemente duraderas y resistentes.

5. ***Necesidades especiales:*** las personas más expuestas deben poder disponer de prendas de vestir y ropa de cama adicionales. Se trata de personas que sufren incontinencia, las personas con enfermedades crónicas, las mujeres embarazadas y lactantes, las personas de edad y las personas con movilidad reducida. Los lactantes, los niños, las personas con movilidad reducida y las personas de edad son más propensos a la pérdida de calor y, por lo tanto, requieren más ropa, mantas, etc. para conservar niveles apropiados de confort térmico. Habida cuenta de su falta de movilidad, las personas de edad, los enfermos y los discapacitados deben recibir una atención especial y disponer, por ejemplo, de colchones o de camas elevadas.

Norma 3 sobre artículos no alimentarios: utensilios y enseres de cocina

Las personas afectadas por el desastre tienen acceso a artículos culturalmente convenientes para preparar y almacenar los alimentos, así como para cocinar, comer y beber.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Comprobar qué necesitan las personas afectadas para preparar y almacenar los alimentos, y para cocinar, comer y beber, y posibilitar el acceso a artículos culturalmente apropiados según sus necesidades (véanse las notas de orientación 1–2).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Cada hogar o grupo de cuatro a cinco personas dispone de dos ollas de tamaño familiar con mango y tapa, una fuente para preparar la comida y servirla, un cuchillo de cocina y dos cucharones para servir (véanse las notas de orientación 1–2).
- Todas las personas afectadas por el desastre disponen de un plato, una cuchara u otro utensilio para comer, un tazón o vaso para beber (véanse las notas de orientación 1–2).

Notas de orientación

1. ***Idoneidad:*** la selección de los utensilios para cocinar y comer debe adaptarse culturalmente y permitir un uso seguro. Es necesario consultar a las mujeres o las personas que acostumbran supervisar la preparación de los alimentos a la hora de seleccionar dichos utensilios. Se seguirán las costumbres culturales para determinar las cantidades de utensilios de cocina que se requieran, especialmente si hay que preparar comidas separadas para diferentes grupos de la familia o, en caso necesario, para separar ciertos alimentos durante la preparación. El tipo y el tamaño de los utensilios para cocinar y comer deben ser adaptados para las personas de edad, las personas con discapacidad y los niños.
2. ***Materiales:*** todos los artículos de plástico (baldes, cuencos, bidones, recipientes para el agua, etc.) deben estar fabricados con un plástico adecuado para uso alimentario. Todos los productos metálicos (cubiertos, cuencos, platos, tazones, etc.) deben ser esmaltados o de acero inoxidable.

Norma 4 sobre artículos no alimentarios: hornos de cocina, combustible y alumbrado

Los hogares afectados por el desastre disponen de hornos de cocina seguros y de bajo consumo de combustible, así como de un buen suministro de combustible o energía doméstica, o de instalaciones de cocina comunitaria. Cada hogar dispone igualmente de medios apropiados para obtener un alumbrado artificial sostenible y garantizar así la seguridad personal.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Determinar y satisfacer las necesidades de los hogares en materia de cocina y calefacción velando por que dispongan de hornos de cocina seguros y de bajo consumo de combustible, de un buen suministro de combustible o energía doméstica, o de instalaciones de cocina comunitaria (véase la nota de orientación 1).
- Velar por que los hornos de cocina puedan utilizarse sin peligro y por que los riesgos de incendio sean reducidos al mínimo (véanse las notas de orientación 2–3).
- Localizar y establecer prioridades con respecto a fuentes de combustible o de energía doméstica medioambiental y económicamente sostenibles (véase la nota de orientación 4).
- Velar por que el combustible se obtenga y se almacene de manera segura (véase la nota de orientación 5).
- Comprobar y satisfacer las necesidades de los hogares con respecto a medios sostenibles para proporcionar luz artificial, y velar por que se disponga de fósforos o de otro medio adecuado para prender fuego al combustible, encender velas, etc. (véase la nota de orientación 6).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Todos los hogares afectados utilizan hornos de cocina de bajo consumo de combustible y disponen de las fuentes de suministro de combustible o de energía doméstica necesarias (véanse las notas de orientación 1–3).
- No se señala ningún incidente en que haya resultado herida alguna persona mientras utilizaba los hornos de cocina, o mientras se abastecía de combustible o lo almacenaba (véanse las notas de orientación 4–5).

- Los hogares afectados por el desastre disponen de medios seguros y sostenibles para alumbrarse con luz artificial y disponen de fósforos o de otro medio adecuado para prender fuego al combustible, encender velas, etc. (véase la nota de orientación 6).

Notas de orientación

1. ***Hornos de cocina:*** las características técnicas de los hornos de cocina dependen de las costumbres locales. Es necesario promover las prácticas culinarias de bajo consumo energético, incluidos el uso de hornos de bajo consumo de combustible, la preparación de la leña, el manejo del fuego, la preparación de los alimentos, la utilización común de la cocina, etc. En alojamientos comunitarios, es preferible hacer uso de instalaciones comunes o centralizadas en lugar de proporcionar hornos individuales, a fin de reducir al mínimo el peligro de incendio y la contaminación del humo dentro de la vivienda (véase la norma 2 sobre seguridad alimentaria – distribuciones de alimentos, página 210).

2. ***Ventilación:*** en los recintos cerrados los hornos de cocina deben estar provistos de conductos de humo para dar salida al exterior a los gases o humos sin causar peligro. El uso de una boca de salida en los conductos garantizará una ventilación adecuada, minimizando al mismo tiempo el riesgo de problemas respiratorios.

3. ***Protección contra incendios:*** el horno debe estar separado de los demás elementos de la vivienda. Es indispensable que los hornos interiores estén colocados sobre una base no inflamable y que el conducto de evacuación (chiminea) esté provisto de un revestimiento no inflamable en el punto por donde atraviesa la estructura de la vivienda hacia el exterior. Los hornos deben estar a una distancia prudente de las entradas y colocarse para poder acceder a ellos sin ningún peligro durante la utilización.

4. ***Fuentes sostenibles de combustible:*** es primordial manejar adecuadamente las fuentes de combustible, sobre todo si las comunidades de acogida o vecinas dependen también de ellas. Se deben reponer los recursos para garantizar la continuidad del suministro, por ejemplo plantando árboles que producen madera para leña, a fin de disminuir e incluso suprimir la explotación de madera para leña en los bosques existentes. Es necesario fomentar el uso de fuentes de combustible no tradicionales, como las briquetas fabricadas con aserrín y otras materias orgánicas, siempre que sean aceptables para la población afectada

5. ***Recolección y almacenamiento de combustible:*** se debe consultar a la población afectada, en particular a las mujeres y las niñas, sobre la ubicación y los medios de recolectar el combustible para la cocina y la calefacción, a

fin de tener en cuenta las cuestiones de seguridad personal. Es necesario considerar la carga que representa la recolección de combustible para las personas particularmente vulnerables, como las mujeres que encabezan un hogar, las personas que se ocupan de enfermos crónicos o las personas con movilidad reducida. Se debe promover el uso de combustibles más fáciles de recolectar, incluida el recurso a hornos de bajo consumo de combustible y a fuentes de combustibles más accesibles. El combustible debe estar almacenado a una distancia adecuada del horno propiamente dicho y es primordial que todo combustible líquido, como el queroseno, se mantenga fuera del alcance de los niños y los bebés.

6. ***Alumbrado artificial:*** las linternas y las velas son un medio de alumbrado familiar y fácil de conseguir, aunque es necesario medir el riesgo de incendio que representa el uso de esos artículos. Facilitar otros tipos de alumbrado artificial para garantizar la seguridad personal dentro y en las inmediaciones de los asentamientos cuando no se dispone de alumbrado público. Se debe considerar el uso de alumbrado artificial de bajo consumo energético, como la utilización de diodos electroluminiscentes y la provisión de paneles solares para generar energía eléctrica localmente.

Norma 5 sobre artículos no alimentarios: herramientas y accesorios

Las personas afectadas cuando se encargan de la construcción o del mantenimiento de su vivienda o de la eliminación de escombros, tienen acceso a las herramientas, los accesorios y la capacitación complementaria necesarios.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Comprobar y satisfacer las necesidades en materia de herramientas y accesorios de las personas encargadas de construir de manera segura parte o la totalidad de sus viviendas o instalaciones comunitarias, ocuparse de su mantenimiento o eliminar los escombros (véanse las notas de orientación 1–2).
- Velar por que los usuarios hayan entendido bien y aceptado los mecanismos adecuados para utilizar, mantener y guardar las herramientas y los accesorios, cuando están destinados a un uso comunitario o compartido (véanse las notas de orientación 1–2).

- Impartir, cuando sea necesario, capacitación o asesoramiento en el uso de las herramientas y en las tareas de construcción, mantenimiento o eliminación de escombros (véase la nota de orientación 3).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Todos los hogares o grupos comunitarios disponen de herramientas y equipamientos para realizar en condiciones de seguridad las tareas de construcción, mantenimiento o eliminación de escombros, según sea necesario (véanse las notas de orientación 1–2).
- Todos los hogares o grupos comunitarios pueden beneficiarse de una capacitación y de actividades de sensibilización sobre el uso de las herramientas y los accesorios proporcionados (véase la nota de orientación 3).

Notas de orientación

1. ***Instrumentos:*** las herramientas y los accesorios suministrados deben resultar familiares y estar adaptados al contexto. Es necesario prever clavos de diferentes tamaños, alambre galvanizado y cuerdas, así como instrumentos para el trazado y la medición. Se facilitarán herramientas cuando éstas se precisen para un uso comunitario en edificios públicos y sólo por un corto período de tiempo, o cuando los recursos locales son limitados. Es primordial que antes de la distribución todos estén de acuerdo con las modalidades para compartir herramientas, mantenerlas y guardarlas.
2. ***Actividades relativas a los medios de subsistencia:*** cuando sea posible, las herramientas suministradas deben servir también para las actividades que contribuyen a apoyar los medios de subsistencia. Es necesario verificar el uso que se hace de las herramientas para evitar los efectos negativos en el medio ambiente (como la recolección no autorizada o no sostenible de los recursos naturales), así como su uso compartido o comunitario.
3. ***Capacitación y asistencia técnica:*** es necesario realizar actividades de capacitación y sensibilización con objeto de garantizar un uso seguro y un mantenimiento simple de las herramientas en el transcurso de las actividades planificadas. En el caso de los hogares encabezados por mujeres y de otros grupos vulnerables previamente identificados, los miembros de la familia ampliada, vecinos o una mano de obra contratada aportarán su ayuda para efectuar las tareas de construcción y mantenimiento (véase la norma 4 sobre alojamiento y asentamientos, nota de orientación 1, página 302).

Anexo 1

Lista de verificación para la evaluación de las necesidades en materia de alojamiento, asentamientos humanos y artículos no alimentarios

Esta lista de preguntas sirve de guía para poder obtener la información apropiada sobre la que se deberá basar la respuesta posterior al desastre en el sector del alojamiento y los asentamientos humanos. Las preguntas formuladas no son obligatorias y deben utilizarse y adaptarse según proceda. Se parte del principio de que se obtiene de forma separada toda la información relativa a las causas subyacentes del desastre, la situación en materia de seguridad, los datos demográficos básicos sobre la población desplazada y la población de acogida, así como las indicaciones sobre las personas clave que será necesario consultar (véase la norma esencial 3, página 67).

1 Alojamiento y asentamientos humanos

Evaluación inicial y coordinación

- ¿Han concertado las autoridades competentes y las organizaciones humanitarias un mecanismo de coordinación?
- ¿Cuáles son los datos de referencia disponibles sobre la población afectada y cuáles son los peligros conocidos, así como los riesgos y las vulnerabilidades en materia de alojamiento y asentamientos?
- ¿Existe un plan de contingencia en el que se pueda basar la respuesta?
- ¿De que elementos de evaluación inicial se dispone ya?
- ¿Se ha previsto una evaluación multisectorial y/o entre organizaciones y, en caso afirmativo, se incluye en ella los aspectos relativos al alojamiento, a los asentamientos y a los artículos no alimentarios?

Datos demográficos

- ¿De cuántas personas se compone un hogar típico?
- ¿Hay en la comunidad afectada grupos de personas, desglosadas por sexo y por edad, que no forman hogares típicos (como niños no acompañados) o grupos minoritarios entre los cuales el número de integrantes de los hogares no es el típico?
- ¿Cuántos hogares afectados no tienen un alojamiento apropiado y dónde están?
- ¿Cuántas personas, desglosadas por sexo y por edad, que no son miembros de hogares individuales se encuentran sin alojamiento, o en un alojamiento inadecuado, y dónde están?
- ¿Cuántos personas afectadas que no tienen un alojamiento adecuado han sido desplazadas y pueden recibir una ayuda en el lugar de su vivienda original?
- ¿Cuántos hogares afectados que no tienen un alojamiento adecuado han sido desplazados y deben recibir una ayuda con familias de acogida o en asentamientos comunitarios provisionales?
- ¿Cuántas personas, desglosadas por sexo y por edad, no tienen acceso a instalaciones comunitarias, como escuelas, dispensarios y centros comunitarios?

Riesgos

- ¿Qué peligro inmediato presenta para la vida la falta de alojamiento adecuado y cuántas personas se encuentran ante este peligro?
- ¿Cuáles son los otros riesgos potenciales que amenazan la vida, la salud y la seguridad de la población afectada a causa de los efectos que siguen produciendo el desastre u otros peligros conocidos en la provisión de alojamiento?
- ¿Qué riesgos particulares corren las personas vulnerables, entre ellas las mujeres, los niños, los menores no acompañados, las personas con discapacidad y enfermedades crónicas debido a la falta de alojamiento adecuado, y por qué?
- ¿Qué repercusiones tiene la presencia de la población desplazada en la población de acogida?
- ¿Cuáles son los riesgos potenciales de conflicto o de discriminación dentro de los diversos grupos de la población afectada, o entre dichos grupos?

Recursos y limitaciones

- ¿Cuáles son los recursos materiales, económicos y humanos de la población afectada para satisfacer parte o la totalidad de sus necesidades urgentes en materia de alojamiento?
- ¿Cuáles son los problemas relacionados con la disponibilidad de tierras, su propiedad y su uso que es necesario resolver para satisfacer las necesidades urgentes en materia de alojamiento, incluso en materia de asentamientos comunitarios provisionales si fuera necesario?
- ¿Qué problemas tiene la población de acogida para alojar a las personas desplazadas dentro de sus viviendas o en terrenos adyacentes?
- ¿Cuáles son las posibilidades y las limitaciones de utilizar edificios o estructuras existentes disponibles y no afectadas para alojar a la población desplazada temporalmente?
- ¿Es conveniente desde el punto de vista topográfico y medioambiental usar tierras vacantes accesibles para instalar en ellas asentamientos provisionales?
- ¿Cuáles son las exigencias y las limitaciones previstas en la normativa de las autoridades locales para encontrar soluciones en materia de alojamiento?

Materiales, diseño y construcción

- ¿Cuáles son las soluciones iniciales al problema del alojamiento o los materiales que han proporcionado hasta la fecha las familias afectadas u otros actores?
- ¿Qué materiales existentes pueden recuperarse procedentes de los emplazamientos dañados para reutilizarlos en la reconstrucción de viviendas?
- ¿Cuáles son las prácticas habituales de la población afectada en el ámbito de la construcción y cuáles son los diferentes materiales que se usan para construir la estructura de soporte y el techo, así como las paredes externas?
- ¿De que otras soluciones relativas al diseño o a los materiales se puede disponer que sean conocidas o aceptables para la población afectada?
- ¿Cuáles son las características de diseño necesarias para garantizar un acceso fácil y seguro y una buena utilización de las soluciones de alojamiento por todos los miembros de la población afectada, en particular las personas con movilidad reducida?
- ¿Cómo pueden las soluciones de alojamiento potenciales que fueron identificadas minimizar los futuros riesgos y vulnerabilidades?
- De manera general, ¿cómo se construyen las viviendas y quién las construye?

- De manera general, ¿cómo se obtienen los materiales de construcción y quién se encarga de ello?
- ¿Cómo se puede capacitar o ayudar a mujeres, jóvenes, personas con discapacidad y personas de edad para que participen en la construcción de sus propias viviendas y cuáles son los obstáculos para ello?
- ¿Será necesaria una asistencia adicional mediante mano de obra voluntaria o contratada o asistencia técnica, a fin de apoyar a las personas o los familias que carecen de la capacidad o de la posibilidad de construir?

Actividades domésticas y de medios de subsistencia

- ¿Cuáles son las actividades de las familias y las actividades de apoyo a los medios de subsistencia que suelen tener lugar en las viviendas de las personas afectadas o en las zonas adyacentes, y en qué medida la asignación y el diseño del espacio reflejan esas actividades?
- ¿Cuáles son las actividades de apoyo a los medios de subsistencia legales y ambientalmente sostenibles que pueden realizarse gracias al suministro de materiales y al desarrollo de soluciones de alojamiento y asentamientos?

Servicios e instalaciones comunitarias esenciales

- ¿Cuál es la disponibilidad actual de agua para beber y para la higiene personal, y cuáles son las posibilidades y las limitaciones para poder satisfacer las necesidades previstas en materia de saneamiento?
- ¿Se dispone actualmente de instalaciones sociales (dispensarios, escuelas, lugares de culto, etc.) y cuáles son las restricciones y las posibilidades de acceso a esas instalaciones?
- Si los edificios públicos, especialmente las escuelas, son utilizadas para el alojamiento de las personas desplazadas, ¿hay un proceso y un calendario previstos para restablecer el uso inicial de esos edificios?

Repercusiones en la comunidad de acogida y en el medio ambiente

- ¿Cuáles son los temas que preocupan a la comunidad de acogida?
- ¿Qué problemas relativos a la organización y a la planificación plantea el alojamiento de las personas desplazadas dentro de la comunidad de acogida o en los asentamientos provisionales?
- ¿Cuáles son las preocupaciones ambientales relativas al suministro local de materiales de construcción?
- ¿Cuáles son las preocupaciones ambientales en relación con las necesidades de las personas desplazadas en materia de combustible, saneamiento, eliminación de desechos, pastoreo del ganado, llegado el caso?

2 Artículos no alimentarios

Necesidades en materia de artículos no alimentarios

- ¿Cuáles son los artículos no alimentarios indispensables para la población afectada?
- ¿Pueden algunos de esos artículos obtenerse localmente?
- ¿Es posible utilizar dinero en efectivo o cupones?
- ¿Será necesaria una asistencia técnica para completar el suministro de artículos para la instalación de viviendas?

Prendas de vestir y ropa de cama

- ¿Qué tipos de prendas de vestir, mantas y ropa de cama utilizan normalmente las mujeres, los hombres, los niños y los bebés, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad, y cuáles son las consideraciones particulares de índole social y cultural que han de tenerse en cuenta?
- ¿Cuántas mujeres y hombres de todas las edades, niños y lactantes tienen prendas de vestir, mantas o ropa de cama inadecuadas o en cantidad insuficiente para protegerse de los rigores del clima y mantener su salud, su dignidad y su bienestar?
- ¿Cuáles son los riesgos potenciales para la vida, la salud y la seguridad de las personas afectadas que están vinculados con las necesidades en materia de prendas de vestir, mantas o ropa de cama adecuados?
- ¿Qué medidas de lucha antivectorial, especialmente el suministro de mosquiteros, deben adoptarse para garantizar la salud y el bienestar de las familias?

Preparación y consumo de alimentos, hornos de cocina y combustible

- ¿De qué utensilios para cocinar y comer disponía un hogar típico antes del desastre?
- ¿Cuántos hogares no tienen acceso a una cantidad suficiente de utensilios y enseres de cocina?
- ¿Cómo solían cocinar y calentar la vivienda las personas afectadas antes del desastre, y dónde cocinaban los alimentos?
- ¿Qué combustible se utilizaba normalmente para cocinar y calentar la vivienda antes del desastre, y cómo se obtenía?
- ¿Cuántos hogares no disponen de un horno para cocinar y calentar la vivienda, y por qué?

- ¿Cuántos hogares no disponen de un suministro adecuado de combustible para cocinar y calentar la vivienda?
- ¿Cuáles son las posibilidades y las limitaciones, en particular las preocupaciones ambientales, de conseguir un suministro adecuado de combustible para la población afectada por el desastre y la población vecina?
- ¿Cuáles son las consecuencias para la población afectada por el desastre, en particular para las mujeres de todas las edades, de los esfuerzos destinados a obtener un adecuado suministro de combustible?
- ¿Qué consideraciones de índole cultural han de tenerse en cuenta con respecto a la cocción y al consumo de los alimentos?

Herramientas y equipamiento

- ¿De qué herramientas básicas disponen los hogares para construir, mantener o reparar las viviendas?
- ¿En qué actividades de apoyo a los medios de subsistencia pueden utilizarse también las herramientas básicas para la construcción, el mantenimiento y la eliminación de escombros?
- ¿Qué actividades de capacitación y sensibilización son necesarias para garantizar un uso seguro de las herramientas?

Referencias y lecturas complementarias

El derecho a una vivienda adecuada (artículo 11 (1) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Comentario General 4, 12 de diciembre de 1991, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer; artículo14(2)(h), 1981.

Convención sobre los Derechos del Niño ; artículo 27(3), 1990.

Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial, artículo 5(e)(iii), 1969.

Convención Internacional sobre el Estatuto de los Refugiados, artículo 21, 1951.

Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 25, 1948.

Publicaciones generales

ACNUR, *Handbook for Emergencies*, Third Edition, Ginebra, 2007.

Banco Mundial, *Handbook for Post-Disaster Housing and Community Reconstruction,* Washington, 2010.

Comité Permanente entre Organismos (IASC), *Shelter Projects 2008, IASC Emergency Shelter* Cluster, Ginebra, 2008.

Corsellis T. et Vitale A., *Transitional Settlement : Displaced Populations,* Oxfam, Oxford, 2005.

Davis J. and Lambert R, (2002), *Engineering in Emergencies: A Practical Guide for Relief Workers*. RedR/IT Publications, Londres, 2002.

Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Federación Internacional), *Owner-Driven Housing Reconstruction Guidelines,* Ginebra, 2010.

Federación Internacional/Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (ONU-Hábitat), *Shelter Projects 2009*, Federación Internacional, Ginebra, 2010.

OCAH, *Shelter after disaster: strategies for transitional settlement and reconstruction,* Ginebra, 2010.

Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO), Consejo Noruego para los Refugiados, Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACDH),

Programa de Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (ONU-Hábitat), ACNUR, *Manual sobre la Restitución de las Viviendas y el Patrimonio de Refugiados y Personas Desplazadas. Aplicación de los "Principios Pinheiro",* 2007.

Oficina del Coordinador para el Socorro en Casos de Desastre (UNDRO), *El alojamiento después de los desastres: Directrices para la prestación de asistencia,* Nueva York, 1984.

ProVetion Consortium, *Herramientas para la integración de la reducción del riesgo de desastres: Notas de orientación para organizaciones de desarrollo.* « Nota de orientación 12, Planes de construcción, normas de edificación y selección de emplazamientos », Ginebra, 2007.

Red Interagencial para la Educación en Situaciones de Emergencia (INEE), *Normas mínimas para la educación: preparación, respuesta, recuperación* Nueva York, 2010. www.ineesite.org

Asentamientos comunitarios provisionales

Consejo Noruego para los Refugiados, *Manual de herramientas de gestión de campos,* Oslo, 2008.

CCCM Cluster, *Collective Centre Guidelines,* ACNUR y Organización Internacional para las Migraciones, Ginebra, 2010.

Medio Ambiente

ACNUR, *Environmental Considerations in the Life Cycle of Refugee Camps,* Ginebra, 2002.

Kelly C., *Guidelines for rapid environmental impact assessment in disasters,* Benfield Hazard Research Center, University College London et CARE International, Londres, 2005.

Kelly C., *Checklist-Based Guide to Identifying Critical Environmental Considerations in Emergency Shelter Site Selection, Construction, Management and Decommissioning,* ProAct Network y CARE International, 2005.

WWF y Cruz Roja Americana, *Green Recovery and Reconstruction Toolkit for Humanitarian Aid,* Washington DC, 2010
www.worldwildlife.org/what/partners/humanitarian/green-recovery-and-reconstruction-toolkit.html

Dinero en efectivo, cupones y estudios de mercado

Albu M., *The Emergency Market Mapping and Analysis Toolkit,* Practical Action Publishing, Rugby, UK, 2010.

Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR)/Federación Internacional, *Guidelines for cash transfer programming,* Ginebra, 2007.

Creti P., and Jaspars S., *Cash Transfer Programming in Emergencies,* Oxfam, Oxford, 2006.

Discapacidad

Handicap International, *Disability Checklist for Emergency Response.* www.handicap-international.de/fileadmin/redaktion/pdf/disability_checklist_booklet_01.pdf

Cuestiones de género

Comité permanente entre organismos (IASC), *Mujeres, niñas, niños y hombres, Igualdad de oportunidades para necesidades diferentes, Manual sobre cuestiones de género en la acción humanitaria,* 2008.

Apoyo psicosocial

Comité permanente entre organismos (IASC), *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes,* 2007.

Escuelas y edificios públicos

Banco Mundial, Estrategia Internacional de las Naciones Unidas para la Reducción de los Desastres, INEE, *Guidance Notes on Safer School Construction,* 2009.

Artículos no alimentarios/socorros

CICR/Federación Internacional, *Emergency Items Catalogue*, Third Edition, Ginebra, 2009.

Federación Internacional/Oxfam Internationa, *La lona de plástico – Guía sobre las especificaciones y uso de la lona de plástico en la ayuda humanitaria,* Oxford, 2007.

IASC Emergency Shelter Cluster, *Selecting NFIs for Shelter,* Ginebra, 2007.

IASC Task Force on Safe Access to Firewood and Alternative Energy in humanitarian settings, *Decision Tree Diagrams on Factors Affecting Choice of Fuel Strategy in Humanitarian Settings*, Ginebra, 2009.

Oficina de Servicios Interinstitucionales de Adquisición, *Emergency Relief Items: Compendium of Generic Specifications,*Vols 1 and 2, United Nations Development Programme, Nueva York, 2000.

OCAH, Tents: A Guide to the Use and Logistics of Family Tents in Humanitarian Relief, Ginebra, 2004.

Normas mínimas sobre acción de salud

Cómo utilizar la información de este capítulo

El presente capítulo se divide en dos secciones principales:

sistemas de salud;

servicios de salud esenciales.

Para organizar la prestación de servicios de salud en las respuestas en situaciones de desastre, se adopta un enfoque basado en los sistemas de salud, que abarca el diseño, la implementación, el seguimiento y la evaluación de los servicios de salud. Éste es el enfoque más apropiado para determinar las necesidades de salud prioritarias y atenderlas de manera eficaz y eficiente. En todo el capítulo se hace hincapié en principios tales como el apoyo a los sistemas de salud locales y nacionales, la coordinación y la armonización de enfoques y herramientas.

La información de este capítulo se debe aplicar de conformidad con los principios de protección y las normas esenciales.

Aunque su objetivo principal es guiar la acción humanitaria inicial después de un desastre, las normas pueden aplicarse también a la preparación para desastres.

Cada sección contiene los aspectos siguientes:

- **Las normas mínimas,** que son de índole cualitativa y especifican los niveles mínimos que deben alcanzarse en la prestación de servicios de salud en una respuesta humanitaria.
- **Las acciones clave,** que son actividades y aportes que se sugiere realizar para cumplir las normas.
- **Los indicadores clave,** que son las "señales" que permiten comprobar si se ha cumplido o no una norma. Ofrecen una forma de medir y comunicar los procedimientos y resultados de las acciones clave. Están relacionados con las normas mínimas, no con las acciones clave.
- **Las notas de orientación,** que versan sobre los puntos específicos que han de tenerse en cuenta al aplicar las normas mínimas, las acciones clave y los indicadores clave en situaciones diferentes. Ofrecen una orientación para resolver dificultades prácticas, así como puntos de referencia y consejos sobre temas prioritarios. Pueden abarcar también cuestiones cruciales relacionadas con las normas, las acciones o los indicadores, y exponen dilemas, puntos polémicos o lagunas que subsisten en los conocimientos actuales.

Si no se pueden cumplir las acciones clave y los indicadores clave, habrá que evaluar las consecuencias negativas que ello implica para la población afectada y tomar las medidas de mitigación que corresponda.

Los anexos al final del capítulo incluyen una lista de verificación para las evaluaciones de los servicios de salud, modelos de formularios para los informes de vigilancia y fórmulas para calcular los indicadores sanitarios clave. Por último, hay una sección que propone referencias y lecturas complementarias.

Índice

Introducción 331

1. Sistemas de salud 337

2. Servicios de salud esenciales 352

2.1. Servicios de salud esenciales – control de enfermedades transmisibles 355

2.2. Servicios de salud esenciales – salud infantil 365

2.3. Servicios de salud esenciales – salud sexual y reproductiva 370

2.4. Servicios de salud esenciales – lesiones 377

2.5. Servicios de salud esenciales – salud mental 380

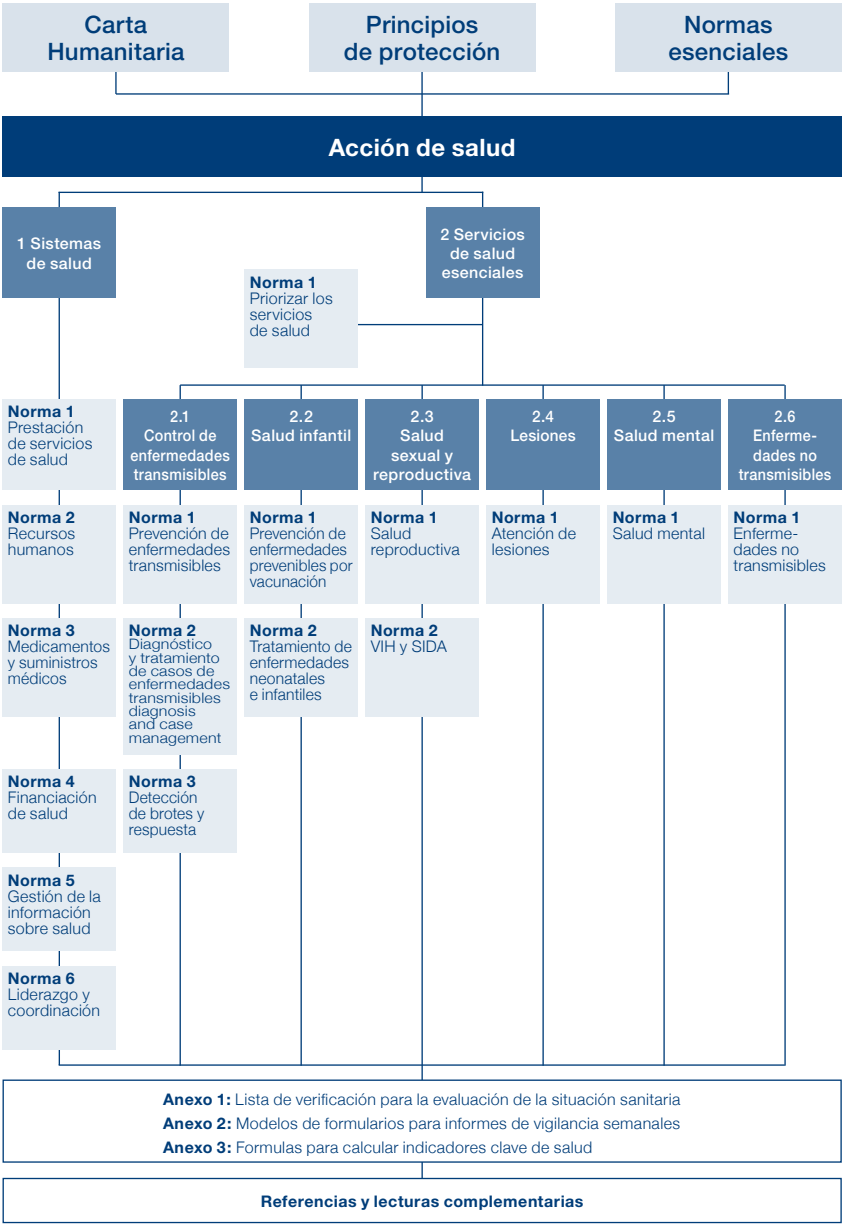
2.6. Servicios de salud esenciales - enfermedades no transmisibles 383

Anexo 1: Lista de verificación para la evaluación de la situación sanitaria 385

Anexo 2: Modelos de formularios para los informes semanales de vigilancia 388

Anexo 3: Fórmulas para calcular indicadores sanitarios clave 393

Referencias y lecturas complementarias 395


Carta Humanitaria
Principios de protección
Normas esenciales
Acción de salud
1 Sistemas de salud
2 Servicios de salud esenciales
Norma 1 Priorizar los servicios de salud
Norma 1 Prestación de servicios de salud
Norma 2 Recursos humanos
Norma 3 Medicamentos y suministros médicos
Norma 4 Financiación de salud
Norma 5 Gestión de la información sobre salud
Norma 6 Liderazgo y coordinación
2.1 Control de enfermedades transmisibles
Norma 1 Prevención de enfermedades transmisibles
Norma 2 Diagnóstico y tratamiento de casos de enfermedades transmisibles diagnosis and case management
Norma 3 Detección de brotes y respuesta
2.2 Salud infantil
Norma 1 Prevención de enfermedades prevenibles por vacunación
Norma 2 Tratamiento de enfermedades neonatales e infantiles
2.3 Salud sexual y reproductiva
Norma 1 Salud reproductiva
Norma 2 VIH y SIDA
2.4 Lesiones
Norma 1 Atención de lesiones
2.5 Salud mental
Norma 1 Salud mental
2.6 Enfermedades no transmisibles
Norma 1 Enfermedades no transmisibles
Anexo 1: Lista de verificación para la evaluación de la situación sanitaria
Anexo 2: Modelos de formularios para informes de vigilancia semanales
Anexo 3: Formulas para calcular indicadores clave de salud
Referencias y lecturas complementarias

Introducción

Relación con la Carta Humanitaria y el derecho internacional

Las normas mínimas sobre las acciones de salud son una expresión concreta de las convicciones y los compromisos que comparten las organizaciones humanitarias, así como de los principios comunes, enunciados en la Carta Humanitaria, por los que se rige su acción. Fundados en el principio de humanidad y consagrados en el derecho internacional, dichos principios abarcan el derecho a la vida y a la dignidad, el derecho a la protección y a la seguridad, y el derecho a recibir asistencia humanitaria según las necesidades. En el anexo 1 (página 404) figura una lista de documentos jurídicos y de política en los que se fundamenta la Carta Humanitaria, con comentarios explicativos destinados a todo el personal humanitario.

Aunque son principalmente los Estados los que deben garantizar el cumplimiento de los derechos arriba enunciados, las organizaciones humanitarias tienen la responsabilidad de trabajar con las poblaciones afectadas por un desastre de manera que se respeten esos derechos. De esos derechos de alcance general se derivan varios otros más específicos, como el derecho a la participación, el derecho a la información y el derecho a la no discriminación, así como los derechos específicos al agua, a la alimentación, a la vivienda y a la salud, en los que se sustentan las normas mínimas contenidas en el presente manual.

Toda persona tiene derecho a la salud, un derecho consagrado en una serie de instrumentos jurídicos internacionales. El derecho a la salud se puede garantizar solamente si la población está protegida, los profesionales responsables de los servicios de salud están debidamente capacitados y se adhieren a los principios éticos y normas profesionales universales, si el sistema en el cual trabajan está diseñado para cumplir con las normas mínimas requeridas y si el Estado tiene la voluntad y la capacidad para establecer y garantizar las condiciones de seguridad y estabilidad necesarias. En tiempos de conflicto armado, los hospitales e instalaciones sanitarias civiles no pueden bajo ninguna circunstancia ser objeto de ataques, y el personal médico y sanitario tiene derecho a ser protegido. Está prohibido llevar a cabo actos o actividades que pongan en peligro la neutralidad de las instalaciones de salud, como por ejemplo portar armas.

Las normas mínimas que figuran en este capítulo no son la expresión completa del derecho a la salud. Sin embargo, las normas de Esfera recogen lo esencial del derecho a la salud, en particular durante situaciones de emergencia, y contribuyen a la realización progresiva de este derecho en todo el mundo.

La importancia de la acción de salud en casos de desastre

El acceso a la atención de salud es un factor crucial para la supervivencia en las etapas iniciales de un desastre. Los desastres tienen casi siempre efectos significativos en la salud pública y en el bienestar de las poblaciones afectadas. Esos efectos pueden ser directos (por ejemplo, muerte a causa de la violencia o lesiones) o indirectos (como el aumento de las tasas de enfermedades infecciosas y/o la malnutrición). Estos efectos indirectos suelen estar relacionados con factores como la cantidad y calidad inadecuados del agua, la destrucción de las instalaciones de evacuación sanitaria, la interrupción o reducción del acceso a los servicios de salud y el deterioro de la situación de seguridad alimentaria. La falta de seguridad, las restricciones al movimiento, los desplazamientos forzosos y el deterioro de las condiciones de vida (hacinamiento y alojamiento inadecuado) también pueden constituir amenazas a la salud pública. El cambio climático puede aumentar la vulnerabilidad y el riesgo.

Los objetivos primordiales de la respuesta humanitaria en caso de crisis son prevenir y reducir la mortalidad y la morbilidad excesivas. De lo que se trata sobre todo es de mantener o reducir la tasa bruta de mortalidad y la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años a menos del doble de las tasas de referencia documentadas antes del desastre para los grupos de población en cuestión (véase el cuadro “Niveles de base de la mortalidad por región”, página 354). Según los tipos de desastre varían la escala y la distribución de la mortalidad y la morbilidad (véase el cuadro “Consecuencias de diversos desastres sobre la salud pública”, página 333) y, por consiguiente, las necesidades de atención de salud de la población afectada dependerán del tipo y de la envergadura del desastre.

La función del sector de salud es prestar servicios de salud esenciales, con inclusión de respuestas de prevención y promoción que contribuyen eficazmente a reducir los riesgos. Los servicios de salud esenciales son respuestas de carácter prioritario que abordan eficazmente las principales causas del exceso de mortalidad y morbilidad. Es necesario apoyar la prestación de servicios de salud esenciales con medidas destinadas a fortalecer el sistema de salud. La manera en que se planeen, organicen y ejecuten las respuestas de salud en casos de desastre puede reforzar o socavar los sistemas de salud existentes y su futura recuperación y desarrollo.

Es primordial analizar el sistema de salud existente para determinar su nivel de desempeño y detectar los obstáculos existentes a la prestación y el acceso a los servicios de salud. Puede ocurrir que en las primeras fases de un desastre la información sea incompleta y haya que tomar importantes decisiones de salud pública sin disponer de todos los datos pertinentes; pero en cuanto sea posible se debe llevar a cabo una evaluación multisectorial (véase la norma esencial 3, página 67).

Para mejorar las respuestas es necesario mejorar la preparación. La preparación se basa en un análisis de los riesgos y está estrechamente vinculada con los sistemas de alarma temprana. La preparación incluye la planificación de contingencia, el almacenamiento de equipos y suministros, el establecimiento y/o el mantenimiento de servicios de emergencia y una estructura en estado de alerta, comunicaciones, una estructura de gestión de la información y coordinación, la capacitación del personal, la planificación a nivel de la comunidad, los entrenamientos. La adopción e imposición de un código de edificación puede reducir considerablemente el número de muertes y lesiones graves que producen los terremotos, además de garantizar que las instalaciones de salud sigan en buen estado después de un desastre.

Consecuencias de ciertos desastres sobre la salud pública

Observación: Incluso para tipos específicos de desastre, los patrones de morbilidad y mortalidad varían considerablemente de un contexto a otro.

Efectos	**Emergencias complejas**	**Terremotos**	**Huracanes (sin inundaciones)**	**Inundaciones**	**Crecidas / tsunamis**
Muertes	Muchas	Muchas	Pocas	Pocas	Muchas
Lesiones graves	Varía	Muchas	Moderadas	Pocas	Pocas
Riesgo mayor de transmisión de enfermedades	Alto	Varía*	Bajo	Varía*	Varía*
Escasez de alimentos	Courante	Rara vez	Rara vez	Varía	Frecuente
Desplazamientos masivos de población	Courante	Rara vez (puede ocurrir en zonas urbanas muy afectadas)	Rara vez (puede ocurrir en zonas urbanas muy afectadas)	Frecuente	Varía

** Depende de los desplazamientos posteriores al desastre y de las condiciones de vida de la población*
Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud, 1981

Relación con otros capítulos

Dada la repercusión de los diferentes factores determinantes en el estado de salud, muchas de las normas contenidas en los otros capítulos son pertinentes para este capítulo. Los progresos realizados en el cumplimiento de las normas en un ámbito suelen influir, e incluso determinar, el progreso en otros ámbitos. Para que las respuestas en casos de desastre sean eficaces, se requiere una estrecha coordinación y colaboración con otros sectores. También es necesario coordinar con las autoridades locales, otras organizaciones de socorro y las organizaciones comunitarias para garantizar que las necesidades sean atendidas, que no se dupliquen los esfuerzos, que se utilicen los recursos de manera óptima y que la calidad de los servicios de salud sea adecuada. Cuando procede, se hace referencia a normas específicas o notas de orientación de otros capítulos, así como a normas conexas y complementarias.

Relación con los principios de protección y las normas esenciales

Para cumplir las normas presentadas en este manual, todas las organizaciones humanitarias deben guiarse por los principios de protección, aunque no tengan un mandato específico de protección ni sean especialistas en la materia. Los principios no son “absolutos”: se admite que las circunstancias pueden limitar hasta qué punto las organizaciones pueden aplicarlos. Sin embargo, los principios de protección son el reflejo de preocupaciones humanitarias universales que deberían guiar la acción en todo momento.

Las normas esenciales son normas básicas relativas a los procesos y al personal comunes a todos los sectores. Las seis normas esenciales abarcan la participación, la evaluación inicial, la respuesta, la selección de destinatarios, el seguimiento, la evaluación, el desempeño de los trabajadores humanitarios, así como la supervisión del personal y el apoyo que se le presta. Ofrecen un punto de referencia único para los enfoques que sustentan a todas las demás normas del manual. Por consiguiente, para cada capítulo técnico hay que utilizar al mismo tiempo las normas esenciales que permitirán lograr el cumplimiento de las demás normas en él contenidas. En particular, para lograr que una respuesta sea apropiada y de calidad, será necesario maximizar la participación de las personas afectadas por el desastre, incluidos los grupos y personas más expuestos al riesgo en casos de desastre.

Vulnerabilidades y capacidades de las poblaciones afectadas por un desastre

Esta sección está concebida para utilizarse juntamente con las normas esenciales y sirve para reforzarlas.

Es muy importante comprender que una persona no es más vulnerable ni está expuesta a un mayor riesgo meramente porque es joven, o de edad avanzada, porque es una mujer o una persona con discapacidad o que vive con el VIH. Es más bien la combinación de varios de esos factores lo que lleva a ese resultado. Así por ejemplo, una persona de más de 70 años que vive sola y no goza de buena salud, será sin duda más vulnerable que una persona de la misma edad y con el mismo estado de salud pero que vive rodeada por una familia numerosa y que tiene un ingreso suficiente. Análogamente, una niña de 3 años es mucho más vulnerable cuando no está acompañada que si estuviera cuidada por padres responsables.

En la medida en que se aplican las normas que rigen para las acciones de salud y se implementan las acciones clave, el análisis de la vulnerabilidad y la capacidad permite asegurar que la respuesta en casos de desastre se dirige efectivamente a las personas que tienen derecho a una asistencia sin discriminación y que más lo necesitan. Para ello, se precisa una comprensión cabal del contexto local y de la manera en que una determinada crisis afecta de diferentes formas a grupos específicos de personas a causa de vulnerabilidades ya existentes (por ejemplo, en una situación de pobreza extrema o de discriminación), el hecho de verse expuestos a diversas amenazas contra su seguridad (por ejemplo, la violencia de género, como la explotación sexual), la incidencia o prevalencia de enfermedades (por ejemplo, el VIH o la tuberculosis), y los riesgos de epidemias (por ejemplo, el sarampión o el cólera). Los desastres pueden agravar las disparidades que ya existían. Por ello, es esencial preconizar las estrategias que permiten a las personas hacer frente a una situación, y potenciar su resiliencia y su recuperación. Asimismo, es necesario promover y reforzar sus conocimientos, competencias y estrategias, reforzar su acceso a los servicios de apoyo social, jurídico, financiero y psicosocial, así como ayudarlas a salvar los diversos obstáculos físicos, culturales, económicos y sociales con los que pueden tropezar al buscar un acceso equitativo a dichos servicios.

A continuación se mencionan algunas de las medidas más importantes que deben adoptarse para poder garantizar que los derechos y las capacidades de todas las personas vulnerables se tengan debidamente en cuenta.

- Optimizar la participación de las personas, velando por que se incluyan todos los grupos representativos, especialmente aquellos que son menos visibles (como las personas con dificultad para comunicarse o moverse,

las personas que viven en instituciones, los jóvenes estigmatizados y otros grupos subrepresentados o no representados).

- Desglosar los datos por sexo y por edad (0-80 años y más) durante la evaluación; se trata de un elemento importante para que en el sector de la salud se tenga debidamente en cuenta la diversidad de los grupos de población.
- Velar por que todos los miembros de la comunidad sepan que tienen derecho a la información sobre las prestaciones y tengan acceso a dicha información.

Normas mínimas

1. Sistemas de salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los sistemas de salud como "todos los recursos, organizaciones e instituciones dedicados a producir acciones de salud". Incluye toda la gama de actores que contribuyen a la prestación, la financiación y la gestión de servicios de salud, los esfuerzos que se realizan por influir sobre los determinantes de la salud y la prestación directa de servicios de salud, y abarca todos los niveles: central, regional, distrital, comunitario y familiar.

Las normas de Esfera sobre los sistemas de salud están organizadas conforme al marco establecido por la OMS, que consta de seis componentes: dirección, recursos humanos, medicamentos y suministros médicos, financiación de los servicios de salud, gestión de la información sobre salud y prestación de servicios. Entre todas estas funciones existen numerosas interconexiones e interacciones, y una acción que afecta a un componente puede afectar a los otros. Los componentes del sistema de salud son las funciones necesarias para prestar servicios de salud esenciales. Las acciones de salud durante las respuestas en casos de desastre deben planearse e implementarse de manera que contribuyan a fortalecer los sistemas de salud.

Norma 1 sobre sistemas de salud: prestación de servicios de salud

Todas las personas tienen igual acceso a servicios de salud de calidad, seguros y eficaces, que están estandarizados y se atienen a los protocolos y directrices aceptados.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Prestar servicios de salud al nivel adecuado del sistema de salud. Los niveles incluyen los hogares y las comunidades, los dispensarios o puestos de salud, los centros de salud y los hospitales (véase la nota de orientación 1).
- Adaptar o crear protocolos estandarizados para la gestión de las enfermedades más comunes, teniendo en cuenta las normas y directrices nacionales (véase la nota de orientación 2).

- Establecer o mejorar un sistema estandarizado de derivación y velar por que todas las organizaciones lo utilicen (véase la nota de orientación 1).
- Establecer o mejorar un sistema estandarizado de triaje en todos los establecimientos sanitarios para asegurar que las personas con signos de necesitar atención urgente sean tratadas inmediatamente.
- Iniciar la educación y promoción de la salud en los niveles de la comunidad y los establecimientos sanitarios (véase la nota de orientación 3).
- Implementar y supervisar el uso seguro y racional de la sangre y los productos sanguíneos (véase la nota de orientación 5).
- Velar por que se disponga de servicios de laboratorio y que se utilicen cuando esté indicado (véase la nota de orientación 6).
- Evitar el establecimiento de servicios de salud alternativos o paralelos, incluidos los dispensarios móviles y hospitales de campaña (véanse las notas de orientación 7-8).
- Diseñar los servicios de salud de manera que se garanticen los derechos de los pacientes a la privacidad, la confidencialidad y el consentimiento informado (véase la nota de orientación 9).
- Implementar en los establecimientos sanitarios procedimientos apropiados de gestión de desechos, medidas de seguridad y métodos de control de infecciones (véanse las notas de orientación 10-11 y la norma 1 sobre gestión de desechos sólidos, página 132).
- Dar a los cadáveres una sepultura digna, culturalmente apropiada y basada en las buenas prácticas de salud pública (véanse la nota de orientación 12 y la norma 1 sobre gestión de desechos sólidos, nota de orientación 8, página 136).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Hay un número adecuado de establecimientos sanitarios para satisfacer las necesidades de salud esenciales de toda la población afectada por el desastre:
  - una unidad básica de salud / 10.000 personas (las unidades básicas de salud son establecimientos de atención primaria de salud en los que se brindan servicios de salud generales);
  - un centro de salud / 50.000 personas;
  - un hospital rural o de distrito / 250.000 personas;
  - más de diez camas para maternidad y pacientes hospitalizados / 10.000 personas
    (véase la nota de orientación 1).

- Las tasas de utilización de los establecimientos sanitarios son de 2-4 nuevas consultas / persona / año entre la población rural y dispersa (véanse la nota de orientación 4 y el anexo 3: Fórmulas para calcular los indicadores clave de salud).

Notas de orientación

1. ***Nivel de los establecimientos sanitarios:*** los establecimientos se clasifican por su tamaño y los servicios que prestan. El número de establecimientos sanitarios y su ubicación puede variar según el contexto. Los sistemas de salud deben también elaborar un proceso para asegurar la continuidad de la atención. La mejor manera de lograrlo es establecer un sistema eficaz de derivación, en especial para las respuestas que salvan vidas. El sistema de derivación debe funcionar durante las 24 horas del día, siete días a la semana.

2. ***Normas y directrices nacionales:*** en general, las organizaciones deben adherirse a las normas y directrices de salud del país donde se lleva a cabo la operación, incluidos los protocolos de tratamiento y las listas de medicamentos esenciales. Si son anticuadas o no reflejan las prácticas basadas en pruebas, se deben utilizar como referencia las normas internacionales, y el organismo que dirige la respuesta en materia de salud debe apoyar al Ministerio de Salud para que actualice las normas nacionales.

3. ***Promoción de la salud:*** debe iniciarse un programa activo de promoción de la salud en la comunidad en consulta con las autoridades sanitarias locales y con representantes de la comunidad, velando por que haya una representación equilibrada de mujeres y hombres. El programa debe suministrar información sobre los principales problemas de salud, los riesgos sanitarios, la disponibilidad de servicios de salud y su localización, así como sobre los tipos de comportamiento que mantienen y promueven la buena salud, abordando y desalentando las prácticas nocivas. Los mensajes y el material de promoción de la salud pública deben utilizar medios y lenguaje apropiados, ser culturalmente aceptables y fáciles de comprender. Las escuelas y los espacios de esparcimiento infantil son lugares importantes para difundir información y hacer llegar el mensaje a los niños y a sus padres (véanse las Normas Mínimas de la Red Interagencial para la Educación en Situaciones de Emergencia (INEE), norma 3 sobre acceso y ambiente de aprendizaje).

4. ***Tasa de utilización de los servicios de salud:*** no existe una cifra de umbral mínimo para la utilización de los servicios de salud, ya que ésta varía de un caso a otro. Entre las poblaciones rurales y dispersas estables, la tasa de utilización debería ser de al menos una nueva consulta por persona por año. Entre las poblaciones afectadas por desastres, puede esperarse un promedio de 2-4 nuevas consultas por persona por año. Si la tasa es más baja de lo previsto, eso puede indicar que el acceso a los servicios de salud

no es adecuado y si es más alta, ello puede deberse a una sobreutilización por un problema de salud pública específico o a una subestimación de la población destinataria. Al analizar las tasas de utilización, en el caso ideal debe tomarse en cuenta también la utilización según el sexo, la edad, el origen étnico y la discapacidad (véase el anexo 3: Fórmulas para calcular los indicadores clave de salud).

5. ***Transfusiones de sangre seguras:*** es necesario coordinar las actividades con el servicio nacional de transfusiones sanguíneas, si lo hay. Sólo debe recolectarse sangre de donantes voluntarios no remunerados. Deben establecerse buenas prácticas de laboratorio, incluida la detección de infecciones transmisibles por transfusión, la determinación del grupo sanguíneo, las pruebas de compatibilidad, la producción de componentes sanguíneos y el almacenamiento y transporte de los productos sanguíneos. Se pueden reducir las transfusiones innecesarias mediante un uso clínico eficiente de la sangre que incluya el uso de alternativas (cristaloides y coloides) cuando sea posible. Es esencial capacitar a personal sanitario para garantizar la seguridad en el suministro de sangre y su uso clínico eficiente.

6. ***Servicios de laboratorio:*** las enfermedades transmisibles más comunes pueden ser diagnosticadas por medios clínicos (por ejemplo diarrea, infecciones respiratorias agudas) o con ayuda de pruebas de diagnóstico rápido o microscopio (por ejemplo paludismo). Es sumamente útil realizar pruebas de laboratorio para confirmar la causa de un posible brote, hacer pruebas de cultivos y de sensibilidad a los antibióticos para asistir las decisiones de tratamiento de casos (por ejemplo disentería) y seleccionar vacunas donde pueda ser indicada la inmunización masiva (por ejemplo meningitis meningocócica). Para ciertas enfermedades no transmisibles, como la diabetes, las pruebas de laboratorio son esenciales para el diagnóstico y el tratamiento.

7. ***Dispensarios móviles:*** en algunos desastres, puede ser necesario el funcionamiento de dispensarios móviles para atender a las necesidades de poblaciones aisladas o móviles que tienen acceso limitado a la atención de salud. Los dispensarios móviles también han demostrado cumplir un papel esencial para mejorar el acceso al tratamiento cuando se producen brotes en los que se espera un gran número de casos, como los brotes de paludismo. Sólo se debe recurrir a dispensarios móviles después de consultar al organismo director a cargo del sector de salud y a las autoridades locales (véase la norma 6 sobre sistemas de salud, página 350).

8. ***Hospitales de campaña:*** los hospitales de campaña pueden ser a veces el único medio de prestar atención de salud cuando los hospitales locales se encuentran seriamente dañados o destruidos. No obstante, en general es más eficaz aportar recursos a los hospitales existentes, de modo que

puedan volver a funcionar o, según el caso, hacer frente a la mayor carga de pacientes. Puede ser conveniente instalar un hospital de campaña para atender de inmediato a las lesiones traumáticas (en las primeras 48 horas), para la atención secundaria de dichas lesiones y las emergencias quirúrgicas y obstétricas de rutina (entre los días 3 y 15) o como establecimiento sanitario provisional para reemplazar un hospital local dañado hasta su rehabilitación. Dado que los hospitales de campaña gozan de alta visibilidad, los gobiernos donantes suelen ejercer una fuerte presión política para instalarlos. Sin embargo, es importante que la decisión de desplegar un hospital de campaña esté basada solamente en las necesidades y en su valor añadido.

9. ***Derechos de los pacientes:*** los establecimientos sanitarios y los servicios de salud deben ser diseñados de manera que garanticen la privacidad y la confidencialidad. Debe procurarse que el paciente (o, en caso de que éste no esté en condiciones de hacerlo, su tutor) otorgue su consentimiento informado antes de ser sometido a un procedimiento médico o quirúrgico. Es necesario que el personal de salud tenga claro que los pacientes tienen derecho a saber lo que implica cada procedimiento, al igual que los beneficios esperados, los riesgos potenciales, los costos y la duración del procedimiento.

10. ***Control de infecciones en establecimientos sanitarios y seguridad de los pacientes:*** para que la respuesta en casos de desastre sea eficaz, es primordial llevar a cabo programas continuos de prevención y control de infecciones tanto a nivel nacional como en la periferia, y en los diversos niveles de establecimientos sanitarios. Un programa de prevención y control de infecciones en un establecimiento sanitario debe incluir:

    - políticas definidas en materia de prevención y control de infecciones (por ejemplo medidas de rutina y adicionales de control de infecciones para abordar amenazas potenciales);
    - personal calificado y dedicado (equipo de prevención y control de infecciones) que lleve a cabo un programa de control de infecciones con un alcance, una función y una responsabilidad definidos;
    - un sistema de vigilancia de alerta temprana para la detección de brotes de enfermedades transmisibles;
    - un presupuesto para las actividades (por ejemplo capacitación de personal) y suministros para una respuesta en caso de emergencia;
    - precauciones generales reforzadas y precauciones específicas adicionales definidas para un brote epidémico;
    - controles administrativos (por ejemplo política de aislamiento) y controles del entorno y técnicos (por ejemplo mejoramiento del aireamiento del entorno);
    - uso de equipos de protección del personal;

- supervisión de las prácticas de prevención y control de infecciones y revisión periódica de las recomendaciones.

11. ***Desechos sanitarios:*** los desechos peligrosos que se generan en los establecimientos sanitarios se pueden clasificar según se trate de desechos infecciosos no punzantes, material punzante y desechos comunes no infecciosos. Si la gestión de los desechos sanitarios es deficiente, se expone al personal de salud, al personal de limpieza, a los recolectores de desechos, a los pacientes y a otros miembros de la comunidad a potenciales infecciones por el VIH o las hepatitis B y C. Para minimizar el riesgo de infección debe procederse a una correcta separación desde el punto de origen de los desechos hasta la disposición final específica según la categoría de desechos. El personal asignado a manipular los desechos sanitarios debe ser correctamente capacitado y usar vestimenta protectora (como mínimo guantes y botas). Los desechos serán tratados según su tipo: así, por ejemplo, los desechos infecciosos, punzantes o no, deben depositarse en pozos protegidos o incinerarse.

12. ***Gestión de cadáveres:*** si se trata de desastres que causan una alta mortalidad, será necesario ocuparse de la gestión de un gran número de cadáveres. El entierro de un gran número de cadáveres en fosas comunes se suele basar en la falsa creencia de que representan una amenaza para la salud si no se les entierra o crema inmediatamente. Sólo en algunos casos específicos (por ejemplo si la muerte es consecuencia del cólera o de fiebres hemorrágicas) los restos humanos presentan riesgos para la salud y requieren precauciones específicas. No se debe disponer de los cadáveres sin ceremonia alguna en fosas comunes. Las personas tienen que tener la oportunidad de identificar a sus familiares y de celebrar funerales apropiados según su cultura. El entierro en masa puede constituir un obstáculo para obtener los certificados de defunción necesarios para realizar procedimientos legales. Si los que son enterrados fueron víctimas de la violencia, habrá que considerar las cuestiones de índole forense (véase la norma 2 sobre alojamiento y asentamientos, nota de orientación 3, página 293).

Norma 2 sobre sistemas de salud: recursos humanos

Los servicios de salud son prestados por personal capacitado y competente que dispone de una combinación de conocimientos y competencias apropiada para satisfacer las necesidades de la población en materia de salud.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Examinar los niveles de plantilla y la capacidad del personal como un componente clave de la evaluación de salud preliminar.
- Abordar los desequilibrios en la dotación del personal, su combinación de competencias y, en la medida de lo posible, su distribución étnica y/o de género (véase la nota de orientación 1).
- Apoyar a los trabajadores de salud locales e integrarlos plenamente en los servicios de salud, según su grado de competencia (véase la nota de orientación 1).
- Velar por que en cada establecimiento sanitario haya un número suficiente de trabajadores auxiliares para apoyar su funcionamiento.
- Capacitar al personal clínico en el uso de directrices y protocolos clínicos (véase la nota de orientación 2).
- Supervisar al personal periódicamente a fin de apoyarlo en el cumplimiento de las normas y directrices, brindándoles comentarios al respecto.
- Estandarizar los programas de capacitación y priorizarlos de acuerdo a las necesidades clave en materia de salud y a las deficiencias constatadas.
- Garantizar una remuneración justa y segura a todos los trabajadores de salud, convenida entre todas las organizaciones y en colaboración con las autoridades sanitarias nacionales.
- Velar por la seguridad del entorno de trabajo, incluidas medidas básicas de higiene y protección para todos los trabajadores de salud.

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Hay al menos 22 trabajadores de salud calificados (médicos, enfermeros y parteras) / 10.000 personas (véase la nota de orientación 1):
  - al menos un médico / 50.000 personas;
  - al menos una enfermera calificada / 10.000 personas;
  - al menos una partera / 10.000 personas.

- Hay al menos un trabajador de salud comunitario / 1.000 personas, un supervisor / 10 visitadores a domicilio y un supervisor superior.
- No se exige a los clínicos que atiendan regularmente más de 50 pacientes por día. Si se excede esta cantidad con regularidad, hay que contratar personal clínico adicional (véase la nota de orientación 1 y el anexo 3: Fórmulas para calcular indicadores clave de salud).

Notas de orientación

1. ***Nivel de dotación:*** el personal de salud abarca una amplia gama de trabajadores, incluidos médicos, enfermeros, parteras, auxiliares clínicos o asistentes de los médicos, técnicos de laboratorio, farmacéuticos, trabajadores de salud comunitarios, etc., además de personal administrativo y auxiliar. No existe consenso acerca de cuál es el número óptimo de trabajadores de salud para una población determinada, ya que varía de un caso a otro. Sin embargo, hay una correlación entre la disponibilidad de trabajadores de salud y la cobertura de las respuestas sanitarias. Por ejemplo, la presencia incluso de una sola trabajadora de salud o de un trabajador o trabajadora de salud que represente a un grupo marginado puede acrecentar significativamente el acceso de las mujeres o, respectivamente, de los miembros de dicha minoría a los servicios de salud. Debe procurarse guardar una composición equilibrada de la dotación de personal mediante el traslado y/o la contratación de trabajadores de salud para las áreas donde existen deficiencias importantes con respecto a las necesidades de salud (véase la norma esencial 6, página 79).
2. ***Capacitación y supervisión del personal:*** los trabajadores de salud deben tener la capacitación, las competencias y la supervisión de apoyo que correspondan a su nivel de responsabilidad. Las organizaciones tienen la obligación de capacitar y supervisar a su personal y velar por que sus conocimientos estén actualizados. La capacitación y la supervisión serán prioritarias en particular si el personal no ha recibido educación continua, o cuando se introducen nuevos protocolos. Los programas de capacitación deben ser estandarizados y priorizados, dentro de lo posible, de acuerdo a las principales necesidades de salud y las deficiencias en la competencia que se detecten en la supervisión. Se debe llevar un registro de quién ha sido capacitado por quién, cuándo y dónde. Dicho registro debe ser compartido con la sección de recursos humanos de las autoridades de salud locales (véase la norma esencial 6 en la página 79).

Norma 3 sobre sistemas de salud: medicamentos y suministros médicos

La población tiene acceso a un suministro continuo de medicamentos esenciales y material fungible.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Examinar en una etapa temprana de la respuesta las listas existentes de medicamentos esenciales del país afectado a fin de determinar la idoneidad los mismos (véase la nota de orientación 1).
- Establecer y validar una lista estandarizada de medicamentos esenciales y equipo médico que contenga artículos apropiados para las necesidades de salud de la población y el nivel de competencia de los trabajadores de salud (véanse las notas de orientación 1-2).
- Instaurar o adaptar un sistema eficiente de gestión de medicamentos (véase la nota de orientación 3).
- Velar por la disponibilidad de medicamentos esenciales para el tratamiento de enfermedades comunes.
- Aceptar donaciones de medicamentos únicamente si son conformes a las directrices reconocidas internacionalmente. No usar donaciones que no responden a dichas directrices y eliminarlas de manera segura.

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Ningún establecimiento sanitario carece de reservas de medicamentos esenciales seleccionados y de productos testigo durante más de una semana (véase la nota de orientación 4).

Notas de orientación

1. ***Lista de medicamentos esenciales:*** la mayoría de los países tiene una lista establecida de medicamentos esenciales. Este documento tiene que examinarse, cuando convenga, en consulta con la autoridad sanitaria pertinente, en una etapa temprana de la respuesta, a fin de comprobar su idoneidad. Ocasionalmente, puede ser necesario modificar las listas de medicamentos esenciales, por ejemplo si hay indicios de resistencia a los antimicrobianos recomendados. Si no existe una lista actualizada, se deben seguir las directrices formuladas por la OMS, por ejemplo los modelos de listas de medicamentos esenciales de la OMS. El uso de kits preembalados debería limitarse a las fases iniciales de un desastre.

2. ***Equipo médico:*** es necesario preparar cuidadosamente una lista del equipo necesario a los diferentes niveles de atención de salud. También éste debe guardar relación con la competencia que se requiere del personal.

3. ***Gestión de medicamentos:*** las organizaciones tienen que establecer un sistema eficiente de gestión de medicamentos. La finalidad de dicho sistema es garantizar el uso eficiente, rentable y racional de los medicamentos de calidad y su almacenamiento, así como la eliminación correcta de los medicamentos vencidos. Dicho sistema debe abarcar las cuatro etapas clave del ciclo de gestión de los medicamentos: selección, adquisición, distribución y uso.

4. ***Productos testigo:*** incluyen una lista de medicamentos esenciales o clave que se seleccionan para evaluar periódicamente el funcionamiento del sistema de gestión de medicamentos. Los artículos seleccionados como productos testigo deben corresponder a las prioridades locales de salud pública y deben estar disponibles en todo momento en los establecimientos sanitarios. Algunos ejemplos son la amoxicilina y el paracetamol.

Norma 4 sobre sistemas de salud: financiación de la salud

La población tiene acceso a servicios de atención primaria de salud sin cargo mientras dura el desastre.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Identificar y movilizar recursos financieros para prestar servicios de salud gratuitos a la población afectada mientras dura el desastre (véase la nota de orientación 1).
- Cuando el sistema estatal de salud cobra a los usuarios tasas por sus servicios, procurar que las suprima o las suspenda temporalmente durante el período de respuesta frente al desastre (véase la nota de orientación 2).
- Prestar apoyo financiero y técnico al sistema de salud a fin de cubrir los eventuales déficit financieros provocados por la supresión o suspensión de las tasas cobradas a los usuarios y responder al incremento de la demanda de servicios de salud (véase la nota de orientación 1).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- En todos los establecimientos sanitarios gubernamentales y no gubernamentales se prestan servicios de atención primaria de salud libres de cargo a la población afectada por el desastre mientras dura la respuesta.

Notas de orientación

1. ***Financiación de los servicios de salud:*** el costo de la prestación de servicios de salud esenciales varía según el contexto. El contexto abarca el sistema de salud existente, la población afectada por el desastre y las necesidades de atención de salud específicas determinadas por el desastre. De acuerdo con la Comisión sobre Macroeconomía y Salud de la OMS, la prestación de un paquete mínimo de servicios de salud esenciales cuesta como mínimo 40 dólares EE.UU. / persona / año en los países de bajos ingresos (cifras de 2008). Los costos de la prestación de servicios de salud en una situación de desastre son probablemente más elevados que en una situación estable.

2. ***Tasas a los usuarios:*** se trata de pagos directos que efectúan los usuarios al recibir los servicios. Las tasas a los usuarios son un obstáculo a la atención de salud y hacen que las personas de bajos recursos económicos y personas vulnerables no siempre soliciten la atención que necesitan. Un principio humanitario básico es que los bienes y servicios que proveen las organizaciones de ayuda deben ser libres de cargo para sus destinatarios. En situaciones en las que esto no es posible, se puede considerar que suministrar dinero y/o cupones a la población afectada es una manera de facilitarles el acceso a los servicios de salud (véase norma 1 sobre seguridad alimentaria – entregas de dinero en efectivo y de cupones, página 229). La supresión o suspensión de las tasas a los usuarios debe ir acompañada de otras medidas de apoyo al sistema de salud para compensar los ingresos perdidos y el incremento de la demanda de servicios (por ejemplo el pago de incentivos al personal de salud, el suministro de artículos médicos adicionales). Después de la suspensión de las tasas a los usuarios es necesario supervisar el acceso a los servicios y la calidad de los mismos.

Norma 5 sobre sistemas de salud: gestión de la información sobre salud

El diseño y la prestación de servicios de salud están guiados por la recolección, el análisis, la interpretación y la utilización de los datos pertinentes de salud pública.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Decidir acerca del uso del sistema de información sobre salud existente, su adaptación o el uso de sistemas de información alternativos.
- Cuando proceda, llevar a cabo evaluaciones y encuestas para obtener información que no se pueda conseguir mediante el sistema de información sobre salud y que sea esencial para establecer las prioridades entre los servicios de salud (véase la nota de orientación 2).

- Elaborar y/o utilizar definiciones de caso estandarizadas para todas las enfermedades y afecciones de salud de notificación obligatoria y velar por que sean utilizadas por todas las organizaciones.
- Diseñar sistemas de vigilancia y alerta temprana como componentes del sistema de información sobre salud para detectar los brotes y, cuando sea posible, desarrollar los sistemas de información sobre salud ya existentes (véanse Servicios de salud esenciales: la norma 3 sobre control de enfermedades transmisibles, página 360 y el anexo 2: Modelos de formularios para los informes de vigilancia semanales).
- Detectar y notificar las enfermedades y afecciones de salud prioritarias a través del sistema de información sobre salud.
- Todas las organizaciones que participan en la respuesta convienen en una cifra común, como en lo que respecta a población (véase la nota de orientación 3).
- Los establecimientos sanitarios y las organizaciones transmiten periódicamente los datos de vigilancia y otros datos del sistema de información sobre salud al organismo director. La frecuencia de los informes (por ejemplo diaria, semanal, mensual) varía según el contexto y el tipo de datos.
- Usar de manera consecuente datos complementarios provenientes de otras fuentes pertinentes, como encuestas, para interpretar los datos de vigilancia y guiar la toma de decisiones (véase la nota de orientación 2).
- Tomar las precauciones apropiadas para proteger los datos, a fin de garantizar los derechos y la seguridad de las personas y/o las poblaciones (véase la nota de orientación 4).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Todos los establecimientos sanitarios y las organizaciones presentan con regularidad al organismo director un informe del sistema de información sobre salud dentro de las 48 horas de finalizado el período del informe.
- Todos los establecimientos sanitarios y todas las organizaciones notifican los casos de enfermedades epidemiógenas dentro de las 24 horas de manifestarse la enfermedad (véase la nota de orientación 3 sobre servicios de salud esenciales: control de enfermedades transmisibles, página 360).
- El organismo director elabora periódicamente un informe global sobre la situación de salud, que incluye el análisis y la interpretación de datos epidemiológicos y un informe sobre la cobertura y la utilización de los servicios de salud.

Notas de orientación

1. ***Sistema de información sobre salud:*** siempre que sea posible se establece un sistema de vigilancia sobre la base del sistema de información sobre salud existente. En algunos casos de desastres, es posible que haga falta contar con un sistema nuevo o paralelo. Para ello, es preciso hacer una evaluación del desempeño y la idoneidad del sistema de información sobre salud existente, teniendo en cuenta las necesidades de información para el desastre actual. Durante la respuesta en casos de desastre, los datos relativos a la salud deben incluir (pero sin limitarse a ellos) los siguientes:
   - muertes registradas por los establecimientos sanitarios, incluidas las muertes de niños menores de 5 años;
   - mortalidad proporcional;
   - mortalidad por causas específicas;
   - tasas de incidencia de las enfermedades más comunes;
   - morbilidad proporcional;
   - índice de utilización de los establecimientos sanitarios;
   - número de consultas por clínico por día.

2. ***Fuentes de datos:*** la interpretación y el uso de los datos de los establecimientos sanitarios deben tener en cuenta la fuente de información y sus limitaciones. En un sistema amplio de información sobre salud es esencial valerse de datos complementarios para la toma de decisiones, por ejemplo de estimaciones sobre la prevalencia de enfermedades o información sobre comportamientos de protección de la salud. Otras fuentes de datos que pueden contribuir al análisis incluyen las encuestas entre la población, los informes de laboratorios y las mediciones de la calidad de los servicios. Las encuestas y evaluaciones deben observar los criterios de calidad reconocidos internacionalmente y utilizar herramientas y protocolos estandarizados; además, de ser posible, se deben presentar al proceso de examen por homólogos.

3. ***Desglose de los datos:*** los datos deben desglosarse por sexo, por edad, por vulnerabilidad particular de ciertas personas, de poblaciones afectadas y de poblaciones de acogida, y por el contexto (por ejemplo alojados o no en campamentos) en la medida en que esto sea de utilidad para guiar la toma de decisiones. Durante las fases iniciales de una situación de emergencia puede resultar difícil hacer un desglose detallado. Pero es indispensable que los datos de mortalidad y morbilidad especifiquen como mínimo los casos de niños menores de 5 años. Cuando el tiempo y las circunstancias lo permitan, conviene hacer un desglose más detallado para ayudar a detectar posibles inequidades y personas vulnerables (véase la norma esencial 3, página 67).

4. ***Confidencialidad:*** se deben tomar las precauciones necesarias para proteger tanto la seguridad de las personas como la de los datos. Los miembros del personal no deben comunicar información sobre los pacientes sin la autorización de éstos a ninguna persona que no esté directamente relacionada con la atención que se les brinda. Se debe prestar especial consideración a las personas con discapacidad intelectual, mental o sensorial que pueda comprometer su capacidad para dar su consentimiento informado. Los datos relacionados con lesiones causadas por la tortura u otras violaciones de los derechos humanos, incluidas las agresiones sexuales, deben ser tratados con la mayor cautela. Puede contemplarse la posibilidad de transmitir esa información a los actores o instituciones pertinentes si la persona da su consentimiento informado (véanse la norma 1 sobre sistemas de salud, página 337 y el principio de protección 1, notas de orientación 7-12, páginas 39-40).

   Véanse en el anexo 2 los modelos de formularios para la supervisión de la mortalidad, la alerta temprana y la morbilidad. Véanse en el anexo 3 las fórmulas para calcular los indicadores clave de salud.

Norma 6 sobre sistemas de salud: liderazgo y coordinación

Las personas tienen acceso a servicios de salud que están coordinados entre las distintas organizaciones y sectores para maximizar los efectos.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Velar por que, siempre que sea posible, los representantes del Ministerio de Salud dirijan el sector de salud o como mínimo estén estrechamente involucrados en su coordinación.
- Si el Ministerio de Salud no tiene la capacidad o la voluntad necesaria para dirigir la respuesta, es necesario identificar otro organismo que tenga la capacidad necesaria para asumir la coordinación del sector de salud (véanse las notas de orientación 1-2).
- Organizar reuniones de coordinación periódicas de los asociados locales y externos dentro del sector de salud al nivel central, regional y del terreno y entre el sector de salud y otros sectores, y establecer grupos temáticos transversales (véanse la nota de orientación 3 y la norma esencial 2, página 63).
- Definir y documentar las responsabilidades y capacidades de cada organización del sector de salud para garantizar una cobertura óptima de la población (véase la nota de orientación 1).

- Establecer grupos de trabajo dentro del mecanismo de coordinación de salud cuando una situación pueda requerirlo (por ejemplo preparación y respuesta en caso de brote, salud reproductiva).
- Elaborar y difundir periódicamente informes de actualización y boletines del sector de salud.

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- El organismo director ha elaborado una estrategia para la respuesta de emergencia en el sector de salud en la que se priorizan las acciones y se definen las funciones del organismo director y de las organizaciones asociadas al iniciarse la respuesta de emergencia (véase la nota de orientación 2).

Notas de orientación

1. ***Organismo director de la respuesta de salud:*** el organismo director responsable de liderar la respuesta de salud debe ser el Ministerio de Salud. En algunas situaciones, el Ministerio de Salud carece de la capacidad o la voluntad de asumir el liderazgo de manera eficaz e imparcial. En esos casos será en general la OMS, como organismo principal del grupo de acción sanitaria mundial, la que asuma esa responsabilidad. A veces, si ni el Ministerio de Salud ni la OMS tienen la capacidad adecuada, se puede pedir a otra organización que coordine las actividades. El organismo director de la respuesta de salud debe velar por que las organizaciones que participan en ella coordinen sus actividades con las autoridades de salud y potencien la capacidad de los sistemas de salud locales (véase la norma esencial 2, página 63).
2. ***Estrategia para el sector de salud:*** una importante responsabilidad del organismo director es elaborar una estrategia global para la respuesta de emergencia en el sector de salud. Lo ideal es elaborar un documento que especifique las prioridades y objetivos sectoriales y esboce las estrategias para alcanzarlos. Para preparar el documento será necesario consultar con las organizaciones del sector y representantes de la comunidad a fin de asegurar que el proceso sea lo más integrador posible.
3. ***Reuniones de coordinación:*** es preciso que las reuniones estén orientadas a la acción y ofrezcan un foro para intercambiar información, definir y monitorear las prioridades, elaborar y adaptar estrategias comunes en materia de salud, asignar tareas específicas y acordar protocolos estandarizados y respuestas. También deben servir para garantizar que todos los asociados usen los mismos denominadores, cifras, herramientas, directrices y normas pertinentes, en la medida de lo posible. Las reuniones deben ser más frecuentes en la fase inicial de un desastre.

2. Servicios de salud esenciales

Los servicios de salud esenciales son servicios de salud preventivos y curativos aptos para abordar las necesidades en materia de salud de las poblaciones afectadas por desastres. Incluyen respuestas sumamente eficaces para prevenir y reducir el exceso de morbilidad y mortalidad causado por enfermedades transmisibles y no transmisibles, las consecuencias de conflictos y acontecimientos que ocasionan un número elevado de víctimas. Durante los desastres, las tasas de mortalidad pueden ser extremadamente altas y es importante identificar las principales causas de morbilidad y mortalidad para diseñar servicios de salud esenciales apropiados. En esta parte del capítulo relacionado con la salud se indican las normas que se aplican a los servicios esenciales, clasificadas en seis secciones: control de enfermedades transmisibles; salud infantil; salud sexual y reproductiva; lesiones; salud mental; y, enfermedades no transmisibles.

Norma 1 sobre servicios de salud esenciales: priorizar los servicios de salud

La población tiene acceso a servicios de salud en los que se da prioridad a abordar las principales causas del exceso de mortalidad y morbilidad.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Recolectar y analizar datos sobre los problemas de salud y los riesgos para la salud, a fin de abordar las principales causas del exceso de mortalidad y morbilidad, en coordinación con las autoridades sanitarias locales (véase la norma esencial 3, página 67).
- Identificar a las personas vulnerables (por ejemplo mujeres, niños, personas de edad, personas con discapacidad) (véase el principio de protección 2, página 40).
- Priorizar e implementar servicios de salud apropiados, factibles y eficaces para reducir el exceso de mortalidad y morbilidad en coordinación con las autoridades sanitarias locales (véase la nota de orientación 1).

- Determinar las barreras que impiden el acceso a los servicios de salud prioritarios y establecer soluciones prácticas para superarlas (véase la nota de orientación 2).
- Implementar los servicios de salud prioritarios en coordinación con todos los otros sectores y/o grupos y considerando los temas transversales (véase la norma esencial 2, página 63)

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- La tasa bruta de mortalidad (TBM) se mantiene o se reduce a menos del doble de la cifra de base documentada para la población antes del desastre (véase la nota de orientación 3).
- La tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años (TMM5) se mantiene o se reduce a menos del doble de la cifra de base documentada antes del desastre para este grupo de población (véase la nota de orientación 3).

Notas de orientación

1. ***Los servicios de salud prioritarios*** son servicios de salud esenciales eficaces para hacer frente a las principales causas del exceso de mortalidad y morbilidad. Varían de acuerdo al contexto, incluido el tipo de desastre y sus efectos. En la medida de lo posible, los servicios de salud prioritarios deben guiarse por el principio de la práctica basada en pruebas y los beneficios de salud pública demostrados. Una vez que las tasas de mortalidad declinan y se acercan a los niveles de base, se puede introducir paulatinamente un conjunto más amplio de servicios de salud (véase la norma esencial 4, página 72).
2. ***Acceso a los servicios de salud:*** debe estar basado en los principios de equidad e imparcialidad, y garantizar un acceso equitativo según las necesidades sin discriminación alguna. En la práctica, la ubicación y la dotación de personal de los servicios de salud deben organizarse de manera que garanticen un acceso y una cobertura óptimos. Al diseñar los servicios de salud hay que tener en cuenta las necesidades particulares de las personas vulnerables. Las barreras para el acceso pueden ser físicas, pero también financieras, de comportamiento, culturales o de comunicación. Es esencial detectar y solucionar los obstáculos al acceso de los servicios de salud prioritarios (véase la norma esencial 3, página 67 y el principio de protección 2, página 40).
3. ***Tasa bruta de mortalidad y tasa de mortalidad de niños menores de 5 años:*** la tasa bruta de mortalidad (TBM) es el indicador más útil para el seguimiento y la evaluación de la gravedad de una situación de emergencia. Si la tasa representa el doble o más del doble de los niveles de base, ello indica

una emergencia de salud pública importante, que requiere una respuesta inmediata. Cuando se desconocen los niveles de referencia o se duda de su validez, las organizaciones deben procurar mantener la TBM como mínimo por debajo de 1,0 / 10.000 / día.

La TMM5 es un indicador más sensible que la TBM. Cuando la tasa de los niveles de base no se conoce o se duda de su validez, las organizaciones deben tratar de mantener la TMM5 como mínimo por debajo de 2,0 / 10.000 / día (véase el anexo 3: Fórmulas para calcular indicadores sanitarios clave).

Niveles de base de la mortalidad por región

Región	**TBM (muertes / 10.000/día)**	**TBM umbral de emergencia**	**TMM5 (muertes/ 10.000 < 5 años / día)**	**TMM5 umbral de emergencia**
África Subsahariana	0,41	0,8	1,07	2,1
Oriente Medio y Norte de África	0,16	0,3	0,27	0,5
Asia Meridional	0,22	0,4	0,46	0,9
Asia Oriental y Pacífico	0,19	0,4	0,15	0,3
América Latina y el Caribe	0,16	0,3	0,15	0,3
Europa Central y Oriental Región de Europa / CEI* y Estados Bálticos	0,33	0,7	0,14	0,3
Países industrializados	0,25	0,5	0,03	0,1
Países en desarrollo	0,22	0,4	0,44	0,9
Países menos desarrollados	0,33	0,7	0,82	1,7
Mundo	0,25	0,5	0,40	0,8

** Comunidad de Estados Independientes*
Fuente: UNICEF, El Estado Mundial de la Infancia 2009 (datos de 2007).

2.1. Servicios de salud esenciales: control de enfermedades transmisibles

La morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles tienden a aumentar en situaciones de desastres. En muchas situaciones de conflicto, entre el 60% y el 90% de las muertes se atribuyen a las cuatro enfermedades infecciosas siguientes: infecciones respiratorias agudas, diarrea, sarampión y paludismo en las regiones en las que es endémico. Un estado de malnutrición agudo exacerba todas estas enfermedades, especialmente entre los niños menores de 5 años. Es mucho menos frecuente que los brotes de enfermedades transmisibles sean causados por un desastre natural devastador. Por lo general, los brotes están vinculados con factores de riesgo como los desplazamientos de población, el hacinamiento, un alojamiento inadecuado, una cantidad de agua insuficiente o de mala calidad y un saneamiento inadecuado.

Servicios de salud esenciales – norma 1 sobre control de enfermedades transmisibles: prevención

La población tiene acceso a información y servicios diseñados para prevenir las enfermedades transmisibles que más contribuyen al exceso de morbilidad y mortalidad.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Elaborar e implementar medidas generales de prevención en coordinación con los sectores pertinentes (véase la nota de orientación 1).
- Implementar métodos apropiados de lucha antivectorial para el paludismo, el dengue y otras enfermedades transmitidas por vectores, dependiendo de la epidemiología local (véanse las notas de orientación 2-3).
- Implementar medidas de prevención específicas para las distintas enfermedades, por ejemplo vacunación masiva contra el sarampión según las indicaciones (véase la norma 1 sobre servicios de salud esenciales: salud infantil, página 365).

Indicador clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- La incidencia de las principales enfermedades transmisibles pertinentes en el contexto es estable (no aumenta).

Notas de orientación

1. ***Medidas generales de prevención:*** incluyen una buena planificación del emplazamiento, el suministro de agua limpia y un saneamiento adecuado, el acceso a instalaciones de higiene, la vacunación contra enfermedades específicas, el suministro de alimentos seguros en cantidad suficiente, la protección personal y la lucha antivectorial, la educación comunitaria en materia de salud y la movilización social. La mayoría de estas respuestas debe elaborarse en coordinación con otros sectores, como por ejemplo:

   - Alojamiento: cantidad suficiente de unidades, con suficiente espacio entre una y otra, buena ventilación, a prueba de insectos y situadas lejos de las aguas estancadas y suficientemente cerca de las fuentes de agua y las instalaciones de saneamiento (véanse las normas 1-3 sobre alojamiento y asentamientos, páginas 285-296 y la norma 2 sobre artículos no alimentarios, página 311).

   - Agua, saneamiento e higiene: cantidad suficiente de agua salubre, instalaciones de saneamiento adecuadas y promoción de la higiene (véanse las normas 1-2 sobre promoción de la higiene, páginas 103-106, las normas 1-3 sobre abastecimiento de agua, páginas 109-116, y las normas 1-2 sobre evacuación de excrementos, páginas 118-120);

   - Saneamiento ambiental, gestión de agua salubre y lucha antivectorial (véanse las notas de orientación 2-3, la norma 4 sobre alojamiento y asentamientos, página 301, las normas 1-3 sobre lucha antivectorial, páginas 125-131, la norma 1 sobre gestión de desechos sólidos, página 132 y la norma 1 sobre drenaje, página 137).

   - Seguridad alimentaria, nutrición y asistencia alimentaria: acceso a alimentos adecuados y tratamiento de la malnutrición (véanse las normas 1-2 sobre alimentación del lactante y del niño pequeño, páginas 179-181 316, las normas 1-3 sobre tratamiento de la malnutrición aguda, páginas 187-197 y la norma 1 sobre seguridad alimentaria, página 200).

   - Educación sanitaria y movilización social: elaborar mensajes para garantizar la implementación eficaz de las medidas de prevención mencionadas.

2. ***Prevención del paludismo:*** Implementar medidas de prevención del paludismo de acuerdo con el riesgo de infección, la fase de la situación de emergencia, la movilidad de la población, el tipo de alojamiento y el comportamiento del vector local en una región donde el paludismo es endémico. Las medidas de lucha antivectorial, como la fumigación de interiores con un insecticida eficaz de acción residual y la distribución de mosquiteros tratados con insecticida de larga duración deben guiarse por la investigación

y evaluación entomológicas. Para ser eficaz como medida de control comunitaria, la fumigación de interiores debe extenderse como mínimo al 80% de las viviendas. Los mosquiteros tratados con insecticida de larga duración ofrecen protección a largo plazo y son los que han de adoptarse. No se recomienda distribuir mosquiteros no tratados (véanse la norma 2 sobre artículos no alimentarios, página 311 y las normas 1-3 sobre lucha antivectorial, páginas 125-131).

La priorización de la distribución de mosquiteros tratados con insecticida de larga duración a los grupos de riesgo varía según la fase del desastre y el nivel de transmisión del paludismo. En las fases iniciales de un desastre en zonas con transmisión del paludismo alta a moderada, se dará prioridad a los pacientes hospitalizados, las personas que sufren de malnutrición grave y los miembros de su familia, las mujeres embarazadas y los niños menores de 2 años. Luego se dará prioridad a las personas que participan en programas de alimentación suplementaria, a los niños menores de 5 años y a los familiares de mujeres embarazadas y de niños de hasta 2 años. Finalmente, todos los grupos de riesgo deberán ser protegidos con mosquiteros tratados. En la fase inicial de un desastre en una zona de baja transmisión de paludismo, se deben usar mosquiteros tratados con insecticida en los establecimientos sanitarios (por ejemplo centros y hospitales donde se brinda terapia nutricional a pacientes residentes).

3. ***Prevención del dengue:*** el principal método de prevención del dengue es la lucha antivectorial (larvas y adultos). La lucha antivectorial del dengue debe orientarse por los datos de vigilancia sobre la distribución de casos humanos y sobre la densidad del vector. Se deben centrar los esfuerzos en los focos de reproducción más productivos, que varían de un lugar a otro. En zonas urbanas, el mosquito Aedes se reproduce en recipientes de agua y otros sitios donde se acumula agua (vasos de plástico, neumáticos usados, botellas rotas, tiestos de flores, etc.). Por ello, la manera más eficaz de reducir el número de focos de reproducción es vaciar y retirar periódicamente los recipientes. El agua almacenada en las casas debe estar permanentemente cubierta y los recipientes deben limpiarse y cepillarse semanalmente. Es importante distribuir a la población afectada por el desastre recipientes apropiados, provistos de tapa, para almacenar el agua. El tratamiento de los recipientes con un larvicida aprobado también elimina eficazmente las larvas. La fumigación con insecticida reduce eficazmente el número de mosquitos adultos. También es importante promover medidas de protección personal (véanse la norma 2 sobre artículos no alimentarios, página 271, y las normas 1-3 sobre lucha antivectorial, páginas 125-131).

Servicios de salud esenciales – norma 2 sobre control de enfermedades transmisibles: diagnóstico y tratamiento de casos

La población tiene acceso al diagnóstico y tratamiento eficaces de las enfermedades infecciosas que más contribuyen al exceso evitable de morbilidad y mortalidad.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Elaborar mensajes de educación sanitaria que alienten a la población a solicitar sin demora atención médica en caso de fiebre, tos, diarrea, etc.
- Prestar atención de salud en todos los establecimientos sanitarios de primer nivel sobre la base del protocolo estandarizado de tratamiento de casos o, donde se utilicen, de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y la Atención Integrada a las Enfermedades de los Adultos (IMAI) de la OMS, con derivación para el tratamiento de enfermedades graves (véase la nota de orientación 1).
- Implementar los protocolos de triaje, diagnóstico y gestión de casos para un tratamiento precoz de afecciones como la neumonía, el paludismo, la diarrea, el sarampión, la meningitis, la malnutrición y el dengue. Capacitar al personal en los protocolos de tratamiento (véanse las notas de orientación 2-3 y Servicios de salud esenciales: norma 2 sobre salud infantil, página 367).
- Introducir programas de lucha contra la tuberculosis sólo después de que se cumplan criterios reconocidos (véase la nota de orientación 4).

Indicador clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Se dispone de protocolos estandarizados para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades infecciosas comunes y se utilizan de manera sistemática (véanse las notas de orientación 1-3 y la norma 1 sobre los sistemas de salud: prestación de servicios de salud, página 337).

Notas de orientación

1. ***Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y Atención Integrada de las Enfermedades de los Adultos (IMAI):*** se puede reducir la mortalidad causada por las enfermedades transmisibles si son diagnosticadas correctamente en una etapa temprana y son tratadas de manera apropiada. El uso de las estrategias de AIEPI e IMAI o de otros algoritmos de diagnóstico nacionales es importante para clasificar las enfermedades de acuerdo a su tipo y gravedad y para ayudar a administrar el tratamiento apropiado. En caso de percibirse señales de que la persona pueda estar en peligro, está indicada la derivación a un establecimiento hospitalario. Los protocolos estandarizados de tratamiento de casos permiten un diagnóstico apropiado y un uso racional de medicamentos (véase también Servicios de salud esenciales: norma 2 sobre salud infantil, página 367):

2. ***Neumonía:*** la clave para la reducción de la mortalidad por neumonía es la administración sin demora de antibióticos por vía oral, como amoxicilina, conforme a los protocolos nacionales. Una neumonía grave requiere hospitalización y terapia parenteral.

3. ***Paludismo:*** la clave para el control del paludismo es el acceso a un tratamiento inmediato y eficaz. En las regiones donde el paludismo es endémico, ha de establecerse un protocolo para el diagnóstico precoz de la fiebre (en menos de 24 horas) y el tratamiento con medicamentos de primera línea altamente eficaces. En general el tratamiento del falciparum malaria incluye el tratamiento combinado basado en la artemisinina. La elección del medicamento debe ser determinada en consulta con el organismo director en la respuesta de salud y el programa nacional de control del paludismo. Al adquirir medicamentos se debe tener en cuenta su calidad. El paludismo debería ser diagnosticado preferentemente mediante una prueba de laboratorio (prueba de diagnóstico rápido, microscopio) antes de iniciar el tratamiento. Sin embargo, no se debe demorar el tratamiento del paludismo clínico por falta de un diagnóstico de laboratorio.

4. ***Tuberculosis:*** si un programa de lucha contra la tuberculosis se lleva a cabo de manera incorrecta puede ocasionar más daños que beneficios, ya que además de no atajar el avance de la enfermedad contribuirá a la propagación de bacilos multirresistentes. Si bien durante los desastres es posible tratar a pacientes individuales con tuberculosis, un programa de lucha contra la tuberculosis se deberá implementar únicamente si se cumplen los criterios reconocidos. Dichos criterios incluyen el compromiso y los recursos de la organización a cargo del programa, garantías sobre la estabilidad de la población durante como mínimo 12 a 15 meses y la certeza de que se puede prestar un servicio de buena calidad. Los programas de lucha contra

la tuberculosis deben estar integrados en el programa nacional del país correspondiente y cumplir con los requisitos de la estrategia de tratamiento breve bajo observación directa (DOTS).

En la fase aguda de una emergencia, la interrupción potencial de los tratamientos de todas las enfermedades crónicas, incluida la tuberculosis, y del seguimiento de los pacientes constituye a menudo un serio problema. Los trabajadores de salud que actúan en la respuesta de emergencia deben trabajar en estrecha colaboración con los servicios nacionales establecidos de lucha contra la tuberculosis. Esto ayudará a que las personas que estaban recibiendo tratamiento al producirse el desastre puedan continuar su terapia (véase también Servicios de salud esenciales – norma 1 sobre enfermedades no transmisibles, página 383.

Servicios de salud esenciales – norma 3 sobre el control de enfermedades transmisibles: detección de brotes y respuesta

Los servicios se preparan para los brotes de enfermedades, y éstos son oportuna y eficazmente detectados, investigados y controlados.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

Detección

- Establecer un sistema de vigilancia (alerta temprana) y respuesta basado en una evaluación exhaustiva del riesgo de propagación de enfermedades transmisibles, como parte del sistema general de información sobre salud (véanse la nota de orientación 1 y la norma 5 sobre sistemas de salud, página 347).
- Capacitar a personal de salud y trabajadores de salud comunitarios para que puedan detectar y notificar potenciales brotes.
- Suministrar a la población información sencilla sobre los síntomas de las enfermedades potencialmente epidemiógenas e indicarle dónde podrá recibir asistencia.

Preparación

- Preparar una investigación de los potenciales brotes y un plan de respuesta (véase la nota de orientación 2).
- Velar por que se disponga de los protocolos para la investigación y el control de brotes de enfermedades comunes, incluidos los protocolos del tratamiento correspondiente, y por que sean distribuidos al personal competente.

- Asegurarse de que haya reservas de material esencial para atender a las enfermedades prioritarias o de que pueda adquirirse rápidamente en una fuente previamente identificada (véase la nota de orientación 3).
- Identificar con antelación lugares para aislar y tratar a los pacientes con enfermedades infecciosas, por ejemplo centros de tratamiento del cólera.
- Identificar un laboratorio a nivel local, regional, nacional o situado en otro país que pueda confirmar los brotes (véase la nota de orientación 4).
- Velar por que se disponga in situ de material para la toma de muestras y medios de transporte para los agentes infecciosos que más probablemente puedan ocasionar un brote repentino (véase la nota de orientación 5).

Control

- Describir el brote indicando el momento, el lugar y la persona, a fin de identificar las personas de alto riesgo y tomar medidas de control adaptadas (véanse las notas de orientación 6-8).
- Adoptar medidas de control apropiadas, específicas a la enfermedad y al contexto (véase la nota de orientación 9).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Se dispone de un plan escrito para la investigación y la respuesta, o se elabora al comienzo de la respuesta en caso de desastre.
- Las organizaciones de salud informan sobre brotes sospechosos al nivel apropiado más próximo del sistema de salud dentro de las 24 horas de la detección.
- El organismo director en materia de salud inicia una investigación de los casos notificados de enfermedades epidemiógenas dentro de las 48 horas de la notificación.
- Las tasas de letalidad se mantienen por debajo de niveles aceptables, como sigue:
  - cólera: 1% o menos
  - disentería por shigela: 1% o menos
  - fiebre tifoidea: 1% o menos
  - meningitis meningocócica: varía entre 5 y 15%
  - paludismo: varía; aspirar a <5% en los pacientes gravemente enfermos
  - sarampión: varía; se registra entre 2 y 21% en las zonas afectadas por conflictos; aspirar a <5%.
    (Véase la nota de orientación 10).

Notas de orientación

1. ***Sistema de alerta temprana para la detección de brotes:*** los elementos clave de dicho sistema incluyen:
   - una red de asociados operacionales;
   - implementación en todos los establecimientos sanitarios y de ser posible en las comunidades;
   - una evaluación exhaustiva del riesgo de todas las enfermedades potencialmente epidemiógenas;
   - identificación, basada en una evaluación del riesgo, de un número reducido de afecciones prioritarias (10-12) para la vigilancia semanal y selección de una serie de enfermedades para notificación inmediata de «alerta» (véase el anexo 2: Modelos de formularios para los informes de vigilancia semanales);
   - definiciones claras de casos para cada enfermedad o afección de salud en el formulario de vigilancia estandarizado;
   - definición de los umbrales de alerta para cada enfermedad o afección prioritaria para iniciar la investigación;
   - comunicaciones para garantizar la rápida notificación de alertas formales o informales (rumores, informes de los medios, etc.) a las autoridades de salud pertinentes;
   - un sistema para registrar las alertas inmediatas y responder a ellas;
   - transmisión de datos, ingreso a la base de datos estandarizada y análisis semanales;
   - comentarios de retorno a los informes de vigilancia semanales e información inmediata sobre la alerta a todos los asociados;
   - supervisión periódica para garantizar que los datos sean de calidad, completos y actuales;
   - protocolos y formularios estandarizados para la investigación de casos;
   - procedimientos estandarizados para la transmisión de información y el inicio de la respuesta para controlar el brote.

2. ***Plan de investigación y control de brotes:*** Dicho plan debe prepararse con la plena participación de todas las partes interesadas y abarcar los siguientes aspectos:
   - criterios para convocar a un equipo de control de brotes;
   - composición del equipo de control de brotes;
   - funciones y responsabilidades específicas de las organizaciones y sus cometidos dentro del equipo;
   - mecanismos para consultar e intercambiar información a nivel local y nacional;
   - recursos y facilidades disponibles para investigar los brotes y responder a ellos;
   - lista de medicamentos esenciales, insumos y medios para diagnóstico requeridos.

3. ***Reservas almacenadas:*** las reservas in situ deben incluir material para utilizar en las respuestas para controlar probables brotes. En algunas circunstancias será necesario contar con kits preempaquetados para controlar el cólera o las enfermedades diarreicas. Puede que no sea factible almacenar in situ ciertos artículos, como la vacuna contra la meningitis meningocócica. Será preciso establecer de antemano procedimientos para adquirir, expedir y almacenar dichos artículos, de manera que se puedan obtener con rapidez.

4. ***Laboratorios de referencia:*** las pruebas de laboratorio son útiles para confirmar el diagnóstico durante un brote potencial para el cual pueda ser indicado implementar medidas de inmunización (por ejemplo meningitis meningocócica) o cuando los cultivos y las pruebas de sensibilidad a los antibióticos puedan influir sobre las decisiones relativas al tratamiento de casos (por ejemplo shigelosis). Es preciso identificar un laboratorio de referencia a nivel regional o internacional que pueda realizar pruebas más sofisticadas, por ejemplo diagnóstico serológico del sarampión, la fiebre amarilla, el dengue y las fiebres hemorrágicas víricas.

5. ***Medios para la toma de pruebas rápidas y su transporte:*** Es necesario que haya in situ o en un lugar fácilmente accesible material para la toma de muestras (por ejemplo frotis rectales) y medios de transporte apropiados (por ejemplo Cary-Blair para las muestras de cólera, Shigela, E. coli y Salmonella), así como material para asegurar la cadena de frío durante el transporte. Además, existen diversas pruebas rápidas para la detección de enfermedades transmisibles en el terreno, incluidos el paludismo y la meningitis.

6. ***Investigación de brotes:*** Las diez etapas clave en la investigación de brotes son:

   1. determinar la existencia de un brote;
   2. confirmar el diagnóstico;
   3. definir un caso;
   4. contar los casos;
   5. hacer una epidemiología descriptiva (momento, persona, lugar);
   6. determinar quiénes están expuestos al riesgo;
   7. formular las hipótesis que expliquen la exposición y la enfermedad;
   8. evaluar las hipótesis;
   9. comunicar las conclusiones;
   10. implementar las medidas de control.

   No hace falta realizar estas etapas en un orden estricto, pero hay que implementar las medidas de control lo antes posible.

7. ***Confirmación de la existencia de un brote:*** no siempre es fácil determinar si existe un brote y no hay definiciones claras de los umbrales de brote para todas las enfermedades. Sin embargo, se han definido umbrales para las enfermedades siguientes:

   - Enfermedades en las cuales un único caso puede indicar un brote: cólera, sarampión, fiebre amarilla, fiebres hemorrágicas víricas.

- Enfermedades en las cuales hay sospechas de que existe un brote cuando los casos de la enfermedad, o las muertes que provoca, exceden el número que cabe esperar en un lugar determinado, o duplican los promedios semanales precedentes. Shigelosis: en regiones no endémicas y en campos de refugiados, un solo caso de shigelosis debería ser suficiente para temer la posibilidad de un brote.
- Paludismo: las definiciones dependen de la situación. Un incremento en el número de casos que supere lo que se espera en esa época del año para una población definida en un área definida puede indicar un brote. Si no se dispone de datos históricos, habrá que considerar señal de alarma un aumento considerable de la proporción de casos de fiebre que se confirmaron como paludismo en las dos semanas previas y una tendencia en aumento de las tasas de letalidad en las semanas precedentes.
- Meningitis meningocócica: en el llamado «cinturón de la meningitis» (África subsahariana), para poblaciones de más de 30.000 personas, 15 casos / 100.000 personas / semana; sin embargo, cuando el riesgo de brote es elevado (ausencia de brotes durante 3 años o más, cobertura de vacunación < 80 por ciento), el umbral se reduce a 10 casos / 100.000 personas / semana. En las poblaciones de menos de 30.000 personas, cinco casos en una semana o una duplicación de los casos durante un período de tres semanas confirma la existencia de un brote. En un campamento, dos casos confirmados en una semana indican un brote.
- Dengue: un aumento de los casos de fiebre en las dos semanas precedentes que muestran un aumento de los niveles de inmunoglobulina G (sobre la base de pruebas pareadas de muestras de suero consecutivas) de un paciente febril con 3-5 días de enfermedad y un cuenteo decreciente de plaquetas (<20.000).

8. ***Respuesta a los brotes:*** los componentes clave de la respuesta a un brote son la coordinación, el tratamiento de los casos, la vigilancia y la epidemiología, las pruebas de laboratorio, medidas preventivas específicas como la mejora del suministro de agua y el saneamiento, dependiendo de la enfermedad, la comunicación del riesgo, la movilización social, la gestión de la información y las relaciones con los medios, la logística y la seguridad.

9. ***Medidas de control:*** es preciso diseñar medidas de control específicas para detener la propagación del agente que causa el brote. A menudo se pueden diseñar medidas apropiadas de control en situaciones específicas sobre la base del conocimiento disponible acerca del agente. En general, las actividades de respuesta incluyen controlar la fuente y/o prevenir la exposición (por ejemplo mejorar la fuente de agua para prevenir el cólera), interrumpir la transmisión y/o prevenir la infección (por ejemplo mediante una campaña de vacunación masiva para prevenir el sarampión o el uso de mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración para prevenir el paludismo) y modificar las defensas del huésped (por ejemplo mediante el pronto diagnóstico y tratamiento o la quimioprofilaxis). (Véanse la norma 5 sobre sistemas

de salud, página 347, las normas 1-2 sobre abastecimiento de agua, página 109-112, las normas 1-2 sobre promoción de la higiene, páginas 103-106 y las normas 1-3 sobre lucha antivectorial páginas 125-131).

10. ***Tasas de letalidad:*** las tasas aceptables de letalidad para las enfermedades transmisibles varían de acuerdo con el contexto general, el acceso a los servicios de salud y la calidad y rapidez del tratamiento de casos. En general, hay que buscar reducir las tasas de letalidad al nivel más bajo posible. Si la tasa de letalidad excede los niveles mínimos esperados, se debe emprender de inmediato una evaluación de las medidas de control e implementar medidas correctivas para mantener la tasa de letalidad en niveles aceptables.

2.2. Servicios de salud esenciales: salud infantil

Durante una situación de emergencia, los niños son particularmente propensos a un aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad. Para abordar sus necesidades de salud específicas, se requiere implementar respuestas centradas en los niños. Las respuestas de salud infantil deben incluir aquellas dedicadas a las principales enfermedades que causan un exceso de morbilidad y mortalidad, tales como las infecciones respiratorias agudas, la diarrea, el sarampión, la malnutrición y las afecciones neonatales.

Servicios de salud esenciales – norma 1 sobre salud infantil: prevención de enfermedades prevenibles por vacunación

Los niños de entre 6 meses y 15 años están inmunizados contra el sarampión y tienen acceso a los servicios regulares del Programa Ampliado de Inmunización una vez que se ha estabilizado la situación.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Hacer una estimación de la cobertura de vacunación contra el sarampión en los niños de 9 meses a 15 años de edad al comienzo de la respuesta, a fin de determinar el riesgo de brote (véase la nota de orientación 1).
- Si la cobertura de vacunación contra el sarampión es inferior al 90% o no se conoce, llevar a cabo una campaña de vacunación general contra el sarampión para los niños de 6 meses a 15 años, y administrar vitamina A a los niños de 6-59 meses (véanse las notas de orientación 1-2).

- Velar por que todos los lactantes vacunados de 6 a 9 meses reciban otra dosis de vacuna contra el sarampión al cumplir los 9 meses (véase la nota de orientación 3).
- Para las poblaciones móviles o desplazadas, establecer un sistema continuo a fin de asegurar que al menos el 95% de los recién llegados a un campamento o comunidad de edades comprendidas entre 6 meses y 15 años sean vacunados contra el sarampión.
- Restablecer el Programa Ampliado de Inmunización en cuanto las condiciones permitan inmunizar de manera sistemática a los niños contra el sarampión y otras enfermedades prevenibles por vacunación incluidas en el plan nacional (véase la nota de orientación 4).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Al finalizar la campaña de vacunación contra el sarampión:
  - como mínimo el 95% de los niños de 6 meses a 15 años han sido vacunados contra el sarampión;
  - como mínimo el 95% de los niños de 6 a 59 meses han recibido una dosis suficiente de vitamina A.
- Una vez restablecidos los servicios del Programa Ampliado de Inmunización, al menos el 90% de los niños de 12 meses han recibido tres dosis de vacuna DPT (difteria, tos ferina y tétanos), que es el indicador indirecto de la inmunización total de los niños.

Notas de orientación

1. ***Cobertura de vacunación contra el sarampión:*** examinar los datos pertinentes para determinar la cobertura de inmunización contra el sarampión en la población afectada. En base a este examen, determinar si la cobertura de inmunización sistemática contra el sarampión ha sido igual o superior al 90% en los 5 años precedentes y/o si en los 12 meses precedentes se ha realizado una campaña de vacunación contra el sarampión que haya alcanzado al 90% o más de los niños de entre 9 meses y 5 años. Si la cobertura de la inmunización contra el sarampión es inferior al 90%, o no se conoce, o existen dudas sobre las estimaciones de cobertura, se debe realizar una campaña de vacunación, partiendo de la hipótesis de que la cobertura es insuficiente para prevenir un brote.
2. ***Rangos etarios para la vacunación contra el sarampión:*** algunos de los niños mayores pueden haber escapado a las campañas de vacunación previas y a la enfermedad misma. Estos niños siguen estando expuestos al riesgo de sarampión y pueden ser una fuente de infección para los lactantes

y los niños pequeños, que corren mayor peligro de morir como consecuencia de esta enfermedad. Por esta razón se recomienda vacunar a los niños de hasta 15 años. En contextos de escasos recursos, tal vez no sea posible inmunizar a todos los niños de 6 meses a 15 años. En estos casos, se debe priorizar a los niños de 6 a 59 meses. Todos los niños del grupo de edad destinatario deben ser vacunados contra el sarampión, independientemente de su estado de inmunización previa.

3. ***Repetir la vacunación contra el sarampión para los niños de 6 a 9 meses de edad:*** todos los niños de 6 a 9 meses que ya han sido vacunados contra el sarampión deben recibir una dosis adicional de la vacuna al cumplir los 9 meses, aunque es necesario dejar pasar como mínimo un mes entre las dos dosis.

4. ***Restablecimiento del Programa Ampliado de Inmunización nacional:*** paralelamente a la preparación de la campaña de vacunación masiva contra el sarampión, es primordial trabajar para restablecer el Programa Ampliado de Inmunización en coordinación con las autoridades nacionales. La pronta reanudación de la labor de dicho programa no sólo protege a los niños directamente contra enfermedades tales como el sarampión, la difteria y la tos ferina, sino que tiene el valor añadido de reducir el riesgo de infecciones respiratorias.

Servicios de salud esenciales – norma 2 sobre salud infantil: tratamiento de las enfermedades neonatales e infantiles

Los niños tienen acceso a servicios de salud prioritarios diseñados para abordar las principales causas de morbilidad y mortalidad neonatales e infantiles.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Elaborar mensajes de educación sanitaria para alentar a la población afectada a acudir al médico en caso de cualquier enfermedad (fiebre, tos, diarrea, etc.) del recién nacido. Al elaborar los mensajes, tener en cuenta a los niños que no tienen a un adulto que los cuide (véase la norma 1 sobre sistemas de salud, nota de orientación 3, página 339).
- Prestar atención esencial de salud a todos los recién nacidos siguiendo las directrices de atención integrada del embarazo y del parto (IMPAC) cuando sea posible (véase la nota de orientación 1).
- Prestar atención de salud a los niños en los establecimientos sanitarios de primer nivel, aplicando, cuando sea posible, el protocolo nacional o las direc-

trices de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y de atención hospitalaria a los niños gravemente enfermos (véase la nota de orientación 2).

- Establecer un sistema estandarizado de emergencia para la evaluación y el triaje en todos los establecimientos sanitarios que atienden a niños enfermos, para garantizar que los casos urgentes sean tratados de inmediato (véase la nota de orientación 3).
- Velar por que se examine el estado nutricional de los niños que acuden a los servicios de salud y por que en caso necesario se los derive a los servicios de nutrición (véanse las normas 1-3 sobre tratamiento de la malnutrición aguda y las carencias de micronutrientes, páginas 187-197).
- Elaborar un protocolo para un tratamiento adecuado de casos para la difteria y la tos ferina en situaciones en que el riesgo de brotes de esas enfermedades es elevado (véase la nota de orientación 6).
- Poner a disposición medicamentos esenciales para el tratamiento de las enfermedades infantiles comunes, en dosis y composición adecuadas.

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Todos los niños menores de 5 años con síntomas de paludismo han recibido un tratamiento antipalúdico eficaz dentro de las 24 horas del comienzo de los síntomas (véase Servicios de salud esenciales: norma 2 sobre control de enfermedades transmisibles, página 357).
- Todos los niños menores de 5 años que sufren de diarrea han recibido tanto sales orales de rehidratación como un suplemento de cinc (véase la nota de orientación 3).
- Todos los niños menores de 5 años que presentaban síntomas de neumonía recibieron antibióticos apropiados (véase la nota de orientación 5).

Notas de orientación

1. ***Atención neonatal:*** de ser posible, todos los niños deben recibir al nacer atención profesional (preferentemente en un establecimiento sanitario), ser abrigados y alimentados pronta y exclusivamente con leche materna. Deben ser examinados para detectar cualquier problema, sobre todo de alimentación. Todos los recién nacidos enfermos deben ser examinados para detectar una posible septicemia o infección localizada.
2. ***Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI):*** se trata de una estrategia integrada de la salud infantil focalizada en la atención a niños menores de 5 años en el primer nivel de atención.

Cuando este enfoque se ha adoptado en un país y se han elaborado directrices clínicas adaptadas, es preciso incorporarlas a los protocolos estandarizados y capacitar a los profesionales de la salud en su aplicación.

3. ***Triaje:*** las directrices relativas a la AIEPI y a la derivación pueden optimizarse si se utilizan en combinación con un triaje y un tratamiento rápidos. El triaje es la categorización de pacientes en grupos de diferente prioridad según sus necesidades de atención médica, sus probabilidades de supervivencia y los recursos disponibles. El personal clínico involucrado en la atención de niños enfermos debe ser capacitado para llevar a cabo una evaluación rápida usando las directrices sobre triaje, evaluación y tratamiento de emergencia (ETAT, por sus siglas en inglés).

4. ***Tratamiento de la diarrea:*** los niños con diarrea deben ser tratados con sales de rehidratación oral de baja osmolalidad y recibir un suplemento de cinc. Las sales de rehidratación oral de baja osmolalidad abrevian la duración del episodio diarreico y reducen la necesidad de administrar al paciente fluido intravenoso.

5. ***Tratamiento de la neumonía:*** los niños con tos deben ser examinados para determinar si respiran con rapidez y/o con dificultad y si hunden el pecho al respirar. Los que respiran con rapidez y/o dificultad deben recibir un antibiótico oral apropiado; los que presentan hundimiento del pecho deben ser derivados a un hospital.

6. ***Brotes de tos ferina o difteria:*** los brotes de tos ferina son frecuentes en los desplazamientos de población. Normalmente se evita hacer campañas de vacunación en respuesta a un brote de tos ferina, ya que se teme que produzca efectos adversos entre los niños que ya habían sido inmunizados anteriormente con la vacuna DPT de pared entera. Sin embargo, un brote puede aprovecharse para paliar las omisiones de la inmunización sistemática. El tratamiento de casos incluye el tratamiento con antibióticos y el tratamiento profiláctico precoz de las personas que están en contacto con lactantes o mujeres embarazadas en el hogar. Los brotes de difteria son menos frecuentes pero constituyen siempre una amenaza para las poblaciones en condiciones de hacinamiento con bajo nivel de inmunización. Se han llevado a cabo campañas de inmunización masiva con tres dosis separadas de la vacuna en campamentos en respuesta a brotes de difteria. El tratamiento incluye la administración de antitoxina y antibióticos.

2.3. Servicios de salud esenciales: salud sexual y reproductiva

Todas las personas, incluidas las que viven en zonas afectadas por los desastres, tienen derecho a la salud reproductiva. Para ejercer este derecho, es preciso que las poblaciones afectadas tengan acceso a información exhaustiva y a servicios de salud reproductiva que les permitan tomar decisiones libres e informadas. Los servicios de salud reproductiva deben ser de calidad y responder a las necesidades de la población afectada. Deben respetar las creencias religiosas, los valores éticos y el contexto cultural de la comunidad y ser acordes a las normas universalmente reconocidas de los derechos humanos internacionales.

Servicios de salud esenciales – norma 1 sobre la salud sexual y reproductiva: salud reproductiva

Las personas tienen acceso a los servicios prioritarios de salud reproductiva del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) al producirse una situación de emergencia y, una vez que la situación se estabiliza, a servicios integrales de salud reproductiva.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Identificar un organismo director en materia de salud reproductiva dentro del sector o el grupo sectorial de salud para facilitar la coordinación e implementación del PSIM y velar por que se designe y ponga en funciones un responsable de salud reproductiva (nombrado por el organismo director) dentro del sector o el grupo sectorial de salud (véase la nota de orientación 1).
- Implementar medidas para reducir el riesgo de violencia sexual, en coordinación con otros sectores o grupos sectoriales pertinentes (véase la nota de orientación 3).
- Velar por que se presten servicios para el tratamiento clínico de las víctimas de violencia sexual, incluido el acceso a servicios de salud mental, así como apoyo psicosocial y asistencia jurídica (véanse la nota de orientación 3 y el principio de protección 2, nota de orientación 7, página 39).
- Establecer el equipo mínimo de servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo para reducir la transmisión del VIH (véase Servicios de salud esenciales: norma 2 sobre salud sexual y reproductiva, página 374).

- Velar por que se ponga a disposición y se asegure el acceso a servicios de obstetricia y atención neonatal de urgencia, que incluyan:
  - en los centros de salud: asistentes calificados para partos normales y gestión básica de emergencias obstétricas y complicaciones neonatales; atención obstétrica básica de urgencia y atención neonatal;
  - en los hospitales de derivación: personal médico calificado y suministros para una gestión global de complicaciones obstétricas y neonatales; atención obstétrica integral de urgencia y atención neonatal;
  - establecimiento de un sistema de comunicación y transporte para la gestión de emergencias obstétricas y neonatales que funcione todos los días durante las 24 horas entre la comunidad y el centro de salud y entre el centro de salud y el hospital de derivación (véase la nota de orientación 4).
- Suministrar kits esterilizados para el parto a las mujeres visiblemente embarazadas y a las parteras, para mejorar la higiene de los partos a domicilio cuando no sea posible acudir a un prestador de salud calificado y/o un establecimiento sanitario (véase la nota de orientación 4).
- Informar a la población sobre los beneficios y la disponibilidad de servicios clínicos para las víctimas de actos de violencia sexual y sobre el sistema de derivación de emergencia para las complicaciones del embarazo y del parto (véanse las notas de orientación 3-4).
- Velar por la disponibilidad de métodos anticonceptivos corrientes para responder a la demanda (véase la nota de orientación 2).
- Planear la incorporación de servicios integrales de salud reproductiva en la atención primaria de salud lo antes posible (véase la nota de orientación 1).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Todos los establecimientos sanitarios están dotados de personal calificado, suficientes insumos y equipo para los servicios de tratamiento clínico de las víctimas de violaciones, basados en los protocolos nacionales o los de la OMS.
- Todas las mujeres embarazadas en su tercer trimestre de embarazo han recibido kits esterilizados para el parto.
- Hay como mínimo cuatro establecimientos sanitarios con atención obstétrica básica de emergencia y atención neonatal / 500.000 personas.
- Hay como mínimo un establecimiento sanitario con atención obstétrica integral de emergencia y atención neonatal / 500.000 personas.
- La proporción de partos por cesárea no es inferior al 5% ni superior al 15% (véase la nota de orientación 4).

Notas de orientación

1. ***Paquete de Servicios Iniciales Mínimos:*** el PSIM define los servicios más importantes para prevenir la morbilidad y la mortalidad de mujeres, hombres y adolescentes ligadas a la salud reproductiva en situaciones de desastre. Comprende una serie de servicios prioritarios coordinados de salud reproductiva que deben ser implementados simultáneamente para prevenir y tratar las consecuencias de la violencia sexual, reducir la transmisión del VIH, prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad materna y neonatal, al tiempo que se comienzan a planear servicios integrales de salud reproductiva tan pronto como la situación se estabiliza. Es esencial planificar la incorporación de actividades integrales de calidad en materia de salud reproductiva donde se dispensa atención primaria de salud al comienzo de una situación de emergencia para asegurar un proceso continuo de atención. La atención integral de la salud reproductiva implica ampliar los servicios existentes, agregar servicios faltantes y mejorar la calidad de los servicios.

2. ***Suministros de salud reproductiva:*** los suministros para el PSIM deben ser pedidos, distribuidos y almacenados para evitar demoras en la adquisición de esos productos esenciales para la población. El Botiquín Médico Interinstitucional de Emergencia (2006) comprende una cantidad limitada de medicamentos para la profilaxis posterior a la exposición de los pacientes, sulfato de magnesio e instrumentos y medicamentos para la atención en el parto, pero no todos los suministros requeridos para el PSIM. Los Botiquines Médicos Interinstitucionales de Emergencia elaborados por el Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Emergencia contienen medicamentos e instrumentos para un período de tres meses.

3. ***Violencia sexual:*** todos los participantes en una respuesta en caso de desastre deben ser conscientes del riesgo de violencia sexual, incluidos la explotación y el abuso sexuales por parte de los trabajadores humanitarios, y deben movilizarse para prevenirla y hacerle frente. Es preciso compilar y comunicar la información adicional sobre los incidentes notificados de manera segura y ética, a fin de guiar los esfuerzos de prevención y respuesta. Debe efectuarse un seguimiento de la incidencia de la violencia sexual. En todos los establecimientos sanitarios de primer nivel deben tomarse medidas para la asistencia a las víctimas y disponerse de personal calificado para el tratamiento clínico, que incluye medidas de contracepción de emergencia, profilaxis posterior a la exposición para prevenir el VIH, tratamiento presuntivo de infecciones de transmisión sexual, cuidado de las heridas, prevención del tétanos y de la hepatitis B. El uso de anticonceptivos de emergencia es una elección personal que sólo puede hacer la propia mujer. Se debe ofrecer a las mujeres asesoramiento neutral sobre dicho método, para que puedan tomar

una decisión fundada. Hay que alentar a las víctimas de la violencia sexual a buscar atención clínica, orientarlas hacia estructuras apropiadas y ayudarlas a obtener acceso a los servicios de salud mental y apoyo psicosocial.

Si las víctimas lo solicitan, el personal debe brindarles protección y asistencia jurídica. Ellas deben también otorgar su consentimiento informado para el examen y el tratamiento clínico. En todas las etapas es esencial la confidencialidad (véanse la norma 5 sobre sistemas de salud, la nota de orientación 3, página 350 y el principio de protección 1, notas de orientación 7 12, páginas 39-40).

4. ***Atención obstétrica y neonatal de urgencia:*** se calcula que alrededor del 4% de la población afectada por el desastre está compuesto por mujeres embarazadas. Aproximadamente un 15% de las mujeres embarazadas tendrá una complicación obstétrica imprevisible durante el embarazo o el parto que va a requerir atención obstétrica de urgencia y un 5-15% de los partos requiere cirugía, como por ejemplo una cesárea. Para prevenir la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal que resultan de esas complicaciones, en todos los establecimientos de atención primaria de salud debe disponerse de atención calificada en todos los partos, atención obstétrica básica de urgencia y reanimación neonatal. La atención obstétrica básica de urgencia abarca la administración de antibióticos, agentes uterotónicos (oxitocina) y anticonvulsivos (sulfato de magnesio) por vía parenteral; la remoción manual de los productos retenidos de la concepción con tecnología apropiada, la remoción manual de la placenta, la asistencia al parto vaginal (parto por aspiración o con fórceps) y la reanimación materna o neonatal. La atención obstétrica integral de urgencia incluye todas las respuestas de la atención obstétrica básica de urgencia más la cirugía con anestesia general (cesárea, laparotomía) y transfusión racional de sangre segura.

   El sistema de derivación debe garantizar que las mujeres y los recién nacidos sean enviados a establecimientos apropiados y que se disponga de medios de transporte para viajar a un establecimiento de atención primaria de salud con atención obstétrica básica de urgencia y atención neonatal y a un hospital con atención obstétrica integral de urgencia y servicios de atención neonatal.

Servicios de salud esenciales – norma 2 sobre salud sexual y reproductiva: VIH y SIDA

La población tiene acceso al conjunto de servicios mínimos de prevención, tratamiento, atención y apoyo con relación al VIH durante los desastres.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Establecer procedimientos de seguridad estandarizados para la eliminación de desechos en todos los establecimientos sanitarios (véanse la nota de orientación 2 y la norma 1 sobre sistemas de salud, notas de orientación 10-11, páginas 341-342).
- Establecer y supervisar el suministro de sangre segura y el uso racional de las transfusiones de sangre (véanse la nota de orientación 2 y la norma 1 sobre sistemas de salud, nota de orientación 5, página 340).
- Organizar el acceso a preservativos de calidad para uso masculino y femenino, e impartir información sobre la forma correcta de usarlos.
- Velar por que los establecimientos sanitarios ofrezcan tratamiento sindrómico a todos los pacientes con síntomas de una infección de transmisión sexual.
- Velar por que se presten servicios de profilaxis posterior a la exposición a los pacientes dentro de las 72 horas del incidente de exposición potencial al VIH (véase la nota de orientación 3).
- Suministrar información accesible y educación en materia de prevención del VIH al público en general y a los grupos de alto riesgo (por ejemplo, los profesionales del sexo).
- Velar por la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH asegurando el acceso a anticonceptivos, la atención de partos en condiciones de higiene y seguridad (incluida la atención obstétrica de urgencia) y la administración de medicamentos antirretrovirales (véase la nota de orientación 4).
- Brindar tratamiento, atención y apoyo para los niños nacidos de madres VIH positivas, e impartir a éstas orientación y consejos sobre la alimentación del lactante (véase la norma 2 sobre alimentación del lactante y del niño pequeño, página 181).
- Velar por que las personas que viven con el VIH reciban atención de salud, incluida la profilaxis con cotrimoxazol para las infecciones asociadas al VIH.

- Velar por que las personas que estaban recibiendo tratamiento antirretroviral (ART) antes del desastre sigan recibiendo el tratamiento (véase la nota de orientación 4).
- Vincular los programas de VIH y tuberculosis donde los haya.
- Velar por que las personas con alto riesgo de exposición al VIH tengan acceso a las respuestas de prevención de la transmisión sexual del VIH y por que los usuarios de drogas inyectables tengan acceso a la reposición de material de inyección estéril donde existan estos servicios.
- Iniciar planes para ampliar la gama de los servicios de control del VIH en la fase posterior al desastre (véase la nota de orientación 1).

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Se ofrece a la población con mayor riesgo de exposición al VIH un programa de prevención del VIH.
- Las mujeres embarazadas con estado VIH positivo confirmado han recibido medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión del virus de madre a hijo.
- Se controla el 100% de la sangre para transfusión a fin de detectar enfermedades transmisibles por esta vía, incluido el VIH.
- Las personas potencialmente expuestas al VIH (exposición de los profesionales de la salud y exposición no ligada a la profesión) han recibido profilaxis posterior a la exposición dentro de las 72 horas del incidente.
- Todos los establecimientos de atención primaria de salud disponen de agentes antimicrobianos para ofrecer tratamiento sindrómico a todos los pacientes que presenten síntomas de una infección de transmisión sexual.

Notas de orientación

1. ***Control del VIH:*** los servicios mínimos de prevención, tratamiento, atención y apoyo descritos en las acciones clave para esta norma abarcan las medidas que debe adoptar el sector de salud para prevenir la transmisión del VIH y brindar atención y apoyo a las personas que viven con el VIH. Es preciso implementar dichas medidas en las fases iniciales de cualquier respuesta en casos de desastre.
2. ***Prevención de la transmisión del VIH en las actividades sanitarias:*** ya en las fases iniciales de una respuesta en casos de desastre es una prioridad prevenir la transmisión del VIH en las actividades sanitarias (por ejemplo hospitales, centros de atención de salud, campañas de vacunación). Las principales medidas son velar por la aplicación de las precauciones estándar,

establecer prácticas de transfusión de sangre seguras y racionales y evacuar correctamente los desechos sanitarios (véase la norma 1 sobre sistemas de salud, notas de orientación 5, 10 y 11, página 340-342).

3. ***Profilaxis posterior a la exposición:*** la profilaxis posterior a la exposición para prevenir la infección por el VIH incluye asesoramiento, evaluación del riesgo de exposición al VIH, consentimiento informado, evaluación de la fuente y suministro de medicamentos para el tratamiento antirretroviral. No deben someterse a esta profilaxis las personas que ya son VIH positivas. El asesoramiento y las pruebas nunca deben ser obligatorios. Por otra parte, no debe demorarse la profilaxis posterior a la exposición hasta obtener los resultados de las pruebas.

4. ***Medicamentos antirretrovirales:*** el suministro de medicamentos antirretrovirales para evitar la transmisión maternoinfantil, la profilaxis posterior a la exposición y el tratamiento antirretroviral a largo plazo son factibles en los casos de desastre. Las mujeres embarazadas que ya están en tratamiento antirretroviral deben continuar su tratamiento sin interrupción. De ser posible, las mujeres de las cuales se sabe que son VIH positivas deben recibir medicamentos antirretrovirales para evitar la transmisión materno-infantil de acuerdo al protocolo nacional.

Note
Caritas Internationalis y sus miembros no promueven el uso del control artificial de la natalidad ni distribuyen ningún tipo de anticonceptivo.

2.4. Servicios de salud esenciales: lesiones

Las lesiones son en general la principal causa del exceso de mortalidad y morbilidad tras los desastres naturales repentinos de gran envergadura, como por ejemplo los terremotos. Muchos desastres graves ocasionan un gran número de víctimas, lo que significa que el número de pacientes supera la capacidad de atención del sistema de salud con los recursos locales y los procedimientos de rutina. En las emergencias complejas, también se producen lesiones causadas por la violencia física. Durante los conflictos armados, por ejemplo, la mayoría de las muertes causadas por lesiones se producen en regiones inseguras, alejadas de los establecimientos sanitarios, de modo que en general la atención médica no puede evitarlas. Para evitar esas muertes se requieren respuestas que protejan a la población civil (véase el principio de protección 3, notas de orientación 1-5, páginas 42-43).

Servicios de salud esenciales – norma 1 sobre lesiones: atención de lesiones

La población tiene acceso a servicios eficaces de atención de lesiones durante los desastres para prevenir la morbilidad, la mortalidad y las discapacidades.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Velar por que los trabajadores de salud locales y quienes coordinan la respuesta del sector de salud estén familiarizados con la atención de víctimas en gran escala (véase la nota de orientación 1).
- En los eventos que causan gran número de víctimas, establecer un sistema estandarizado de triaje con orientaciones claras sobre la forma de evaluar, priorizar, reanimar y derivar a las víctimas (véase la nota de orientación 1).
- Velar por que el conjunto de los trabajadores de salud comprenda los principios esenciales y posea las competencias necesarias para prestar primeros auxilios y efectuar reanimación básica (véase la nota de orientación 2).
- Velar por que los trabajadores de salud locales estén familiarizados con los principios esenciales del tratamiento de lesiones (véase la nota de orientación 3).
- Administrar una vacuna antitetánica que contenga anatoxina tetánica a quienes presenten heridas sucias y a las personas que participan en el rescate o en las operaciones de limpieza (véase la nota de orientación 4).

- Establecer protocolos estandarizados para la derivación de los pacientes lesionados que necesiten cuidados complejos, incluidas respuestas quirúrgicas y atención postoperatoria (véase la nota de orientación 5).
- Velar por que sólo los organismos que dispongan de los conocimientos y recursos necesarios presten servicios de traumatología y cirugía y los servicios de rehabilitación ulterior (véase la nota de orientación 5).
- Garantizar que los pacientes lesionados y personas con discapacidad dispongan de los aparatos y dispositivos auxiliares estándar para su movilidad (por ejemplo sillas de ruedas, muletas) en cuanto sea posible, y que dichos aparatos puedan ser reparados en el lugar (véase la nota de orientación 6).

Indicador clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Todos los establecimientos sanitarios tienen personal calificado y sistemas para el tratamiento de un número importante de víctimas.

Notas de orientación

1. ***Triaje:*** es el proceso de categorización de pacientes según la gravedad de sus lesiones o enfermedades, y de priorización del tratamiento de acuerdo con la disponibilidad de recursos y las probabilidades de que los pacientes sobrevivan. En los desastres con gran número de víctimas se da menos prioridad a quienes tienen lesiones graves que ponen en peligro su vida, que a quienes tienen mejores probabilidades de sobrevivir a sus lesiones. No existe un sistema estandarizado de triaje y hay varios en uso en distintas partes del mundo. La clasificación más corriente consiste en utilizar el sistema de codificación en cuatro colores: el rojo indica alta prioridad, el amarillo prioridad mediana, el verde se usa para pacientes ambulatorios y el negro para los fallecidos.
2. ***Los primeros auxilios y la atención básica de salud:*** los procedimientos esenciales incluyen restablecer y mantener la respiración. Esto puede requerir liberar y proteger las vías respiratorias, controlar hemorragias y administrar fluidos por vía intravenosa, dado el caso. Estos procedimientos pueden ayudar a estabilizar a personas con lesiones que ponen en peligro su vida antes de derivarlas a los establecimientos indicados y acrecientan notablemente sus probabilidades de sobrevivir, incluso si sus lesiones son graves. Hay otros procedimientos igualmente vitales, tales como limpiar y vendar las heridas y administrar antibióticos y profilaxis antitetánica.
3. ***Tratamiento de heridas:*** en la mayoría de los desastres, muchos pacientes acudirán a los centros de atención más de seis horas después de sufrir las lesiones. La demora en recibir atención aumenta considerablemente el riesgo

de infección de las heridas y del exceso de mortalidad prevenible. Es, pues, crucial que los trabajadores de salud locales estén familiarizados con los principios y protocolos pertinentes para prevenir y tratar la infección de las heridas; estos incluyen el cierre primario retrasado y la limpieza de la herida, así como la remoción quirúrgica de materias extrañas y tejidos muertos.

4. ***Tétanos:*** en los desastres repentinos, en los que se produce generalmente un gran número de casos de lesiones y traumatismos, el riesgo de infección por tétanos puede ser relativamente alto. Si bien no se recomienda proceder a una inmunización generalizada contra el tétanos, sí se recomienda aplicar una vacuna que contenga anatoxina tetánica (DT o Td: vacunas contra la difteria y el tétanos, o DPT, dependiendo de la edad y el historial de inmunización del paciente) a todas las personas con heridas sucias y las personas que participan en las operaciones de rescate o limpieza, que comportan ciertos riesgos. A las personas con heridas sucias que no hayan sido previamente vacunadas contra el tétanos hay que aplicarles una dosis de inmunoglobulina antitetánica si se dispone de ella.

5. ***Atención de traumatismos y cirugía:*** la cirugía de traumatismos y la cirugía de guerra salvan vidas y pueden evitar discapacidades a largo plazo. Estas especialidades requieren recursos y una formación específica de que disponen sólo unas pocas organizaciones. Proceder a una cirugía inadecuada puede causar más daño que no hacer nada. Además, si la cirugía no es seguida de inmediato por medidas de rehabilitación, puede suceder que fracase totalmente en restaurar las capacidades funcionales del paciente. Por ello, sólo las organizaciones y profesionales que poseen la competencia y la capacidad necesarias están en condiciones de prestar esos servicios que salvan vidas y previenen discapacidades.

6. ***Rehabilitación postoperatoria para las lesiones relacionadas con traumatismos:*** una rehabilitación temprana puede aumentar considerablemente la supervivencia y mejorar la calidad de vida de los sobrevivientes lesionados. Los pacientes que requieren dispositivos de asistencia (como prótesis y aparatos para la movilidad) también necesitan rehabilitación física. Si se dispone de programas comunitarios de rehabilitación, la colaboración con ellos puede optimizar el cuidado postoperatorio y la recuperación de los sobrevivientes lesionados.

2.5. Servicios de salud esenciales: salud mental

Los problemas de salud mental y psicosociales se producen en todas las situaciones humanas. Los horrores, las pérdidas y la incertidumbre entre otros muchos factores de estrés vinculados a los conflictos armados y otros desastres aumentan el riesgo de diversos problemas sociales, comportamentales, psicológicos y psiquiátricos. La respuesta en materia de salud mental y el apoyo psicosocial requieren una ayuda multisectorial (véase abajo el gráfico de la 'pirámide de respuesta'). Dicha ayuda debe realizarse de manera coordinada por un grupo de trabajo transversal o transectorial. La siguiente norma sobre la salud mental está centrada en las acciones de los actores del sector de salud. Se remite a los lectores a que consulten también la norma esencial 1, página 60 y el principio de protección 3, página 42).

Servicios de salud esenciales – norma 1 sobre salud mental: salud mental

La población tiene acceso a servicios de salud que previenen o reducen los problemas de salud mental y las incapacidades funcionales que los acompañan.

Acciones clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Velar por que las respuestas se desarrollen sobre la base de las necesidades comprobadas y los recursos disponibles.
- Capacitar a los miembros de la comunidad, incluidas la personas marginadas, para fortalecer la autoayuda y el apoyo social en la comunidad (véase la nota de orientación 1).
- Velar por que los trabajadores comunitarios, incluidos los voluntarios y los trabajadores de los servicios de salud, ofrezcan primeros auxilios psicológicos a las personas gravemente angustiadas que han estado expuestas a factores de estrés extremos (véase la nota de orientación 2).
- Velar por que en cada establecimiento sanitario haya como mínimo un miembro del personal que trate diversos problemas graves de salud mental de adultos y niños (véase la nota de orientación 3).
- Abordar la seguridad, las necesidades básicas y los derechos fundamentales de las personas con problemas de salud mental internadas en instituciones (véase la nota de orientación 4).

- Reducir al mínimo el daño relacionado con el consumo de alcohol y drogas.
- Como parte de la recuperación inicial, emprender planes para desarrollar un sistema comunitario sostenible de salud mental (véase la nota de orientación 5).

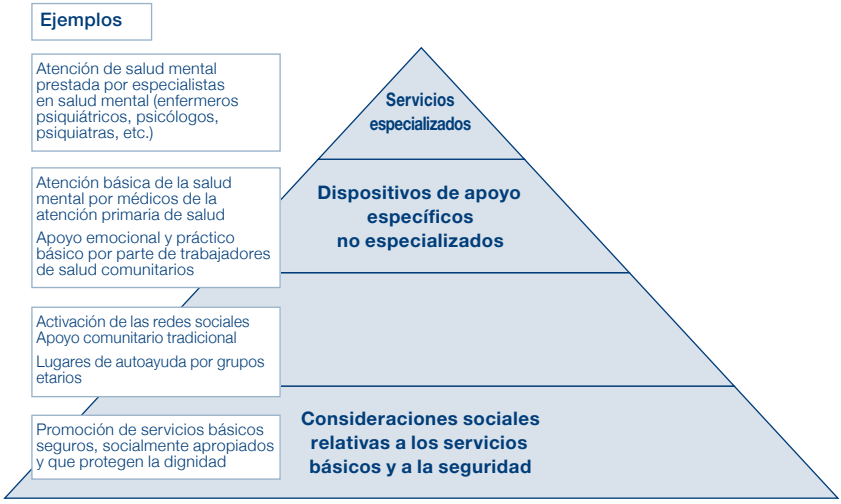
Indicador clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Todos los establecimientos sanitarios disponen de personal calificado y de sistemas para el tratamiento de los problemas de salud mental.

Notas de orientación

1. ***Autoayuda y apoyo social en la comunidad:*** la autoayuda y el apoyo social en la comunidad forman un elemento clave del conjunto global de ayuda multisectorial a la salud mental y al apoyo psicosocial (véase el gráfico que sigue) (véanse la norma esencial 1, página 60 y el principio de protección 4, las notas de orientación 2-4, páginas 46-47). Las organizaciones del sector de salud suelen emplear o movilizar trabajadores y voluntarios comunitarios que pueden ayudar a los miembros de la comunidad, incluidos grupos marginados, a mejorar sus mecanismos de autoayuda y de apoyo social.

Pirámide de respuestas



Fuente: Grupo de Referencia del Comité Permanente entre Organismos sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias, 2010

2. ***Primeros auxilios psicológicos:*** la mejor manera de tratar la ansiedad aguda después de factores estresantes extremos (eventos traumáticos) es seguir los principios de los primeros auxilios psicológicos, los cuales suelen ser erróneamente considerados como una respuesta clínica. Más bien se trata de una respuesta humana para reconfortar a otro ser humano que sufre y puede necesitar apoyo. Abarca cuidado básico, pragmático, no intrusivo de este ser humano, centrado en escucharlo sin forzarlo a hablar, evaluar sus necesidades y preocupaciones, velar por que tenga cubiertas sus necesidades básicas, alentar a otras personas significativas a prestarle apoyo social y protegerlo de daños suplementarios. Debe evitarse el "interrogatorio psicológico" (promover que la persona exponga su trauma alentándola a contar de manera breve pero sistemática sus percepciones, pensamientos y las reacciones emocionales experimentadas durante un evento estresante reciente), ya que en el mejor de los casos es ineficaz. También debe evitarse la administración de benzodiacepinas en el tratamiento de la angustia grave, ya que pueden interferir con la recuperación natural.

3. ***Atención básica de la salud mental:*** los problemas de salud mental de una persona pueden haber sido inducidos por una situación de emergencia, o ser preexistentes, o ambas cosas. Las personas con problemas graves de salud mental deberían tener acceso a una red de apoyos sociales en la comunidad y recibir tratamiento clínico por parte de los servicios de salud disponibles (por ejemplo hospitales generales, clínicas de atención primaria de salud, etc.). En general, la organización de servicios de atención clínica básica de la salud mental implica sea organizar una capacitación rápida y supervisada de miembros del personal de salud en general, sea incorporar a la clínica un profesional de salud mental. Es necesario que se disponga de antiepilépticos y psicotrópicos esenciales. Las personas que han estado recibiendo tratamiento de salud mental antes de la crisis tienen que seguir recibiendo tratamiento.

4. ***Personas internadas en instituciones:*** es necesario visitar con regularidad los hospitales de salud mental y las residencias para personas con graves problemas mentales, especialmente al comienzo de la crisis, porque en ese tipo de instituciones existe un riesgo muy alto de que dichas personas sean descuidadas o sufran abusos. A lo largo de la crisis debe velarse por su seguridad, la satisfacción de sus necesidades físicas básicas (agua, alimentos, alojamiento, saneamiento y atención médica), sus derechos humanos y la prestación de atención básica psiquiátrica y psicosocial.

5. ***Recuperación inicial:*** dado que durante las crisis humanitarias aumentan las tasas de una amplia gama de desórdenes mentales, es necesario realizar planes con objeto de desarrollar el sistema de salud mental para que aumente eficazmente la cobertura de tratamiento de salud mental en toda el área afectada (véase la norma esencial 4, página 72).

2.6. Servicios de salud esenciales: enfermedades no transmisibles

En muchos países, incluidos países de ingresos bajos y medios, el envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida han hecho que las tasas de morbilidad se hayan modificado, y las enfermedades transmisibles estén cediendo terreno a las enfermedades no transmisibles. Como resultado, las enfermedades no transmisibles están adquiriendo mayor importancia como problema de salud pública en el contexto de los desastres. El aumento de los problemas de salud debidos a la exacerbación de las afecciones crónicas preexistentes se ha transformado en un fenómeno corriente en muchos desastres.

Servicios de salud esenciales - norma 1 sobre enfermedades no transmisibles: enfermedades no transmisibles

La población tiene acceso a terapias esenciales para reducir la morbilidad y la mortalidad debidas a complicaciones agudas o agravamiento de sus afecciones crónicas de salud.

Acciones clave (deben leerse juntamente con la nota de orientación)

- Evaluar y documentar la prevalencia de enfermedades no transmisibles y transmitir esos datos a las organizaciones que intervienen en casos de desastre (véase la nota de orientación 1).
- Identificar a las personas con enfermedades no transmisibles que estaban en tratamiento antes de la situación de emergencia y velar por que sigan recibiendo tratamiento. Evitar la interrupción súbita del tratamiento.
- Velar por que las personas con complicaciones agudas o agravamiento de enfermedades no transmisibles que amenazan su vida (por ejemplo afecciones cardíacas, hipertensión aguda) y las personas que padecen dolor (por ejemplo en estadios avanzados de un cáncer) reciban tratamiento.
- En situaciones en las que no se disponga de tratamiento para enfermedades no transmisibles, establecer procedimientos operativos estandarizados claros para la derivación de los pacientes.
- Velar por que a través del sistema de atención primaria de salud se disponga de equipo esencial de diagnóstico, pruebas de laboratorio esenciales y medicamentos para el tratamiento de rutina continuo de las enfermedades no transmisibles. Estos medicamentos deben estar especificados en la lista de medicamentos esenciales.

- Velar por que se disponga de dispositivos auxiliares (por ejemplo ayudas para andar) para las personas con dificultades de movilidad o comunicación.

Indicadores clave (deben leerse juntamente con las notas de orientación)

- Todos los establecimientos de atención primaria de salud disponen de procedimientos operativos estandarizados precisos para la derivación de pacientes con enfermedades no transmisibles a establecimientos sanitarios de segundo y tercer nivel.
- Todos los establecimientos de atención primaria de salud disponen de medicamentos adecuados para la continuación del tratamiento de las personas con enfermedades no transmisibles que estaban en tratamiento antes de la emergencia.

Nota de orientación

1. ***Las enfermedades no transmisibles*** incluyen afecciones cardíacas, accidentes cerebrovasculares, hipertensión, insuficiencia renal crónica, asma bronquial, insuficiencia renal crónica dependiente de diálisis, diabetes dependiente de insulina y epilepsia. Durante una situación de emergencia, las personas con afecciones de salud crónicas son particularmente vulnerables a una exacerbación de la enfermedad o a complicaciones tales como infecciones secundarias, y están en riesgo si se interrumpe el tratamiento. La estabilización clínica y el mantenimiento de la terapia debe ser los pilares de la respuesta del sector de salud en las respuestas humanitarias.

   Las personas con enfermedades no transmisibles necesitan medicación y seguimiento a largo plazo. El sistema de atención primaria de salud debe brindar tratamiento continuo de rutina a las personas con enfermedades no transmisibles, usando medicamentos de la lista de medicamentos esenciales. En general no se recomienda introducir un nuevo régimen terapéutico o un nuevo programa para el tratamiento de afecciones de salud crónicas durante la respuesta, sobre todo si es improbable que el régimen o programa continúe después de la fase de emergencia.

Anexo 1

Lista de verificación para la evaluación de la situación sanitaria

Preparación

- Obtener la información disponible sobre la población afectada por el desastre.
- Obtener mapas y fotografías aéreas.
- Obtener datos demográficos y sanitarios.

Seguridad y acceso

- Determinar la existencia de amenazas naturales o debidas a la actividad humana.
- Determinar la situación general en cuanto a la seguridad, incluida la presencia de fuerzas armadas.
- Determinar en qué medida las organizaciones humanitarias tienen acceso a la población afectada por el desastre.

Demografía y estructura social

- Determinar el número total de personas afectadas por el desastre; desglosar por edad y por sexo.
- Identificar los grupos que corren mayor riesgo, por ejemplo, mujeres, niños, personas de edad, personas con discapacidad.
- Determinar cuántas personas componen en promedio una familia y estimar el número de hogares en que el cabeza de familia es un niño o una mujer.
- Determinar la estructura social existente y las personas que ejercen autoridad y/o influencia.

Información sobre los antecedentes sanitarios

- Identificar los problemas de salud existentes antes del desastre en la zona afectada por el desastre.
- Identificar los problemas de salud existentes de los refugiados en su país de origen (o en la región de origen en el caso de los desplazados internos).
- Identificar los riesgos para la salud, por ejemplo la presencia de enfermedades con potencial epidémico.
- Identificar las fuentes previas de atención de salud.
- Analizar el desempeño de los componentes del sistema de salud.

Tasas de mortalidad

- Calcular la tasa bruta de mortalidad.
- Calcular las tasas de mortalidad específicas según la edad (por ejemplo la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años).
- Calcular las tasas de mortalidad por causas específicas.
- Calcular la tasa de mortalidad proporcional.

Tasas de morbilidad

- Determinar las tasas de incidencia de las principales enfermedades que tienen importancia para la salud pública.
- Determinar las tasas de incidencia específicas por edad y por sexo de las principales enfermedades, cuando sea posible.

Recursos disponibles

- Determinar la capacidad del Ministerio de Salud del país afectado por el desastre.
- Determinar la situación de los establecimientos sanitarios nacionales, indicando el número de establecimientos que prestan los distintos tipos de atención de salud, su estado físico y las posibilidades de acceso.
- Determinar la dotación del personal de salud disponible y sus competencias.
- Determinar los presupuestos de salud disponibles y los mecanismos de financiación.

- Determinar la capacidad y el estado de funcionamiento de los programas de salud pública existentes, por ejemplo el Programa Ampliado de Inmunización.
- Determinar la disponibilidad de protocolos estandarizados, medicamentos esenciales, suministros y sistemas logísticos.
- Determinar el estado de funcionamiento de los sistemas de derivación existentes.
- Determinar el nivel de la salud ambiental en los establecimientos sanitarios.
- Determinar el estado de funcionamiento del sistema existente de información sobre salud.

Datos de otros sectores pertinentes

- Estado nutricional
- Alimentos y seguridad alimentaria
- Condiciones ambientales
- Alojamiento: calidad
- Educación: salud y educación en materia de higiene

Anexo 2

Modelos de formularios para los informes de vigilancia semanales

Formulario 1 de vigilancia de la mortalidad*

Localidad: . . . . . .

Semana desde el lunes: . . . . . al domingo: . . . . . .

Población total al principio de la semana: . . . . . .

Nacimientos durante la semana: . . . . . Decesos durante la semana: . . . . . .

Llegadas en la semana (si las hubo): . . . . . Partidas en la semana . . . . . .

Población total al final de la semana: . . . . . Población total de niños menores de 5 años: . . .

	0-4 años		5+ años		Total
	varones	mujeres	varones	mujeres	
Causa inmediata					
Infección aguda de las vías					
respiratorias inferiores					
Cólera (se sospecha)					
Diarrea sanguinolenta					
Diarrea acuosa					
Lesión no accidental					
Paludismo					
Muerte materna directa					
Sarampión					
Meningitis (se sospecha)					
Neonatal (0-28 días)					
Otra causa					
Causa desconocida					
Total por edad y sexo					
Causa subyacente					
SIDA (se sospecha)					
Malnutrición					
Muerte materna indirecta					
Enfermedad no transmisible (especificar)					
Otra causa					
Total por edad y sexo					

** Este formulario se usa cuando se producen numerosas muertes y por tanto no se puede registrar información sobre los decesos individuales más detallada por falta de tiempo.*

- Se pueden añadir otras causas de mortalidad según el contexto y las características epidemiológicas.

- Se puede desglosar de manera más detallada (0-11 meses, 1-4 años, 5-14 años, 15-49 años, 50-59 años, 60-69 años, 70-79 años, 80+años) según resulte posible.

- La información no debe limitarse sólo a la información de los establecimientos sanitarios, sino que debe incluir informes de los líderes religiosos y de la localidad, trabajadores comunitarios, grupos de mujeres y hospitales de derivación.

- Siempre que sea posible, se deberá escribir al dorso del formulario la definición del caso.

Formulario 2 de vigilancia de la mortalidad*

Localidad: . . . . . .

Semana desde el lunes:. . . . . hasta el domingo: . . . . . .

Población total al comienzo de la semana: . . . . . .

Nacimientos durante la semana: . . . . . Decesos durante la semana: . . . . . .

Llegadas en la semana (si las hay): . . . . . Altas en la semana. . . . . .

Población total al fin de la semana: . . . . . Población total de niños menores de 5 años: . . .

			Causa directa de deceso													Causas subyacentes						
Nº	Sexo (m, f)	Edad (días=d meses=m años=a)	Infección aguda vías resp.	Cólera (sospecha)	Diarrea sanguinolenta	Diarrea acuosa	Lesión no accidental	Paludismo	Muerte materna directa	Sarampión	Meningitis (sospecha)	Neonatal (0-28 días)	Enf. no trnsmisible (especificar)	Otras causas (especificar)	Causa desconocida	SIDA (sospecha)	Malnutrición	Muerte materna indirecta	Otras causas (especificar)	Fecha (dd/mm/aa)	Ubicación (p.ej. manzana Nº)	Muerto en el hospital o en la casa
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						

** Este formulario se usa cuando hay tiempo suficiente para registrar los datos individuales sobre decesos; permite analizar por edades e investigar los brotes por su localización y tasas de utilización de los establecimientos sanitarios.*

- La frecuencia de los informes (p.ej. diaria o semanal) depende del número de muertes.

- Se pueden añadir otras causas de muerte de acuerdo a la situación.

- La información no debe limitarse sólo a lo notificado por los establecimientos sanitarios, sino que debe incluir informes de instituciones religiosas y de la localidad, trabajadores comunitarios, grupos de mujeres y hospitales de derivación.

- Siempre que sea posible, se deberá escribir al dorso del formulario la definición del caso.

Modelo de formulario para el informe semanal de alerta temprana*

* Este formulario debe usarse en la fase de emergencia aguda , cuando el riesgo de enfermedades epidemiógenas es alto.

Semana: del lunes . . . . . al domingo: . . . . . .

Ciudad / pueblo / asentamiento / campamento: . . . . . .

Provincia: . . . . . Distrito: . . . . . Subdistrito: . . . . . .

Nombre de la localidad: • ? Hospitalizado • ? Paciente ext. • ? Centro salud • Unidad móvil

Organismo(s) de apoyo: . . . . . Encarg. informes: . . . . . .

Población total: . . . . . Niños menores de 5 años: . . . . . .

A. DATOS AGREGADOS DE LA SEMANA

Nuevos casos	MORBILIDAD		MORTALIDAD		Total
	< 5 años	5 años o más	< 5 años	5 años o más	
TOTAL DE ADMISIONES					
TOTAL DE MUERTES					
Infección respiratoria aguda					
Diarrea acuosa aguda					
Diarrea sanguinolenta aguda					
Paludismo (se sospecha/confirmado)					
Sarampión					
Meningitis (se sospecha)					
Síndrome fiebre hemorrágica aguda					
Síndrome de ictericia aguda					
Parálisis flácida aguda (PFA)					
Tétanos					
Otros estados febriles > 38.5°C					
Lesiones/heridas					
Otras causas					
Total					

- *Puede haber más de un diagnóstico; registrar el más importante. Registrar cada caso una sola vez.*
- *Incluir sólo los casos atendidos (o las muertes acaecidas) en la semana de vigilancia.*
- *Si durante la semana no se produjo ningún caso o muerte de uno de los síndromes de la lista, escribir "0" (cero) en la columna respectiva.*
  Registrar las muertes solo en la columna de mortalidad, NO en la columna de morbilidad.
- *Las definiciones de caso para cada afección bajo vigilancia deben escribirse al dorso de este formulario.*
- *De acuerdo a la epidemiología y a la evaluación de riesgos de enfermedad, pueden añadirse o suprimirse causas de morbilidad.*
- *El objetivo de la vigilancia de alerta temprana es la detección precoz de enfermedades epidemiógenas.*
- *Los datos sobre afecciones tales como malnutrición deben obtenerse mediante estudios de prevalencia más bien que vigilancia (incidencia).*

B. ALERTA SOBRE BROTES

En cualquier momento en que usted sospeche la presencia de alguna de las siguientes enfermedades, envíe un SMS o telefonee al …….....…. . o mande un e-mail a …….....….. y transmita el máximo de información sobre el momento, el lugar y el número de casos y de muertes:
cólera, shigelosis, sarampión, polio, fiebre tifoidea, tétanos, hepatitis A o E, dengue, meningitis, difteria, tos ferina, fiebre hemorrágica. (Esta lista de enfermedades variará según la epidemiología del país).

Modelo de formulario para el informe de vigilancia de rutina sobre la morbilidad *

* Pasada la fase aguda, la vigilancia de la morbilidad puede extenderse más allá de la alerta temprana para abarcar otras enfermedades y monitorear otros indicadores.

Localidad: . . . . . .

Período desde el lunes: . . . . . hasta el domingo: . . . . . .

Población total al comienzo de la semana/del mes:. . . . . .

Nacimientos durante la semana/el mes:. . . . . Decesos durante la semana/el mes: . . . .

Llegadas en la semana/el mes (si las hay): . . . . . Altas en la semana/el mes: . . . . . .

Población total al final de la semana/el mes: . . . . . .

Población total de niños menores de 5 años: . . . . . .

Morbilidad	Niños < 5 años (nuevos casos)#			Niños de 5 años+ (nuevos casos)			Total	Casos repetidos
Diagnóstico*	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Nuevos casos	Total
Infección respiratoria aguda**								
Diarrea acuosa aguda								
Diarrea sanguinolenta aguda								
Paludismo (se sospecha/ confirmado)								
Sarampión								
Meningitis (se sospecha)								
Síndrome fiebre hemorrágica aguda								
Síndrome de ictericia aguda								
Parálisis fláccida aguda (PFA)								
Tétanos								
Otros estados febriles > 38.5°C								
SIDA (se sospecha)***								
Enfermedades oculares								
Malnutrición ****								
Lesiones accidentales								
Lesiones no accidentales								
Infecciones de transmisión sexual								
Úlcera genital								
Excreción uretral masculina								
Excreción vaginal								
Dolores de vientre								
Enfermedades de la piel								
Enfermedades no transmisibles								
Vermes								
Otras causas								
Causas desconocidas								
Total								

** * Puede haber más de un diagnóstico. Se pueden agregar o suprimir causas de morbilidad según el contexto y los patrones epidemiológicos.*
*** Infecciones agudas de las vías respiratorias.En algunos países se distingue entre infecciones de las vías respiratorias superiores e inferiores.*
**** Se recomienda evaluar la prevalencia del VIH/SIDA mediante un estudio.*
*****Se recomienda evaluar la prevalencia de la malnutrición mediante estudios rápidos (cribado por el perímetro braquial (PB) o por la relación peso/talla), ya que la vigilancia sólo registra a los que acuden a pedir atención.*
 # Se puede desglosar por edad en la medida de lo posible.

ALERTA SOBRE BROTES

En cualquier momento en que usted sospeche la presencia de alguna de las siguientes enfermedades, envíe un SMS o telefonee al ……..mande un correo electrónico……...: a…….. y transmita el máximo de información sobre el momento, el lugar y el número de casos y de muertes: ólera, disentería/ shigelosis, sarampión, FPA, fiebre tifoidea, tétanos, hepatitis, dengue, meningitis, difteria, tos ferina, fiebre hemorrágica.

Visitas al establecimiento sanitario	Menores de 5 años			5 años y más			Total		
	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total
Total de visitas									

Tasa de utilización: Número de visitas por persona por año al establecimiento sanitario = número total de visitas en 1 semana / población total x 52 semanas - Se puede desglosar por edades más precisas (0-11 meses, 1-4 años, 5-14 años, 15-49 años, 50-59 años, 60+ años) según resulte posible.
Número de consultas por médico clínico (número total de visitas nuevas y repetidas) / médicos EJC en el establecimiento sanitario / número de días por semana en que atiende el establecimiento sanitario.

Anexo 3

Fórmulas para calcular los indicadores clave de salud

Tasa bruta de mortalidad (TBM)

Definición: es la tasa de mortalidad en la totalidad de una población dada, incluidos hombres y mujeres de todas las edades.

Fórmula:

$$\frac{\text{Cifra total de muertes durante el período de tiempo}}{\text{Población en riesgo a mitad del período x número de días del período de tiempo}} \times 10.000 \text{ personas} = \text{Muertes/10.000 personas/día}$$

Tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años (TMM5)

Definición: es la tasa de mortalidad entre los niños de 5 años de edad de la población.

Fórmula:

$$\frac{\text{Número total de muertes de niños <5 años durante el período}}{\text{Número total de niños <5 años x Número de días del período de tiempo}} \times 10.000 \text{ personas} = \text{Muertes/10.000 niños menores de 5 años/día}$$

Tasa de incidencia

Definición: número de nuevos casos de una enfermedad que se producen durante un período de tiempo especificado en una población en riesgo de desarrollar la enfermedad.

Fórmula:

$$\frac{\text{Número de nuevos casos de una enfermedad específica en un período de tiempo dado}}{\text{Población en riesgo de desarrollar la enfermedad x número de meses del período de tiempo}} \times 1.000 \text{ personas} = \text{Nuevos casos debidos a una enfermedad específica/1.000 personas/mes}$$

Tasa de letalidad (TL)

Definición: indica el número de personas que mueren de una enfermedad dividido por el número de personas que tienen la enfermedad.

Fórmula:

$$\frac{\text{Número de personas que mueren de la enfermedad en el período de tiempo}}{\text{Número de personas que tienen la enfermedad en el período de tiempo}} \times 100 = x\%$$

Tasa de utilización del establecimiento sanitario

Definición: El número de consultas externas por persona por año. Siempre que sea posible, debería distinguirse entre las visitas de pacientes nuevos y visitas repetidas, y el cálculo de esa tasa debería referirse a las visitas de pacientes nuevos. Sin embargo, como a menudo es difícil diferenciar entre los visitantes **nuevos** y repetidos, durante un desastre suele contarse el total de las visitas.

Fórmula:

$$\frac{\text{Número total de visitas en una semana}}{\text{Población total}} \times 52 \text{ semanas} = \text{visitas/persona/año}$$

Número de consultas por médico clínico por día

Definición: Número promedio de consultas (visitas nuevas y repetidas) que atiende cada médico clínico por día.

Fórmula:

$$\frac{\text{Número total de consultas por semana}}{\text{Número de médicos clínicos EJC* en el establecimiento sanitario}} \div \text{Número de días por semana en que atiende el establecimiento sanitario}$$

** EJC (equivalente de jornada completa): se refiere al número equivalente a puestos de jornada completa de los médicos que trabajan en el establecimiento sanitario. Por ejemplo, si hay seis clínicos trabajando en los consultorios externos pero dos de ellos trabajan media jornada, el número de médicos clínicos equivalentes a la jornada completa son: 4 a jornada completa + 2 a media jornada = 5 médicos clínicos EJC.*

Referencias y lecturas complementarias

El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud
(artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), Observación general N° 14 del Pacto Internacional, 11 de agosto de 2000, documento ONU, E/C.12/2000/4, Comité de derechos económicos, sociales y culturales.

Instrumentos jurídicos internacionales

Veinticinco Preguntas y Respuestas Salud y derechos humanos, Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, N° 1, julio de 2002
whqlibdoc.who.int/publications/2002/9243545698_spa.pdf

Sistemas de salud

ACNUR, *Emergency Health Information System,* 2009.

www.unhcr.org/pages/49c3646ce0.html

La Red Interagencial para la Educación en Situaciones de Emergencia, *Normas mínimas para la educación:* Preparacion, Respuesta, Recuperación, 2010
www.ineesite.org/post/know_updated_inee_minimum_standards_handbook/

Inter-Agency Steering Committee (IASC) Global Health Cluster, *Health Cluster Guide: A practical guide for country-level implementation of the Health Cluster,* OMS, Ginebra, 2009.

Management Sciences for Health, *Managing Drug Supply,* segunda edición, Kumarian Press, Bloomfield, CT., Estados Unidos, 1997.
www.kpbooks.com/Books/BookDetail.aspx?productID=187203

OMS, *Health Laboratory Facilities in Emergencies and Disaster Situations,* Ginebra, 1994.

OMS, *Directrices sobre donativos de medicamentos* - Revisión de 1999, Ginebra, 1999.

OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud,* Ginebra, 2000.

www.who.int/whr/2000/es/index.html

OMS, *Macroeconomía y salud: Invertir en salud en pro del desarrollo económico*, 2002

OMS, *Model Lists of Essential Medicines,* Ginebra, 2009.
www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html

OMS, *El botiquín médico interinstitucional de emergencia 2006 : medicamentos y productos sanitarios para atender a 10000 personas durante 3 meses aproximadamente,* Ginebra.

OMS y OPS, Biblioteca Virtual de Salud y Desastres, Ginebra, 2001.

helid.desastres.net/

Pan American Health Organization (PAHO), *Natural Disasters: protecting the public's health,* Scientific Publication No. 575, Washington, DC, 2000.

Control de enfermedades transmisibles

Heymann, David L, *Control of Communicable Diseases* Manual, 19th edition. American Public Health Association. Washington, DC, 2008.
OMS, *Guidelines for the Collection of Clinical Specimens* During Field Investigation of Outbreaks. Ginebra, 2002.
OMS, *Malaria Control in Complex Emergencies: An Interagency Field Handbook*, Ginebra, 2005.
OMS, *Tuberculosis Care and Control in Refugee and Displaced Populations: An Interagency Field Manual,* segunda edición, Ginebra, 2007.

Salud infantil

Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), *El Estado Mundial de la Infancia 2009: Salud materna y neonatal,* Nueva York, 2009.
www.unicef.org/spanish/sowc09/index.php

OMS, Immunisation in Practice. A Guide for Health Workers Who Give Vaccines, Macmillan, Londres, 1997.

OMS, *IMCI Handbook* (Integrated Management of Childhood Illness), Ginebra, 2005.

OMS, *Pocket book of hospital care for children: Guidelines for the management of common illnesses with limited resources,* Ginebra, 2005.

OMS, *Manual for the health care of children in humanitarian emergencies,* Ginebra, 2008.

Salud sexual y reproductiva

Comité permanente interorganisaciones (CPI-IASC), *Directrices para el Abordaje del VIH en Contextos de Asistencia Humanitaria,* 2010
www.aidsandemergencies.org/cms/

Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis, *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios (Revisión 2010 para Informe de Trabajo)*

OMS, *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice,* segunda edición, Ginebra, 2006.
whqlibdoc.who.int/publications/2006/924159084X_eng.pdf

OMS y ACNUR, *Clinical Management of Rape Survivors: Developing Protocols for use with Refugees and Internally Displaced Persons.* Ginebra, 2004.

OMS, United Nations Population Fund (UNFPA) y Andalucia School of Public Health, *Granada Consensus on Sexual and Reproductive Health in Protracted Crises and Recovery,* Granada, España, 2009.

Women's Commission for Refugee Women and Children, *Paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM) para la salud reproductiva en situaciones de crisis: Un módulo de educación a distancia, 2006.*

Lesiones

Hayward-Karlsson J. et al., *Hospitals for war-wounded : a practical guide for setting up and running a surgical hospital in an ara of armed conflict,* Comité Internacional de la Cruz Roja (ICRC), Ginebra, 1998.

OMS, *Integrated Management for Emergency and Essential Surgical Care tool kit: Disaster Management Guidelines*, Ginebra, 2005.
www.who.int/surgery/publications/Disastermanagguide.pdf

PAHO, *Establecimiento de un sistema de atención de víctimas en masa, 1995 (reimpresión en 2001)*
www.disasterpublications.info/spanish/viewtopic.php?topic=victimasmasa

Salud mental

IASC, *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes,* 2007
www.who.int/hac/techguidance/iasc-poster/es/index.html

IASC Reference Group on *Mental Health and Psychosocial Support, Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know?,* Ginebra, 2010.
www.who.int/mental_health/emergencies/en/

OMS, *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*, Ginebra.

Enfermedades no transmisibles

OMS, *The Management of Cardiovascular Disease, Diabetes, Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Emergency and Humanitarian Settings.* Draft, 28 February 2008, Ginebra, 2008.

OMS, *WHO Package of Essential Non-communicable Disease Interventions* (WHO PEN). Ginebra, 2009.

Spiegel et al., *Health-care needs of people affected by conflict: future trends and changing frameworks,* Lancet, Vol 375, 23 enero, 2010.

Lecturas complementarias

Instrumentos juridicos internacionales

Mann, J et al. (eds.), *Health and Human Rights: A Reader. Routledge*, Nueva York, 1999.

Baccino-Astrada A., D*erechos y deberes del personal sanitario en los conflictos armados,* CICR, Ginebra, 1982.

Sistemas de salud

Beaglehole R., Bonita R. and Kjellstrom T., *Basic Epidemiology,* segunda edición OMS, Ginebra, 2006.

IASC Global Health Cluster, *GHC position paper: removing user fees for primary health care services during humanitarian crises,* Ginebra, 2010.

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health and International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, *Public health guide in emergencies,* Ginebra, 2008. www.ifrc.org/what/health/relief/guide.asp

Médecins sans Frontières (MSF), *Refugee Health. An Approach to Emergency Situations.* Macmillan, Londres, 1997.

Noji E. (ed.), *The Public Health Consequences of Disasters.* Oxford University Press. Nueva York, 1997.

Perrin P., *Guerra y salud pública : manual para la correspondiente toma de decisiones,* CICR, Ginebra, 1999.

OMS, *El botiquín médico interinstitucional de emergencia 2006,* Ginebra, 2006.

Servicios de salud esenciales

ACNUR, *UNHCR's Priniciples and Guidance for Referral Health Care for Refugees and Other Persons of Concern*. Ginebra, 2009.
www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/search?page=search&docid=4b4c4fca9&query=referral%20guidelines

Checchi, F and Roberts L., *Interpreting and using mortality data in humanitarian emergencies. Humanitarian Practice Network.* Overseas Development Institute, Londres, 2005.
www.odihpn.org

MSF, *Rapid health assessment of refugee or displaced populations,* París, 2006.

SMART, *Measuring Mortality, Nutritional Status and Food Security in Crisis Situations: Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition,* 2006.
www.smartindicators.org

OMS, *Protocolos de evaluación sanitaria rápida en situaciones de emergencia,* 1999.

Control de enfermedades transmisibles

Cook G. C., Manson P. and Zumla A. I., *Manson's Tropical Diseases,* 22nd edition, WB Saunders, 2009.

Connolly M. A. et al., *Communicable diseases in complex emergencies: impact and challenges,* The Lancet, Londres, 2004.

OMS, *Brotes de cólera: evaluación de la respuesta a los brotes y mejora de la preparación,* Ginebra, 2004.

OMS, *Guidelines for the control of shigellosis, including epidemics due to shigella dysenteriae type 1*, Ginebra, 2005.

Salud infantil

OMS, *Guidelines for the management of common illnesses with limited resources,* Ginebra, 2005.

OMS, UNFPA, UNICEF y World Bank Group, *Managing Newborn Problems: A guide for doctors, nurses, and midwives.* Ginebra, 2003.
whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241546220.pdf

Salud sexual y reproductiva

ACNUR, *Note on HIV/AIDS and the Protection of Refugees, IDPs and Other Persons of Concern*, Ginebra, 2006.
www.unhcr.org/444e20892.html

ACNUR, *Antiretroviral Medication Policy for Refugees,* Ginebra, 2007.
www.unhcr.org/45b479642.html

ACNUR y Southern African *Clinicians Society, Clinical guidelines on antiretroviral therapy management for displaced populations,* 2007.
www.unhcr.org/cgibin/texis/vtx/search?page=search&docid=46238d5f2&query=art%20guidelines

ACNUR, OMS y Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), *Policy Statement on HIV Testing and Counselling in Health Facilities for Refugees, Internally Displaced Persons and other Persons of Concern to UNHCR,* Ginebra, 2009. www.unhcr.org/4b508b9c9.html

Comité Permanente entre Organismos (IASC), *Directrices aplicables a las Intervenciones contra la Violencia por Razón de Género en Situaciones Humanitarias,* 2006.

International Rescue Committee, *Protecting the Future: HIV Prevention, Care and Support Among Displaced and War-Affected Populations.* Kumarian Press. Bloomfield, CT, USA, 2003.

OMS, UNFPA, UNICEF y World Bank Group, *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors.* Ginebra, 2000 reimpresión 2007.
whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241545879_eng.pdf

UNFPA and Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Refugee Situations, *The Reproductive Health Kit for Emergency Situations,* 2008.

Lesiones

International Society for Prosthetics and Orthotics (ISPO), *ISPO consensus conference on appropriate orthopaedic technology for low-income countries: conclusions and recommendations,* Prosthetics Orthotics International, Vol. 25, pp 168 – 170, 2001.

Propuesta de Código de Conducta de ISPO para las Organizaciones Internacionales No Gubernamentales vinculadas con Protésica, Ortésica, y Movilidad Asistida
www.usispo.org/code.asp?lang=es#thecode

Landmines Survivors Network, *Prosthetics and Orthotics Programme Guide: implementing P&O services in poor settings: guide for planners and providers of services for persons in need of orthopaedic devices,* Ginebra, 2007.

Landmine Survivors Network, *Prosthetics and Orthotics Project Guide: supporting P&O services in low-income settings a common approach for organizations implementing aid projects,* Ginebra, 2007.

MSF, *Técnicas médico-quir'urgicas en situaciones de aislamiento,* París, 1989.

OMS, *Cirugía en el hospital de distrito : obstetricia, ginecología, ortopedia y traumatología,* Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 1992.

Salud mental

ACNUR y OMS, *Rapid Assessment of Alcohol and Other Substance Use in Conflict-affected and Displaced Populations: A Field Guide.* Ginebra, 2008.
www.who.int/mental_health/emergencies/en/

OMS, *Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud,* Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 2010.
whqlibdoc.who.int/paho/2010/9789275331132_spa.pdf
whqlibdoc.who.int/paho/2010/9789275331132_spa.pdf

Enfermedades no transmisibles

Fauci AS. et al. (eds.) (2008), *Harrison's Principles of Internal Medicine,* 15th edition, McGraw Hill Professional, Nueva York, 2008.

Foster C. et al. (eds.), Manual *Washington de Terapéutica Médica, 33 edición*, Lippincott Williams & Wilkins Publishers, Philadelphia.

Tierny LM., McPhee SJ., Papadakis MA. (eds.), *Current Medical Diagnosis and Treatment, 42nd edition. McGraw-Hill/Appleton & Lange,* Nueva York, 2003.

Anexos

Anexo 1
Documentos que fundamentan la Carta Humanitaria

Introducción

La Carta Humanitaria expresa las convicciones compartidas y los principios comunes relativos a la acción humanitaria y a las responsabilidades en situaciones de desastre o de conflicto armado, que forman parte integrante del derecho internacional. En la siguiente lista anotada de documentos fundamentales figuran los instrumentos jurídicos internacionales más pertinentes en materia de derechos humanos internacionales, derecho internacional humanitario (DIH), derecho de los refugiados y acción humanitaria. La Carta Humanitaria no es el reflejo del derecho regional ni de su evolución. La lista incluye también directrices, principios, normas y marcos adicionales que sirven de fundamento para la Carta Humanitaria. Puesto que se trata de un conjunto limitado de documentos, en el sitio web del Proyecto Esfera constan otros recursos y enlaces pertinentes. Por razones de espacio, se añaden notas solamente para aquellos documentos que puedan precisar una presentación o una explicación especial por ser más recientes o tener secciones dedicadas específicamente a las situaciones de desastre o de conflicto armado.

Los documentos se han agrupado por temas con los títulos siguientes:

1. ***Derechos humanos, protección y vulnerabilidad***
2. ***Conflictos armados, derecho internacional humanitario y asistencia humanitaria***
3. ***Refugiados y desplazados internos***
4. ***Desastres y asistencia humanitaria***

Para identificar el tipo de documento de que se trata, se los ha clasificado bajo los siguientes subtítulos:

1. ***Tratados y derecho consuetudinario (cuando procede)***
2. ***Principios y directrices aprobados oficialmente por las Naciones Unidas y otros organismos intergubernamentales***
3. ***Marcos de política general, directrices y principios de la acción humanitaria***

1. Derechos humanos, protección y vulnerabilidad

Los documentos que se mencionan a continuación versan esencialmente sobre los derechos humanos reconocidos en los tratados y declaraciones universales. Se mencionan también varios documentos fundamentales relativos a la edad (niños y personas de edad), a las cuestiones de género y a la discapacidad, pues constituyen factores frecuentes de vulnerabilidad en situaciones de desastre o de conflicto armado.

1.1. Tratados y derecho consuetudinario relativos a los derechos humanos, la protección y la vulnerabilidad

El derecho convencional de los derechos humanos se aplica a los Estados partes en esos tratados, mientras que el derecho consuetudinario (por ejemplo la prohibición de la tortura) se aplica a todos los Estados. El derecho de los derechos humanos se aplica en todo momento exceptuando en los dos casos siguientes:

- Determinados derechos civiles y políticos pueden quedar suspendidos durante situaciones de emergencia declaradas, de conformidad con el artículo 4 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos ("suspensión");
- en las situaciones de conflicto armado reconocidas, el derecho internacional humanitario prima en caso de incompatibilidad con el derecho internacional de los derechos humanos.

1.1.1. Derechos humanos universales

Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) aprobada en virtud de la resolución 217 A (III) de la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 10 de diciembre de 1948.
www.un.org/es/documents/udhr/

La Declaración Universal de Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, en 1948, establece, por primera vez, los derechos humanos fundamentales que deben ser protegidos universalmente. Aunque no es un tratado, en general se admite que forma parte del derecho internacional consuetudinario. En la primera frase del preámbulo se enuncia el concepto de "dignidad intrínseca" de los seres humanos como base fundamental de los derechos humanos y, en virtud del primer artículo, se dispone que "todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos".

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) aprobado en virtud de la resolución 2200 A (XXI) de la Asamblea General de las Naciones Unidas, de 16 de diciembre de 1966, entró en vigor el 23 de marzo de 1976, Naciones Unidas, Serie de Tratados, vol. 999, pág. 171 y vol. 1057, pág. 407.
www2.ohchr.org/spanish/law/ccpr.htm

Segundo Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, destinado a abolir la pena de muerte, 1989, aprobado en virtud de la resolución 44/128 de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 15 de diciembre de 1989, entró en vigor el 11 de julio de 1991, Naciones Unidas, Serie de Tratados, vol. 1642, pág. 414.
www2.ohchr.org/spanish/law/ccpr-death.htm

Los Estados Partes en este Segundo Protocolo Facultativo deben respetar y asegurar los derechos de todos los individuos que estén en su territorio o bajo su jurisdicción, reconociendo al mismo tiempo el derecho de los pueblos a la libre determinación y la igualdad de derechos entre hombres y mujeres. Algunos derechos (marcados con un asterisco*) no pueden ser suspendidos bajo ningún concepto, incluso en las situaciones de emergencia nacional más graves.

Derechos: derecho a la vida*; nadie será sometido a tortura ni a otros tratos crueles, inhumanos o degradantes;* nadie estará sometido a esclavitud;* nadie será sometido a detención o prisión arbitrarias; humanidad y respeto de la dignidad en la detención; prohibición de encarcelamiento por incumplimiento de contrato;* libertad de movimiento y residencia; la expulsión de extranjeros sólo puede hacerse en cumplimiento de una decisión adoptada conforme a la ley; igualdad ante los tribunales, juicio imparcial y presunción de inocencia en los procesos penales; no se aplica la retroactividad a los delitos;* igualdad de reconocimiento ante la ley;* vida privada; derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión;* libertad de opinión y de expresión y derecho de reunión pacífica; libertad de asociación; derecho a contraer matrimonio y a fundar una familia; protección del niño; derecho a votar y a participar en la dirección de los asuntos públicos; derecho de las minorías a tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión y a emplear su propio idioma.*

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966, aprobado en virtud de la resolución 2200A (XXI) de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 16 de diciembre de 1966, entró en vigor el 3 de enero de 1976, Naciones Unidas, Serie de Tratados, vol. 993, pág. 3.
www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm

En virtud de lo convenido en el Pacto, los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas hasta el máximo de los recursos de que dispongan, para “lograr progresivamente” la plena efectividad de los derechos en él reconocidos, de los que los hombres y las mujeres gozarán en igualdad de condiciones.

Derechos: a trabajar; a recibir una remuneración equitativa; a afiliarse a sindicatos; a la seguridad social o un seguro; a tener una vida familiar, incluida la protección de las madres tras el parto y la protección de los niños contra la explotación; a un nivel de vida adecuado, lo que incluye alimentación, vestimenta y vivienda; a la salud física y mental; a la educación, así como a participar en la vida cultural y a gozar de los beneficios del progreso científico y cultural.

Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, 1969, aprobada en virtud de la resolución 2106 (XX) de

la Asamblea General de las Naciones Unidas de 21 de diciembre de 1965, entró en vigor el 4 de enero de 1969, Naciones Unidas, Serie de Tratados, vol. 660, pág. 195.
www2.ohchr.org/spanish/law/cerd.htm

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979, aprobada en virtud de la resolución 34/180 de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 18 de diciembre de 1979, entró en vigor el 3 de septiembre de 1981, Naciones Unidas, Serie de Tratados, vol. 1249, pág. 13.
www2.ohchr.org/spanish/law/cedaw.htm

Convención sobre los Derechos del Niño, 1989, aprobada en virtud de la resolución 44/25 de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 20 de noviembre de 1989, entró en vigor el 2 de septiembre de 1990, Naciones Unidas, Serie de Tratados, vol. 1577, pág. 3.
www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm

Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la participación de niños en los conflictos armados, 2000, aprobado en virtud de la resolución A/RES/54/263 de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 25 de mayo de 2000, entró en vigor el 12 de febrero de 2002, Naciones Unidas, Serie de Tratados, vol. 2173, pág. 222.
www2.ohchr.org/spanish/law/crc-conflict.htm

Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía, 2000, aprobado en virtud de la resolución A/RES/54/263 de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 25 de mayo de 2000, entró en vigor el 18 de enero de 2002, Naciones Unidas, Serie de Tratados, vol. 2171, pág. 227.
www2.ohchr.org/spanish/law/crc-sale.htm

La Convención sobre los Derechos del Niño cuenta con una adhesión casi universal. Reafirma los derechos humanos fundamentales del niño y establece en qué momento éste requiere una protección especial (por ejemplo cuando un niño es separado de su familia). Con arreglo a lo dispuesto en los Protocolos, los Estados Partes tomarán las medidas positivas necesarias sobre las cuestiones relacionadas específicamente con la protección de los niños.

Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, 2006, aprobada en virtud de la resolución A/RES/61/106 de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 13 de diciembre de 2006, entró en vigor el 3 de mayo de 2008, Naciones Unidas, Treaty Collection, capítulo IV, 15.
www2.ohchr.org/spanish/law/disabilities-convention.htm

Esta Convención reafirma los derechos de las personas con discapacidad reconocidos en todos los demás tratados de derechos humanos y aborda específicamente las cuestiones relativas a la sensibilización acerca de las personas con discapacidad, la no discriminación y la accesibilidad a los servicios e instala-

ciones. Asimismo, se hace una mención especial de las "situaciones de riesgo y emergencias humanitarias" (artículo 11).

1.1.2. Genocidio, tortura y otras violaciones penales de los derechos

Convención para la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio, 1948, aprobada en virtud de la resolución 260 (III) de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 9 de diciembre de 1948, entró en vigor el 12 de enero de, Naciones Unidas, Serie de Tratados, vol. 78, pág. 277.
www2.ohchr.org/spanish/law/genocidio.htm

Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, 1984, aprobada en virtud de la resolución 39/46 de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 10 de diciembre de 1984, entró en vigor el 26 de junio de 1987, Naciones Unidas, Serie de Tratados, vol. 1465, pág. 85.
www2.ohchr.org/spanish/law/cat.htm

Esta Convención cuenta con un número considerable de Estados Partes. Hoy, en general, también se reconoce la prohibición de la tortura en el marco del derecho internacional consuetudinario. No se puede invocar ningún tipo de emergencia pública ni de guerra para justificar la tortura. Ningún Estado procederá a la devolución de una persona al territorio de otro Estado cuando haya razones fundadas para creer que estaría en peligro de ser sometida a tortura.

Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional, aprobado por la Conferencia Diplomática en Roma el 17 de julio de 1998, entró en vigor el 1 de julio de 2002, Naciones Unidas, Serie de Tratados, vol. 2187, pág. 3.
www.icrc.org/web/spa/sitespa0.nsf/html/5TDM58

El artículo 9 del Estatuto (Elementos de los crímenes) aprobado por la Corte Penal Internacional (CPI) en 2002, describe en detalle los crímenes de guerra, los crímenes de lesa humanidad y el genocidio, codificando así la mayor parte del derecho internacional consuetudinario. La CPI puede investigar los casos que le remite el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas (incluso si el Estado de la persona acusada no es parte en el tratado), así como los crímenes presuntamente cometidos por nacionales de los Estados Partes en el tratado, o en su territorio, y enjuiciar a los responsables de esos casos.

1.2. Principios y directrices sobre derechos humanos, protección y vulnerabilidad aprobados oficialmente por las Naciones Unidas y otros organismos intergubernamentales

Derechos humanos

Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002, Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, 2002, aprobado en virtud de la resolución 37/51 de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 3 de diciembre de 1982.
www.un.org/es/globalissues/ageing/index.shtml

Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad, 1991, aprobados en virtud de la resolución 46/91 de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 16 de diciembre de 1991. www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/olderpersons/princ.html

1.3. Marcos de política general, directrices y principios relativos a los derechos humanos, a la protección y a la vulnerabilidad

Protección de las personas afectadas por los desastres naturales: Directrices Operacionales del Comité Permanente entre Organismos (IASC) sobre la protección de los derechos humanos en situaciones de desastres naturales, 2006, Comité Permanente entre Organismos. www.brookings.edu/~/media/Files/rc/reports/2006/11_natural_disasters/11_natural_disasters_Esp.pdf

Manual on International Law and Standards Applicable in Natural Disaster Situations (manual de derecho internacional y de normas aplicables en situaciones de desastre natural, en inglés) (IDLO Legal Manual) 2009, Organización Internacional para el Derecho del Desarrollo (IDLO).
www.idlo.int/DOCNews/352doc.pdf

Directrices Generales Inter-agenciales sobre niñas y niños no acompañados y separados, 2004, elaboradas por el CICR, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), World Vision International, Save the Children, Reino Unido y Comité de Rescate Internacional,
www.cicr.org/spa

Manual sobre cuestiones de género en la acción humanitaria, 2008, Comité Permanente entre Organismos.
www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Portals/1/cluster%20approach%20page/clusters%20pages/Gender/Gender%20Toolkit/S_GH_00_Intro.pdf

Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes, 2007, Comité Permanente entre Organismos.
www.humanitarianinfo.org/iasc/downloaddoc.aspx?docID=4448&type

Normas mínimas para la educación en situaciones de emergencia, crisis crónicas y reconstrucción temprana, 2004, edición 2010 actualizada únicamente en inglés. Red Interinstitucional para la Educación en Situaciones de Emergencia (INEE) (reconocidas formalmente como las normas complementarias de Esfera desde 2008).
www.eird.org/publicaciones/INEE_MSEE_Espanol.pdf

2. Conflictos armados, derecho internacional humanitario y asistencia humanitaria

2.1. Tratados y derecho consuetudinario relativos a los conflictos armados, al derecho internacional humanitario y a la asistencia humanitaria

El derecho internacional humanitario (DIH) especifica el nivel a partir del cual un conflicto violento se convierte en "conflicto armado", en cuyo caso este régimen jurídico será aplicable. El Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) es el depositario de los tratados que conforman el DIH y, en su sitio web (www.cicr.org/spa), proporciona amplia información y diversos recursos, como los comentarios oficiales de los Convenios de Ginebra y de sus Protocolos, y las normas del Estudio sobre el derecho internacional humanitario consuetudinario.

2.1.1. Principales tratados del derecho internacional humanitario

Los cuatro Convenios de Ginebra de 1949

Protocolo adicional a los Convenios de Ginebra de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales (Protocolo I), 1977

Protocolo adicional a los Convenios de Ginebra de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional (Protocolo II), 1977

www.icrc.org/web/spa/sitespa0.nsf/htmlall/section_ihl_treaties_and_customary_law?OpenDocument

Los cuatro Convenios de Ginebra, a los que se han adherido todos los Estados y que, en general, también son aceptados como parte del derecho consuetudinario, se refieren a la protección y al trato de los heridos y los enfermos en la guerra terrestre (I) y en el mar (II), al trato debido a los prisioneros de guerra (III) y a la protección de las personas civiles en tiempo de conflicto armado (IV). Se aplican principalmente a los conflictos armados internacionales, exceptuando el artículo 3 común a los cuatro Convenios, que atañe a los conflictos armados no internacionales, y algunos otros elementos aceptados hoy como parte del derecho consuetudinario en los conflictos no internacionales. Mediante los dos Protocolos de 1977 se actualizó los Convenios, especialmente la definición de combatientes y la codificación de los conflictos no internacionales. Algunos Estados no se han adherido a esos Protocolos.

2.1.2. Tratados relativos a la restricción o la prohibición de armas y tratados relativos a los bienes culturales

Además del "derecho de Ginebra" esbozado más arriba, existe también otra rama del derecho relativa a los conflictos armados llamada "derecho de La Haya". Éste engloba la Convención para la protección de los bienes culturales en caso de conflicto armado y otras convenciones sobre la restricción o la prohibición de ciertos tipos de armas, como gases y otras armas químicas y biológicas, las armas convencionales que puedan considerarse de efectos indiscriminados o que causan sufrimientos innecesarios, así como las minas antipersonal y la municiones en racimo.
www.icrc.org/WEB/SPA/sitespa0.nsf/htmlall/section_ihl_databases?OpenDocument

2.1.3. Derecho internacional humanitario consuetudinario

El DIH consuetudinario se refiere al derecho relativo a los conflictos armados aceptado por los Estados mediante declaraciones, políticas y prácticas puesto que representan un conjunto de normas consuetudinarias aplicables a todos los Estados, sean o no parte en esos tratados. No existe una lista consensuada de normas consuetudinarias, pero la interpretación con mayor autoridad es, sin duda, el estudio que se cita a continuación.

Estudio sobre el derecho internacional humanitario consuetudinario (DIHC), CICR, Henckaerts, J-M y Doswald-Beck, L, Cambridge University Press, Cambridge y Nueva York, 2005.
www.icrc.org/WEB/SPA/sitespa0.nsf/html/p0860

El estudio cubre casi todo el ámbito del derecho de los conflictos armados; menciona 161 normas específicas y señala si cada una de ellas se aplica a los conflictos armados internacionales o a los conflictos armados no internacionales. Aunque algunos analistas jurídicos han criticado la metodología empleada, el estudio es el resultado de un extenso proceso de consulta y de rigurosa investigación que duró diez años, y se reconoce ampliamente su interpretación fehaciente de las normas consuetudinarias.

2.2. Principios y directrices sobre conflictos armados, derecho internacional humanitario y asistencia humanitaria aprobados oficialmente por las Naciones Unidas y otros organismos intergubernamentales

"Aide Memoire" del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas sobre la protección, 2002, en su forma actualizada en 2003 (S/PRST/2003/27).
daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N03/656/54/PDF/N0365654.pdf?OpenElement

No se trata de una resolución vinculante para los Estados, sino de un documento destinado a orientar el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas en

relación con las situaciones de mantenimiento de la paz y situaciones urgentes de conflicto; es el resultado de consultas con diversos organismos de las Naciones Unidas y el IASC.

Resoluciones del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas sobre violencia sexual y las mujeres en los conflictos armados, especialmente las resoluciones 1820 (2008), 1888 (2009) y 1889 (2009)

Véanse todas las resoluciones del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas por año y por número en: www.un.org/es/documents/sc/

2.3. Marcos de política general, directrices y principios humanitarios relativos a los conflictos armados, al derecho internacional humanitario y a la asistencia humanitaria

Professional standards for protection work carried out by humanitarian and human rights actors in armed conflict and other situations of violence (normativa para la protección en la labor humanitaria, en inglés), 2009, CICR. www.icrc.org

3. Refugiados y desplazados internos

El ACNUR –el organismo de las Naciones Unidas para los refugiados– tiene el cometido jurídico especial de garantizar la protección de los refugiados de conformidad con la Convención y el Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados. La Asamblea General de las Naciones Unidas también le encomendó el mandato de asegurar el enlace con los Estados con respecto a la protección de los desplazados internos. El sitio web del ACNUR contiene una gran variedad de recursos e información al respecto.

3.1. Tratados relativos a los refugiados y los desplazados internos

Además del tratado internacional, cabe mencionar dos tratados de la Unión Africana (anteriormente Organización de la Unidad Africana, OUA), porque sientan sendos precedentes históricos.

Convención sobre el Estatuto de los Refugiados, 1951 (en su forma enmendada), aprobada por la Conferencia de Plenipotenciarios sobre el estatuto de los refugiados y de los apátridas, celebrada en Ginebra del 2 al 25 de julio de 1951, entró en vigor el 22 de abril de 1954, Naciones Unidas, Serie de Tratados, vol. 189, pág. 137.

Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados, 1967, del que tomó nota la Asamblea General de las Naciones Unidas, en su resolución 2198 (XXI) de 16 de diciembre de 1966, Naciones Unidas, Serie de Tratados, vol. 606, pág. 267.
www.acnur.org/secciones/index.php?viewCat=16

En virtud del primer acuerdo internacional sobre los refugiados, se aplica el término "refugiado" a toda persona que "debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de tal país; o [...] no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera regresar a él".

Convención de la OUA por la que se regulan los aspectos específicos de problemas de los refugiados en África, 1969, aprobada por la Asamblea de Jefes de Estados y de Gobierno en su sexto período ordinario de sesiones, Addis Abeba, 10 de septiembre de 1969.
www.acnur.org/biblioteca/pdf/1270.pdf

Esta Convención acepta y amplía la definición de la Convención de 1951 para incluir a toda persona que está obligada a abandonar su país debido no sólo a fundados temores de ser perseguida sino también a causa de una agresión exterior, una ocupación o una dominación extranjera, o de acontecimientos que perturben gravemente el orden público. Asimismo, reconoce que los grupos no estatales pueden ser autores de persecución y no exige que los refugiados demuestren que existe un vínculo directo entre ellos y el peligro futuro.

Convención de la Unión Africana para la Protección y la Asistencia de los Desplazados Internos en África (Convención de Kampala), 2009, aprobada por una Cumbre Especial de la Unión Africana, celebrada en Kampala (Uganda), el 22 de octubre de 2009; en octubre de 2010 aún no había entrado en vigor.
www.acnur.org/biblioteca/pdf/7698.pdf

Se trata de la primera convención multilateral relativa a los desplazados internos. Fue firmada inicialmente por 17 Estados de la Unión Africana en octubre de 2009, pero para que entre en vigor se requiere 15 adhesiones o ratificaciones formales.

3.2. Principios y directrices aprobados formalmente por las Naciones Unidas y otros organismos intergubernamentales relativos a los refugiados y los desplazados internos

Principios Rectores de los Desplazamientos Internos, 1998, reconocidos en septiembre de 2005 como "marco internacional de importancia para proteger a las personas desplazadas dentro de los países" por los Jefes de Estado y de Gobierno, reunidos en la Cumbre Mundial de 2005, en Nueva York, mediante la resolución 60/L.1 (132, UN Doc. A/60/L.1) de la Asamblea General de las Naciones Unidas. www.idpguidingprinciples.org/

Estos principios, fundados en el derecho internacional humanitario, el derecho de los derechos humanos y la legislación análoga relativa a los refugiados, tienen por objeto servir de pautas internacionales para los gobiernos, las organizaciones internacionales y todos los demás actores concernidos en la asistencia a los desplazados internos y la protección de éstos.

4. Desastres y asistencia humanitaria

4.1. Tratados relativos a los desastres y a la asistencia humanitaria

Convención sobre la Seguridad de las Naciones Unidas y el Personal Asociado de 1994, aprobada en virtud de la resolución 49/59 de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 9 de diciembre de 1994, entró en vigor el 15 de enero de 1999, Naciones Unidas, Serie de Tratados, vol. 2051, pág. 363.
www.un.org/millennium/law/xviii-15.htm

Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Seguridad de las Naciones Unidas y el Personal Asociado de 2005, aprobado en virtud de la resolución A/60/42 de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 8 de diciembre de 2005, entró en vigor el 19 de agosto de 2010.
www.acnur.org/biblioteca/pdf/4081.pdf

En la Convención, la protección está limitada a las operaciones de mantenimiento de la paz de las Naciones Unidas, salvo que las Naciones Unidas declaren que existe un "riesgo extraordinario" –condición poco realista-. El protocolo corrige esta deficiencia importante de la convención y hace extensiva la protección jurídica a todas las operaciones de las Naciones Unidas, desde la prestación de asistencia humanitaria de emergencia hasta la consolidación de la paz y la prestación de asistencia humanitaria, política y de desarrollo.

Convenio sobre ayuda alimentaria de 1999, instrumento jurídico separado en el marco del Convenio sobre el Comercio de Cereales de 1995, administrado por el Comité de Ayuda Alimentaria a través de la Secretaría del Consejo Internacional de Cereales (CIC).
www.foodaidconvention.org/es/Default.aspx

Convenio de Tampere sobre el suministro de recursos de telecomunicaciones para la mitigación de catástrofes y las operaciones de socorro de 1998, aprobado por la Conferencia Intergubernamental sobre Telecomunicaciones de Emergencia de 1998, entró en vigor el 8 de enero de 2005, Naciones Unidas, Serie de Tratados, vol. 2296, pág. 5.
www.itu.int/ITU-D/emergencytelecoms/doc/tampere/S-CONF-ICET-2001-PDF-M07.pdf

Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el cambio climático de 1992, aprobada por la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo, Río de Janeiro, 4 al 14 de junio de 1992, acogida con satisfacción en la resolución 47/195 de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 22 de diciembre de 1992, entró en vigor el 21 de marzo de 1994, Naciones Unidas, Serie de Tratados, vol. 1771, pág. 107.
unfccc.int/resource/docs/convkp/convsp.pdf

Protocolo de Kyoto de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el cambio climático de 1997, aprobado en la tercera sesión de la Conferencia de las Partes en la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático en Kyoto, Japón, el 11 de diciembre de 1997, entró en vigor el 16 de febrero de 2005, Naciones Unidas, Serie de Tratados, vol. 2303, pág. 148.
unfccc.int/resource/docs/convkp/kpspan.pdf

La Convención Marco y el Protocolo de Kyoto abordan la urgente necesidad de aplicar estrategias de adaptación al cambio climático y de reducción del riesgo, así como de fortalecer la capacidad local y la resiliencia, especialmente en los países propensos a los desastres naturales. Ponen énfasis en las estrategias de reducción de desastres y de gestión del riesgo, especialmente con respecto al cambio climático.

4.2. Principios y directrices relativos a los desastres y a la asistencia humanitaria aprobados formalmente por las Naciones Unidas y otros organismos intergubernamentales

Fortalecimiento de la coordinación de la asistencia humanitaria de emergencia de las Naciones Unidas, y su Anexo y Principios rectores, resolución 46/182 de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 19 de diciembre de 1991.
www.reliefweb.int/ocha_ol/about/resol/resol_e.html

Esta resolución condujo a la creación del departamento de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas, que en 1998 pasó a ser la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCAH).

Marco de Acción de Hyogo para 2005-2015: Aumento de la resiliencia de las naciones y las comunidades ante los desastres, aprobado por la Conferencia Mundial sobre la Reducción de Desastres, el 22 de enero de 2005.
www.unisdr.org/eng/hfa/docs/Hyogo-framework-for-action-spanish.pdf

El Marco de Acción establece estrategias para que los Estados y las organizaciones humanitarias incorporen la reducción del riesgo de desastres en la ejecución de las respuestas de emergencia, en la recuperación y los programas de preparación, la integren en el desarrollo sostenible y fortalezcan la capacidad de resiliencia.

Directrices sobre la facilitación y reglamentación nacionales de las operaciones internacionales de socorro en casos de desastre y asistencia para la recuperación inicial (Directrices de IDRL), aprobadas en 2007 por la XXX Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (en la que participan los Estados Partes en los Convenios de Ginebra).
www.colombiassh.org/reh/IMG/pdf_directrices_sobre_la_facilitacion.pdf

4.3. Marcos de política general, directrices y principios de la acción humanitaria relativos a los desastres y la asistencia humanitaria

Código de conducta relativo al socorro en casos de desastre para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y las organizaciones no gubernamentales (ONG) (véase el Anexo 2: Código de Conducta, página 417).

Principios Fundamentales del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, aprobados en 1965 por la XX Conferencia Internacional de la Cruz Roja.
www.ifrc.org/es/nuestra-vision-nuestra-mision/nuestra-vision-nuestra-mision/los-siete-principios-fundamentales/

Norma HAP 2007 de rendición de cuentas y gestión de la calidad en la labor humanitaria, (Humanitarian Accountability Partnership, organismo internacional de autoreglamentación para el sector humanitario, incluida la certificación).
www.hapinternational.org

Principios y Buenas Prácticas en la Donación Humanitaria, 2003, aprobados por 16 países donantes reunidos en Estocolmo con organismos de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales y el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, y suscritos por la Comisión Europea.
www.goodhumanitariandonorship.org/Libraries/Ireland_Doc_Manager/ES-23-Principles-and-Good-Practice-of-Humanitarian-Donorship.sflb.ashx

Principios de asociación. Declaración de compromiso, aprobados en julio de 2007 por la Plataforma Humanitaria Mundial (un mecanismo de diálogo entre organizaciones humanitarias de las Naciones Unidas y organizaciones humanitarias que no pertenecen al sistema de las Naciones Unidas), en su reunión de julio de 2007.
www.globalhumanitarianplatform.org/.

Anexo 2

Código de conducta

relativo al socorro en casos de desastre para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y las organizaciones no gubernamentales (ONG)

Preparado conjuntamente por la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y el CICR[1]

1 Patrocinadores: Caritas Internationalis, Catholic Relief Services, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, la Alianza Internacional de Save the Children, la Federación Mundial Luterana, Oxfam y el Consejo Mundial de Iglesias (miembros del Comité de Gestión de Asistencia Humanitaria), así como el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR).

Propósito

El propósito del presente Código de Conducta es preservar nuestras normas de comportamiento. No se tratan en él detalles de las operaciones, como por ejemplo la forma de calcular las raciones alimentarias o de establecer un campamento de refugiados. Su propósito es más bien mantener los elevados niveles de independencia, eficacia y resultados que procuran alcanzar las organizaciones no gubernamentales (ONG) y el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja en sus intervenciones a raíz de catástrofes. Se trata de un código de carácter voluntario que respetarán todas las organizaciones no gubernamentales que lo suscriban, movidas por el deseo de mantener las normas en él establecidas.

En caso de conflicto armado, el presente Código de Conducta se interpretará y aplicará de conformidad con el derecho internacional humanitario;

El código propiamente dicho figura en la primera sección. En los anexos siguientes se describe el entorno de trabajo que cabe desear propicien los Gobiernos, tanto de los países beneficiarios como de los países donantes, y las organizaciones intergubernamentales a fin de facilitar la eficaz prestación de asistencia humanitaria.

Definiciones

ONG: las siglas ONG (Organizaciones No Gubernamentales) se refieren aquí a todas las organizaciones, tanto nacionales como internacionales, constituidas separadamente del Gobierno del país en el que han sido fundadas.

ONGH: las siglas ONGH se han acuñado, a los fines del presente documento, para designar a las Organizaciones No Gubernamentales de carácter Humanitario que engloban a los componentes del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja - esto es, el Comité Internacional de la Cruz Roja, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y sus Sociedades Nacionales miembros - junto con las organizaciones no gubernamentales conforme se las define anteriormente. Este Código se refiere en particular a las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario que se ocupan de la prestación de asistencia motivada por catástrofes.

OIG: las siglas OIG (Organizaciones Intergubernamentales) designan a las organizaciones constituidas por dos o más gobiernos. Engloban pues, todas las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y las organizaciones zonales.

Desastres: los desastres se definen como acontecimientos extremos y aciagos que se cobran vidas humanas y provocan tanto gran sufrimiento y angustia como vasto perjuicio material.

Código de Conducta
Normas de conducta para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y las organizaciones no gubernamentales en programas motivados por catástrofes

1. Lo primero es el deber humanitario

El derecho a recibir y a brindar asistencia humanitaria constituye un principio humanitario fundamental que asiste a todo ciudadano en todo país. En calidad de miembros de la comunidad internacional reconocemos nuestra obligación de prestar asistencia humanitaria doquiera sea necesaria. De ahí, la trascendental importancia del libre acceso a las poblaciones afectadas en el cumplimiento de esa responsabilidad.

La principal motivación de nuestra intervención a raíz de catástrofes es aliviar el sufrimiento humano entre quienes están menos preparados para soportar las consecuencias de una catástrofe.

La ayuda humanitaria que prestamos no responde a intereses partidistas ni políticos y no debe interpretarse en ese sentido

2. La ayuda prestada no está condicionada por la raza, el credo o la nacionalidad de los beneficiarios ni ninguna otra distinción de índole adversa. El orden de prioridad de la asistencia se establece únicamente en función de las necesidades.

Siempre que sea posible, la prestación de socorro deberá fundamentarse en una estimación minuciosa de las necesidades de las víctimas de las catástrofes y de la capacidad de hacer frente a esas necesidades con los medios disponibles localmente.

En la totalidad de nuestros programas reflejaremos las consideraciones pertinentes respecto a la proporcionalidad. El sufrimiento humano debe aliviarse en donde quiera que exista; la vida tiene tanto valor en una parte del país, como en cualquier otra. Por consiguiente, la asistencia que prestemos guardará consonancia con el sufrimiento que se propone mitigar.

Al aplicar este enfoque, reconocemos la función capital que desempeñan las mujeres en las comunidades expuestas a catástrofes, y velaremos por que en nuestros programas de ayuda se apoye esa función, sin restarle importancia.

La puesta en práctica de esta política universal, imparcial e independiente sólo será efectiva si nosotros y nuestros asociados podemos disponer de los recursos necesarios para proporcionar esa ayuda equitativa y tener igual acceso a todas las víctimas de catástrofes.

3. La ayuda no se utilizará para favorecer una determinada opinión política o religiosa

La ayuda humanitaria se brindará de acuerdo con las necesidades de los individuos, las familias y las comunidades. Independientemente del derecho de filiación política o religiosa que asiste a toda organización no gubernamental de carácter humanitario, afirmamos que la ayuda que prestemos no obliga en modo alguno a los beneficiarios a suscribir esos puntos de vista.

No supeditaremos la promesa, la prestación o la distribución de ayuda al hecho de abrazar o aceptar una determinada doctrina política o religiosa.

4. Nos empeñaremos en no actuar como instrumentos de política exterior gubernamental

Las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario son organizaciones que actúan con independencia de los Gobiernos. Así, formulamos nuestras propias políticas y estrategias para la ejecución de actividades y no tratamos de poner en práctica la política de ningún Gobierno, que sólo aceptamos en la medida en que coincida con nuestra propia política independiente.

Ni nosotros ni nuestros empleados aceptaremos nunca, a sabiendas - o por negligencia - ser utilizados para recoger información de carácter político, militar o económico que interese particularmente a los Gobiernos o a otros órganos y que pueda servir para fines distintos de los estrictamente humanitarios, ni actuaremos como instrumentos de la política exterior de Gobiernos donantes.

Utilizaremos la asistencia que recibamos para atender las necesidades existentes, sin que la motivación para suministrarla sea la voluntad de deshacerse de productos excedentarios ni la intención de servir los intereses políticos de un determinado donante.

Apreciamos y alentamos la donación voluntaria de fondos y servicios por parte de personas interesadas en apoyar nuestro trab ajo y reconocemos la independencia de acción promovida mediante la motivación voluntaria de esa índole. Con el fin de proteger nuestra independencia, trataremos de no depender de una sola fuente de financiación.

5. Respetaremos la cultura y las costumbres locales

Nos empeñaremos en respetar la cultura, las estructuras y las costumbres de las comunidades y los países en donde ejecutemos actividades.

6. Trataremos de fomentar la capacidad para hacer frente a catástrofes utilizando las aptitudes y los medios disponibles a nivel local

Incluso en una situación de desastre, todas las personas y las comunidades poseen aptitudes no obstante su vulnerabilidad. Siempre que sea posible, trataremos de fortalecer esos medios y aptitudes empleando a personal local, comprando materiales sobre el terreno y negociando con empresas nacionales.

Siempre que sea posible, la asociación con organizaciones no gubernamentales locales de carácter humanitario en la planificación y la ejecución de actividades y, siempre que proceda, cooperaremos con las estructuras gubernamentales.

Concederemos alta prioridad a la adecuada coordinación de nuestras intervenciones motivadas por emergencias. Desempeñarán esta función de manera idónea en los distintos países afectados quienes más direc tamente participen en las operaciones de socorro, incluidos los representantes de organismos competentes del sistema de las Naciones Unidas.

7. Se buscará la forma de hacer participar a los beneficiarios de programas en la administración de la ayuda de socorro

Nunca debe imponerse a los beneficiarios la asistencia motivada por un desastre. El socorro será más eficaz y la rehabilitación duradera podrá lograrse en mejores condiciones cuando los destinatarios participen plenamente en la elaboración, la gestión y la ejecución del programa de asistencia. Nos esforzaremos para obtener la plena participación de la comunidad en nuestros programas de socorro y de rehabilitación.

8. La ayuda de socorro tendrá por finalidad satisfacer las necesidades básicas y, además, tratar de reducir en el futuro la vulnerabilidad ante los desastres

Todas las operaciones de socorro influyen en el desarrollo a largo plazo, ya sea en sentido positivo o negativo. Teniendo esto presente, trataremos de llevar a cabo programas de socorro que reduzcan de modo concreto la vulnerabilidad de los beneficiarios ante futuros desastres y contribuyan a crear modos de vida sostenibles. Prestaremos particular atención a los problemas ambientales en la elaboración y la gestión de programas de socorro. Nos empeñaremos, asimismo, en reducir a un mínimo las repercusiones perjudiciales de la asistencia humanitaria, evitando suscitar la dependencia a largo plazo de los beneficiarios en la ayuda externa.

9. Somos responsables ante aquellos a quienes tratamos de ayudar y ante las personas o las instituciones de las que aceptamos recursos

A menudo funcionamos como vínculo institucional entre quienes desean prestar asistencia y quienes la necesitan durante los desastres. Por consiguiente, somos responsables ante los unos y los otros.

En nuestras relaciones con los donantes y con los beneficiarios hemos de observar siempre una actitud orientada hacia la apertura y la transparencia.

Reconocemos la necesidad de informar acerca de nuestras actividades, tanto desde el punto de vista financiero como en lo que se refiere a la eficacia.

Reconocemos la obligación de velar por la adecuada supervisión de la distribución de la asistencia y la realización de evaluaciones regulares sobre las consecuencias asociadas al socorro.

Nos esforzaremos también por informar de manera veraz acerca de las repercusiones de nuestra labor y de los factores que las limitan o acentúan.

Nuestros programas reposarán sobre la base de elevadas normas de conducta profesional y pericia, de manera que sea mínimo el desperdicio de valiosos recursos.

10. En nuestras actividades de información, publicidad y propaganda, reconoceremos a las víctimas de desastres como seres humanos dignos y no como objetos que inspiran compasión

Nunca debe perderse el respeto por las víctimas de los desastres, que deben ser consideradas como asociados en pie de igualdad. Al informar al público, deberemos presentar una imagen objetiva de la situación de desastre y poner de relieve las aptitudes y aspiraciones de las víctimas y no sencillamente su vulnerabilidad y sus temores.

Si bien cooperaremos con los medios de información para suscitar un mayor respaldo público, en modo alguno permitiremos que las exigencias internas o externas de publicidad se antepongan al principio de lograr una máxima afluencia de la asistencia humanitaria.

Evitaremos competir con otras organizaciones de socorro para captar la atención de los medios informativos en situaciones en las que ello pueda ir en detrimento del servicio prestado a los beneficiarios o perjudique su seguridad y la de nuestro personal.

El entorno de trabajo

Habiendo convenido unilateralmente respetar el Código de Conducta antes expuesto, presentamos a continuación algunas líneas directrices indicativas que describen el entorno de trabajo que apreciaríamos propiciasen los Gobiernos donantes y beneficiarios, las organizaciones intergubernamentales - principalmente los organismos del sistema de las Naciones Unidas - a fin de facilitar la eficaz participación de las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario en los esfuerzos de socorro motivados por catástrofes.

Estas pautas se formulan a título de orientación. No revisten carácter jurídico obligatorio, ni esperamos que los Gobiernos y las organizaciones intergubernamentales expresen su aceptación de las mismas mediante la firma de un documento aunque cabría concebir ésta como una meta futura. Presentamos estas directrices animados por un espíritu de apertura y cooperación de manera que nuestros asociados sepan cual es el tipo de relación idónea que deseamos establecer con ellos.

Anexo I : Recomendaciones a los Gobiernos de países en los que ocurran desastres

1. Los gobiernos deberán reconocer y respetar el carácter independiente, humanitario e imparcial de las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario

Las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario son organismos independientes. Los Gobiernos de países beneficiarios deberán respetar su independencia y su imparcialidad.

2. Los gobiernos de países beneficiarios deberán facilitar el acceso rápido de las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario a las víctimas de los desastres

Para que las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario puedan actuar plenamente de acuerdo con sus principios humanitarios, deberá facilitárseles el acceso rápido e imparcial a las víctimas con el fin de que puedan prestar asistencia humanitaria. En el marco del ejercicio de su responsabilidad soberana, el gobierno receptor no deberá bloquear esa asistencia, y habrá de aceptar el carácter imparcial y apolítico de la labor de las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario.

Los gobiernos de los países beneficiarios deberán facilitar la rápida entrada del personal de socorro, en particular mediante la derogación de requisitos para la concesión de visados de tránsito, ingreso y salida, o la simplificación del procedimiento para su expedita obtención.

Los Gobiernos deberán conceder permiso para que las aeronaves qu e transporten suministros y personal de socorro internacional puedan sobrevolar su territorio y aterrizar en él durante la fase de urgencia de la operación de socorro.

3. Los Gobiernos deberán facilitar el movimiento oportuno de los artículos de socorro y la circulación de las informaciones durante los desastres

Los suministros y el equipo de socorro llegan al país únicamente con el fin de aliviar el sufrimiento humano y no para obtener beneficios o ganancias comerciales. En condiciones normales, esos suministros deberán circular libremente y sin restricciones y no estarán sujetos a la presentación de facturas o certificados de origen refrendados por consulados, ni de licencias de importación y exportación, o cualquier otra restricción, ni a derechos de importación ni de aterrizaje ni a derechos portuarios.

El gobierno del país afectado deberá facilitar la importación transitoria del equipo de socorro necesario, incluidos vehículos, aviones ligeros y equipo de telecomunicaciones, mediante la supresión transitoria de restricciones en materia de autorizaciones o certificaciones. Asimismo, una vez finalizada una operación

de socorro, los Gobiernos no deberán imponer restricciones para la salida del equipo importado.

Con el fin de facilitar las comunicaciones en una situación de emergencia, convendrá que el Gobierno del país afectado designe ciertas radiofrecuencias que las organizaciones de socorro puedan utilizar para las comunicaciones nacionales e internacionales que atañan al desastre, y den a conocer previamente esas frecuencias a la comunidad que trabaja en esa esfera de actividad. Deberá autorizarse al personal de socorro a utilizar todos los medios de comunicación que convenga a las operaciones de asistencia.

4. Los Gobiernos tratarán de proporcionar un servicio coordinado de información y planificación

La planificación general y la coordinación de los esfuerzos de socorro incumben, en definitiva, al Gobierno del país afectado. La planificación y la coordinación pueden mejorarse de manera significativa si se facilita a las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario la información oportuna sobre las necesidades de socorro, así como sobre los sistemas establecidos por el Gobierno para la planificación y el desarrollo de las operaciones de socorro y sobre los posibles riesgos en materia de seguridad. Se insta a los Gobiernos a que proporcionen esa información a las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario.

Con el fin de facilitar la coordinación y la utilización eficaces de los esfuerzos en materia de socorro, se insta igualmente a los Gobiernos a que, antes de que ocurra un desastre, designen un cauce especial de contacto a través del cual las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario que acudan para prestar ayuda puedan comunicarse con las autoridades nacionales.

5. Socorro motivado por catástrofes, en caso de conflicto armado

En caso de conflicto armado, las operaciones de socorro se regirán con arreglo a las disposiciones del derecho internacional humanitario.

Anexo II : Recomendaciones a los Gobiernos donantes

1. Los Gobiernos donantes deberán reconocer y respetar la labor independiente humanitaria e imparcial de las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario

Las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario son organismos independientes cuya independencia e imparcialidad deben respetar los Gobiernos donantes. Los Gobiernos donantes no deberán servirse de las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario para promover objetivos políticos ni ideológicos.

2. Los Gobiernos donantes deberán proporcionar fondos con la garantía de que respetarán la independencia de las operaciones

Las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario aceptan fondos y asistencia material de los Gobiernos donantes conforme a los mismos principios por los que se rigen para entregarlos a las víctimas de los desastres, es decir, basándose para su acción únicamente en los criterios de humanidad e independencia. En lo que se refiere a su ejecución, las actividades de socorro incumben, en última instancia, a la organización no gubernamental de carácter humanitario, y se llevarán a cabo de acuerdo con la política de esa organización.

3. Los Gobiernos donantes deberán emplear sus buenos oficios para ayudar a las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario a lograr el acceso a las víctimas de catástrofes

Los Gobiernos donantes deberán reconocer cuán importante es aceptar cierto nivel de responsabilidad en cuanto a la seguridad y la libertad de acceso del personal de la organización no gubernamental de carácter humanitario a las zonas siniestradas. Deberán estar dispuestos a interceder por vía diplomática si es necesario, ante los gobiernos beneficiarios con respecto a esas cue stiones

Anexo III : Recomendaciones a las organizaciones internacionales

1. Las organizaciones intergubernamentales admitirán a las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario nacionales y extranjeras como asociadas valiosas

Las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario están dispuestas a trabajar con las Naciones Unidas y con otras organizaciones intergubernamentales para aportar mejor asistencia a raíz de catástrofes.

Obedecen a un espíritu de asociación que respeta la i ntegridad y la independencia de todos los asociados. Las organizaciones intergubernamentales deben respetar la independencia y la imparcialidad de las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario. Los organismos del sistema de las Naciones Uni das deberán consultar a las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario en la preparación de planes de socorro.

2. Las organizaciones intergubernamentales ayudarán a los Gobiernos de países afectados a establecer un sistema general de coordinación para el socorro nacional e internacional en los casos de desastre

Según su mandato, no suele incumbir a las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario encargarse de la coordinación general que requiere la intervención internacional motivada por una catástrofe. Esa responsabilidad

corresponde al Gobierno del país afectado y a las autoridades competentes de las Naciones Unidas. Se exhorta a éstas a que proporcionen ese servicio en el momento oportuno y de manera eficaz a fin de ayudar a l Estado afectado y a la comunidad nacional e internacional a hacer frente al desastre. De cualquier manera, las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario desplegarán todos los esfuerzos necesarios para velar por la eficaz coordinación de sus propios servicios.

En caso de conflicto, las actividades de socorro se regirán de conformidad con las disposiciones que convenga del derecho internacional humanitario.

3. Las organizaciones intergubernamentales aplicarán a las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario las mismas medidas de protección de su seguridad que a las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas

Siempre que se prevean servicios de seguridad para las organizaciones intergubernamentales, se extenderá su alcance, si es necesario, a las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario que actúen como asociadas suyas para las operaciones, siempre que se lo solicite.

4. Las organizaciones intergubernamentales facilitarán a las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario el mismo acceso a la información pertinente que a las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas

Se insta a las organizaciones intergubernamentales a que compartan toda la información oportuna para la respuesta efectiva al desastre, con las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario que actúen como asociadas suyas en las operaciones de socorro.

Anexo 3
Abreviaciones y acrónimos

ACNUR	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
AIEPI	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
ALNAP	Active Learning Network for Accountability and Performance (red para un aprendizaje activo sobre rendición de cuentas y resultados de la acción humanitaria)
ART	tratamiento antirretroviral
CE-DAT	Complex Emergency Database (base de datos sobre emergencias complejas)
CIC	Consejo Internacional de Cereales
CICR	Comité Internacional de la Cruz Roja
CMNUCC	Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático
CPI	Corte Penal Internacional
IASC	Comité Permanente entre Organismos
IMPAC	Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (atención integrada del embarazo y del parto
DIH	derecho internacional humanitario
DOTS	Directly Observed Treatment Short-course (estrategia de tratamiento breve bajo observación directa)
DT	vacuna difteria/tétanos
DPT	vacuna difteria, tos ferina, tétanos

ECB	Emergency Capacity Building (fortalecimiento de la capacidad en situaciones de emergencia)
EIRD	Estrategia Internacional para la Reducción de los Desastres
EJC	equivalente de jornada completa
ENA	Emergency Nutrition Assessment (evaluación nutricional en situaciones de emergencia)
ETAT	Emergency Triage Assessment and Treatmen (triaje, evaluación y tratamiento de emergencia)
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
HAP	Humanitarian Accountability Partnership (Asociación para la rendición de cuentas humanitaria)
IASC	Inter-Agency Standing Committee (Comité permanente entre Organismos)
ICVA	International Council of Voluntary Agencies (Consejo Internacional de Organizaciones Voluntarias)
IDLO	International Development Law Organization (Organización Internacional para el Derecho del Desarrollo)
IDRL	Normas, leyes y principios aplicables en las acciones internacionales en casos de desastre (International Disaster Response Laws)
IMAI	Atención Integrada a las Enfermedades de los Adultos
IMC	índice de masa corporal
INEE	Inter-Agency Network for Education in Emergencies (Red Interagencial para la Educación en Situaciones de Emergencia)
IYCF	Infant and young child feeding (alimentación del lactante y del niño pequeño)
LEGS	Livestock Emergency Guidelines and Standards (normas y directrices para la ayuda de emergencia al ganado)
NCHS	National Center for Health Statistics (centro nacional estadounidense de estadísticas sanitarias)
NICS	Nutrition in Crisis Information System (sistema de información sobre nutrición en situaciones de crisis)
NLIS	Nutrition Landscape Information System (sistema de información sobre la situación general de la nutrición)
OCDE	Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos

OCAH	Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
OUA	Organización de la Unidad Africana
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PB	Perímetro braquial
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PNUMA	Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente
PSIM	Paquete de Servicios Iniciales Mínimos
RNI	reference nutrient intakes (ingesta nutricional de referencia)
SMS	Short Message Service (servicio de mensajes cortos, llamados textos)
SRO	sales de rehidratación oral
TBM	tasa bruta de mortalidad
TL	tasa de letalidad
TMM5	tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años
UA	Unión Africana
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNISDR	United Nations International Strategy for Disaster Reduction (Estrategia Internacional para la Reducción de los Desastres), véase también EIRD)
URD	Grupo Urgence-Réhabilitation-Développement
UTN	unidad de turbidez nefelométrica
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana
VMNIS	Vitamin and Mineral Nutrition Information System (sistema de información nutricional de la OMS sobre ingesta de vitaminas y minerales)
WWF	World Wide Fund for Nature (Fondo Mundial para la Naturaleza)

Índice analítico

A

abastecimiento de agua, iv, 1, 2, 4, 7, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 109, 111, 112, 114, 116, 117, 118, 120, 125, 137, 138, 140, 141, 142, 144, 152, 163, 166, 186, 211, 228, 282, 291, 294, 295, 307, 308, 356, 364, 365

abastecimiento de agua, iv, 1, 2, 4, 7, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 109, 111, 112, 114, 116, 117, 118, 120, 125, 137, 138, 140, 141, 142, 144, 152, 163, 166, 186, 211, 228, 282, 291, 294, 295, 307, 308, 356, 365

véase también abastecimiento de agua, saneamientos y promoción de la higiene

véase también agua potable

véase también puntos de recolección del agua

véase también tratamiento en el punto de consumo del agua

abuso de los derchos, 7, 36, 37

abusos sexuales, 79, 81

véase también explotación sexual

acceso a alimentos, 177, 182, 205, 208, 209, 237, 356

accesorios, 276, 281, 299, 307, 310, 316, 317

accesorios *véase también* herramientas

agua de superficie, 119, 120, 132, 137

véase también agua subterránea

véase también aguas de tormenta

véase también contaminación

véase también drenaje

agua salubre

véase también abastecimiento de agua

véase también contaminación

agua subterránea, 119, 120, 138

véase también agua de superficie

véase también aguas de tormenta

véase también contaminación

véase también drenaje

véase también fuentes de agua

aguas de tormenta, 137

véase también agua de superficie

véase también agua subterránea

véase también contaminación

véase también drenaje

AIEPI *véase* Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia

alimentación, 38, 93, 94, 115, 129, 145, 146, 152, 158, 159, 160, 161, 162, 164, 165, 166, 171, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 197, 198, 203, 204, 207, 209, 210, 211, 212, 225, 227, 228, 250, 251, 254, 256, 264, 265, 268, 269, 324, 331, 356, 357, 368, 374, 406, 428

véase también alimentación suplementaria

véase también desnutrición

alimentación suplementaria, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 193, 198, 204, 212, 254, 357

véase también alimentación

véase también carencias de micronutrientes

véase también lactancia materna

véase también malnutrición

alimento, 24, 27, 38, 73, 85, 101, 103, 107, 110, 112, 122, 124, 125, 127, 128, 134, 143, 148, 158, 159, 160, 162, 163, 165, 166, 169, 171, 172, 173, 177, 180, 181, 182, 184, 186, 188, 190, 191, 193, 198, 199, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 250, 251, 255, 263, 264, 265, 266, 267, 269, 270, 278, 279, 288, 294, 295, 296, 297, 298, 304, 307, 309, 310, 313, 315, 322, 323, 333, 356, 382, 387, 418, 429

véase también carencias de micronutrientes

véase también cocina

véase también desnutrición

véase también distribuciones de alimentos

véase también malnutrición

véase también nutrición

alojamiento, iv, 1, 2, 4, 7, 13, 24, 27, 35, 46, 50, 51, 65, 93, 94, 107, 110, 120, 121, 125, 126, 127, 128, 129, 137, 138, 141, 144, 148, 161, 164, 166, 223, 230, 231, 234, 255, 263, 264, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 331, 332, 342, 355, 356, 357, 382, 387, 406

véase también asentamientos

véase también campamentos

véase también comodidad térmica

véase también evaluación del riesgo

véase también impacto ambiental
véase también privacidad
véase también propiedad
apoyo psicosocial, 13, 19, 36, 45, 46, 48, 51, 65, 79, 82, 83, 210, 326, 370, 373, 380, 381, 397, 409
áreas de juego, 290, 293, 295
artículos no alimentarios, iv, 1, 2, 4, 7, 106, 107, 141, 212, 227, 228, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 282, 283, 286, 287, 296, 299, 300, 302, 304, 307, 308, 309, 310, 311, 313, 314, 316, 318, 322, 326, 356, 357
véase también ropa de cama
véase también prendas de vestir
asentamiento humano, iv, 1, 2, 4, 7, 34, 38, 114, 127, 128, 129, 133, 134, 137, 138, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 285, 286, 287, 288, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 309, 311, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 324, 325, 342, 356, 390
véase también alojamiento
asentamientos comunitarios, 274, 285, 286, 288, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 305, 306, 307, 319, 320, 325
asentamiento provisional, 279, 304, 320, 321
asistencia humanitaria, 6, 11, 15, 16, 18, 24, 26, 33, 34, 37, 40, 41, 42, 45, 59, 67, 74, 81, 86, 93, 140, 161, 270, 277, 294, 331, 397, 404, 410, 411, 412, 415, 416, 417, 418, 419, 421, 422, 423
Atención Integrada a las Enfermedades de los Adultos (IMAI), 358, 359, 428, 437, 438
Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), 358, 359, 368, 369, 427
autoridades locales, 61, 65, 69, 77, 96, 134, 166, 222, 231, 238, 282, 298, 310, 320, 334, 340
asistencia, iii, iv, vi, 4, 6, 11, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 30, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 57, 59, 61, 62, 65, 67, 72, 73, 74, 77, 78, 81, 86, 93, 97, 128, 140, 145, 161, 162, 168, 169, 180, 181, 182, 185, 193, 194, 196, 199, 200, 201, 203, 204, 227, 228, 232, 233, 249, 270, 277, 281, 282, 283, 285, 286, 288, 289, 292, 294, 301, 302, 304, 307, 309, 310, 317, 321, 322, 325, 331, 335, 356, 360, 370, 372, 373, 379, 397, 404, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425
atención de salud, 27, 36, 47, 48, 163, 278, 293, 332, 340, 346, 347, 358, 367, 374, 375, 381, 386
autoridades nacionales, 5, 6, 131, 367, 424
ayuda, 11, 18, 19, 23, 37, 38, 46, 61, 74, 75, 81, 104, 106, 125, 181, 182, 184, 196, 198, 208, 217, 221, 224, 228, 244, 281, 288, 293, 299, 302, 308, 309, 317, 319, 326, 340, 347, 380, 381, 415, 419, 420, 421, 424, 428
ayuda alimentaria, iv, 181, 184, 198, 199, 200, 208, 217, 221, 282, 356, 415

B

beriberi, 176, 198, 206, 259, 432

C

calidad y rendición de cuentas, 5, 14
cambio climático, v, 11, 12, 13, 15, 70, 75, 173, 267, 303, 305, 332, 415, 416, 427
campamentos, v, 37, 38, 42, 69, 129, 188, 193, 203, 222, 274, 280, 281, 285, 288, 292, 295, 349, 369
campamentos
véase también alojamiento, vivienda
véase también asentamiento humano
capacitación, 7, 14, 79, 81, 95, 104, 105, 112, 113, 131, 166, 180, 216, 227, 236, 237, 257, 281, 302, 316, 317, 323, 333, 341, 343, 344, 382
carencias de micronutrientes, 158, 159, 160, 165, 166, 176, 177, 183, 186, 187, 192, 194, 195, 197, 198, 204, 206, 207, 208, 257, 258, 272, 368
carencias de micronutrientes
véase también alimentación suplementaria
véase también malnutrición
Carta Humanitaria, ii, iii, iv, 1, 2, 4, 5, 6, 16, 21, 22, 30, 32, 33, 40, 41, 42, 56, 57, 73, 74, 92, 93, 160, 161, 276, 277, 330, 331, 404
véase también normas esenciales
véase también normas mínimas
véase también principios de protección
centro de salud, 115, 121, 134, 140, 145, 146, 175, 176, 337, 338, 371
véase también dispensarios móviles
véase también hospitales
véase también trabajadores de salud
clínico, 48, 127, 177, 187, 194, 195, 197, 254, 255, 257, 259, 340, 343, 344, 349, 359, 369, 370, 371, 372, 373, 382, 384, 392, 394
cocina

véase también combustible

véase también hornos

véase también utensilios

Código de Conducta, 1, 2, 26, 41, 61, 80, 277, 400, 417, 418, 419, 422

cólera, 91, 92, 97, 116, 145, 147, 148, 149, 168, 284, 335, 342, 361, 363, 364, 388, 389, 390, 399

cocinar, 93, 117, 211, 212, 223, 226, 228, 276, 282, 289, 293, 295, 296, 300, 313, 314, 315, 322

véase también hornos de cocina

comodidad térmica, 279

véase también prendas de vestir

véase también ropa de cama

comunidades de acogida, 58, 71, 77, 288, 290, 293, 315, 321

conflicto, ii, v, 4, 6, 7, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 33, 34, 35, 40, 41, 42, 43, 44, 49, 57, 58, 60, 68, 70, 72, 74, 94, 142, 162, 163, 173, 199, 203, 217, 219, 234, 238, 250, 287, 290, 293, 319, 331, 352, 355, 361, 377, 380, 398, 404, 405, 407, 410, 411, 412, 418, 424, 426

contaminación, 16, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 119, 120, 121, 127, 132, 134, 137, 142, 147, 218, 227, 236, 290, 315

Convenios de Ginebra, 25, 41, 162, 410, 416

coordinación, v, vi, 5, 7, 11, 12, 27, 35, 54, 56, 57, 63, 64, 65, 66, 76, 79, 83, 96, 104, 107, 133, 134, 136, 160, 166, 179, 180, 217, 232, 233, 282, 285, 286, 287, 318, 324, 328, 330, 333, 334, 340, 350, 351, 352, 353, 355, 356, 364, 367, 370, 416, 421, 424, 425, 426, 429

crisis humanitaria, iii, 382

cuidadores, 120, 148, 178, 181, 182, 184, 196, 209, 210, 226, 227, 242, 250, 254, 255, 298

cupones véase entrega de dinero en efectivo y cupones

D

datos, 39, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 76, 77, 79, 98, 102, 111, 123, 127, 140, 168, 175, 177, 180, 213, 216, 221, 233, 250, 253, 255, 284, 318, 319, 333, 336, 347, 348, 349, 350, 352, 354, 357, 362, 364, 366, 383, 385, 387, 389, 390, 427

véase también confidencialidad

véase también desglosado

véase también evaluación

véase también seguimiento

datos de morbilidad

véase también tasa bruta de mortalidad (TBM)

véase también tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (TMM5)

datos de mortalidad, 349

véase también tasa bruta de mortalidad (TBM)

véase también tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (TMM5)

datos de mortalidad y morbilidad, 349

dengue, 125, 130, 147, 355, 357, 358, 363, 364, 390, 392, 433

derecho internacional, 22, 24, 25, 26, 36, 40, 41, 43, 93, 161, 162, 277, 331, 404, 405, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 418, 424, 426, 427

derechos, ii, 4, 6, 7, 14, 15, 16, 18, 19, 22, 23, 24, 25, 26, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 46, 47, 50, 57, 60, 61, 62, 63, 65, 69, 71, 74, 75, 79, 93, 94, 97, 98, 151, 161, 162, 168, 200, 222, 224, 264, 277, 278, 281, 283, 284, 285, 291, 292, 293, 303, 306, 324, 331, 332, 335, 336, 338, 341, 348, 350, 370, 380, 382, 395, 398, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 418, 419, 420, 423, 424, 426, 427, 428

véase también no discriminación

véase también abuso de los derechos

véase también violación

derechos humanos, 7, 24, 26, 36, 63, 71, 74, 75, 94, 277, 324, 350, 370, 382, 395, 404, 405, 407, 408, 409, 413

desastres, ii, iii, v, vi, 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 33, 34, 35, 37, 41, 44, 47, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 74, 75, 79, 80, 81, 82, 84, 87, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 99, 102, 103, 104, 106, 110, 111, 115, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 128, 131, 132, 133, 135, 136, 140, 141, 146, 154, 158, 161, 162, 163, 165, 166, 167, 168, 171, 172, 173, 174, 176, 177, 178, 180, 186, 187, 188, 193, 194, 200, 201, 202, 204, 205, 209, 210, 211, 220, 221, 222, 224, 227, 230, 231, 232, 233, 234, 236, 238, 239, 241, 243, 244, 246, 247, 248, 249, 252, 260, 274, 277, 278, 279, 280, 281, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 296, 297, 298, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 313, 314, 315, 318, 319, 322, 323, 325, 326, 328, 331, 332, 333, 334, 335, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 345, 346, 347, 349, 351, 352, 353, 355, 357, 359, 360, 361, 370, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 383, 385, 386, 394,

396, 404, 405, 409, 415, 416, 417, 418, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 428, 429

desastres *véase también* evaluación inicial

desastres en zonas urbanas, 119

desechos domésticos, 132, 135

véase también gestión de desechos

desechos médicos, 132, 134, 135, 136, 153, 154

véase también gestión de desechos

desglosado, 67, 69, 70, 98, 140, 168, 203, 246, 262, 284, 336, 349, 385, 388, 391, 392

desnutrición, 162, 163, 164, 165, 166, 171, 174, 175, 177, 178, 186, 190, 193, 209, 242, 250, 251, 255

véase también alimentación

véase también alimentación suplementaria

véase también carencias de micronutrientes

véase también malnutrición

véase también nutrición

desplazados internos, 25, 26, 35, 50, 51, 127, 162, 240, 386, 404, 412, 413, 414

véase también familias de acogida

véase también personas vulnerables

diagnóstico *véase también* enfermedad

diarrea, 108, 113, 114, 123, 128, 129, 147, 184, 191, 197, 198, 209, 340, 355, 358, 365, 367, 368, 369, 388, 389, 390, 391

véase también enfermedades diarreicas

difteria, 366, 367, 368, 369, 379, 390, 392, 427

véase también DPT

dinero efectivo por trabajo

véase también entrega de dinero en efectivo y cupones

diseño de programa

dispensarios móviles, 338, 340

véase también centros de salud, 281

véase también establecimientos sanitarios

véase también hospitales

disponer de los cadáveres, 342

DPT (difteria, tos ferina y tétanos), 366, 369, 379, 427, 433, 434, 440, 442

véase también difteria

véase también tétanos

véase también tos ferina

drenaje, 90, 91, 92, 94, 99, 113, 120, 125, 129, 130, 132, 137, 138, 139, 144, 153, 294, 295, 299, 300, 306, 356

véase también agua de superficie

véase también aguas de tormenta

véase también agua subterránea

véase también contaminación

E

edema, 165, 176, 194, 195, 254, 255

educación sanitaria, 356, 358, 367

enfermedad no transmisible, 329, 340, 352, 360, 383, 384, 388, 391, 398, 401

véase también enfermedad transmisible

véase también enfermedad

enfermedad *véase también* carencias de micronutrientes|carencia de micronutrientes

enfermedad relacionada con los excrementos, 118

enfermedad transmisible, 48, 130, 191, 207, 251, 296, 300, 329, 330, 340, 341, 348, 352, 355, 358, 359, 360, 363, 365, 368, 375, 383, 396, 399

véase también enfermedad no transmisible

enfermedad crónica, 123, 189, 194, 209, 312, 319, 360

enfermedad propagada por el agua, 147

enfermedad transmisible, 48, 130, 132, 191, 207, 251, 296, 300, 329, 330, 332, 340, 341, 348, 352, 355, 358, 359, 360, 361, 363, 365, 368, 375, 383, 396, 399

enfermedad transmitida por vía fecal-oral *véase también* enfermedad

enfermedad transmitida por vectores, 125, 143, 355

véase también enfermedad

enfermedad infecciosa *véase* enfermedad transmisible

enterramiento, 134, 218

enterramiento de desechos, 134

entierro *véase también* funeral

entrega de dinero en efectivo y cupones, v, 11, 12, 106, 160, 202, 231, 232, 233, 243, 281, 307, 309

entrega de dinero en efectivo y cupones *véase también* distribuciones de alimentos

empleo, 105, 127, 160, 164, 172, 197, 199, 201, 233, 234, 239, 240, 241, 242

erosión, 70, 137, 138, 139, 244, 294, 305, 306

erosión de los bienes, 244

escorbuto, 176, 198, 206, 259, 272

escuela, 43, 61, 62, 104, 121, 124, 140, 145, 146, 204, 227, 241, 242, 281, 286, 287, 288, 290, 293, 294, 300, 303, 309, 319, 321, 326, 339

establecimientos sanitarios, 286, 290, 294, 300, 303, 338, 339, 341, 342, 343, 345, 346, 348, 349, 357, 358, 362, 367, 368, 371, 372, 374, 377, 378, 380, 381, 384, 386, 387, 388, 389, 392, 394

estrategias de afrontamiento, 16, 165, 173, 199, 200, 201, 202, 247, 287

evaluación

véase también datos

véase también seguimiento

evaluación antropométrica, 174, 175, 176, 187, 188, 189, 192, 194, 196, 253, 254, 255, 256, 268

evaluación de las necesidades, 69

evaluación del riesgo, 104, 113, 127, 289, 362, 376

evaluación inicial, 9, 12, 15, 67, 68, 69, 71, 91, 92, 96, 101, 140, 167, 172, 175, 265, 283, 287, 309, 318, 334

evaluaciones de la seguridad alimentaria, 158, 159, 160, 169, 170, 171, 174, 177, 198, 199, 202, 206, 207, 208, 217, 221, 244, 246, 250, 266, 291

excrementos

véase también retretes

véase también gestión de desechos

evacuación de excrementos, 90, 91, 92, 94, 99, 104, 114, 118, 119, 120, 122, 124, 125, 129, 138, 142, 143, 144, 153, 154, 295, 356

explotación sexual *véase también* abuso sexual

F

familia de acogida, 69, 133, 274, 281, 288, 295, 307, 319

fiebre tifoidea, 147, 361, 390, 392

fuentes de agua, 109, 110, 111, 115, 118, 119, 120, 124, 128, 129, 132, 138, 141, 142, 143, 219, 356, 364

véase también abastecimiento de agua

véase también contaminación

véase también suministro de agua

funeral *véase también* entierro

funerales apropiados según su cultura, 342

G

ganado, 110, 111, 142, 145, 152, 162, 229, 236, 237, 239, 244, 247, 281, 293, 321, 428

gestión de la cadena de suministro, 160, 204, 215, 216, 217, 218

gestión de desechos sólidos *véase* gestión de desechos

gestión de medicamentos *véase* medicamentos

guerras véase conflicto

gestión de desechos, 90, 91, 92, 99, 113, 125, 129, 132, 135, 144, 215, 338, 342, 356

H

herramientas, aperos, 5, 8, 10, 12, 14, 162, 189, 230, 256

véase también artículos no alimentarios

hepatitis (A, B, C), 133, 136, 147, 342, 372, 390, 392, 437

higiene personal, 93, 99, 108, 109, 112, 116, 128, 147, 307, 309, 321

hornos de cocina, 276, 289, 296, 300, 314, 315, 322

véase también cocinar

véase también combustible

véase también utensilios

hospitales, 43, 115, 132, 145, 146, 331, 337, 338, 340, 341, 357, 369, 371, 373, 375, 382, 388, 389, 396, 397, 401

véase también centros de salud

véase también dispensarios móviles

véase también trabajadores de salud

hospitales de campaña, 338, 340, 341

véase también centro de salud

véase también dispensarios móviles

véase también establecimientos sanitarios

I

IMAI *véase* Atención Integrada a las Enfermedades de los Adultos

impacto ambiental, 202, 276, 281, 287, 290, 304, 305, 306

inmunización, 340, 363, 365, 366, 367, 369, 379, 387

véase también vacunación

insectos, 127, 128, 147, 215, 227, 356

inseguridad alimentaria, 163, 164, 165, 170, 171, 172, 190, 201, 202, 221, 234, 241, 245, 264, 267

integración, 173, 231, 325

inundación, 15, 70, 119, 120, 121, 122, 124, 132, 144, 163, 218, 238, 240, 287, 290, 294, 305, 306, 333

J

jabón, 101, 107, 108, 117, 124, 136, 143

véase también lavado de manos

véase también lavado de ropa

véase también lavar, 116

K

kits esterilizados para el parto, 371

L

lactancia materna, 178, 181, 182, 183, 184, 185, 187, 191, 192, 194, 196, 251, 252, 254, 293

lactante, 104, 126, 158, 159, 160, 164, 165, 166, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 187, 191, 192, 193, 194, 196, 198, 204, 205, 207, 208, 211, 212, 225, 228, 250, 251, 253, 254, 260, 262, 264, 268, 269, 312, 322, 356, 366, 369, 374, 428

véase también niños

véase también personas vulnerables

lavadero, 116, 117, 138

lavado de manos *véase también* jabón

lavado de ropa, 107, 116, 117, 120

véase también jabón

lavar, 107, 108, 116, 117, 120, 121, 124, 128, 138, 139

véase también jabón

véase también lavado de manos

véase también lavado de ropa

lavatorio, 116, 117, 138

leche, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 191, 211, 212, 251, 254, 368

véase también alimentación suplementaria

leche materna, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 191, 212, 251, 254, 368

véase también alimentación suplementaria

lesiones, 80, 81, 135, 241, 329, 330, 332, 333, 341, 350, 352, 377, 378, 379, 390, 391, 397, 400

letrinas *véase* retretes

libertad de movimiento, 41, 42, 44, 406

lucha contra los mosquitos

lucha medioambiental, 129, 130

lugares de esparcimiento infantil

M

malnutrición aguda *véase* malnutrición

malnutrición, 15, 158, 159, 160, 163, 165, 166, 175, 176, 177, 178, 181, 183, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 199, 204, 207, 221, 253, 254, 255, 256, 257, 263, 271, 332, 355, 356, 357, 358, 365, 368, 388, 389, 390, 391

véase también alimentación

véase también alimentación suplementaria

véase también carencias de micronutrientes

véase también desnutrición

véase también nutrición

malnutrición crónica *véase* malnutrición

malnutrición grave *véase* malnutrición

mapeo de la comunidad, 113

materiales de construcción

alojamiento provisional, 274, 280, 281, 287, 289, 298, 302

ventilación, 122, 130, 296, 297, 299, 300, 315, 356

medicamentos *véase* también suministros médicos

medicamentos esenciales, 339, 345, 346, 362, 368, 383, 384, 387

medicamentos esenciales *véase también* suministros médicos

medios de subsistencia, iv, 15, 25, 40, 41, 45, 71, 75, 107, 158, 159, 160, 162, 163, 164, 165, 166, 169, 170, 171, 172, 173, 177, 199, 200, 201, 202, 204, 206, 208, 217, 229, 230, 233, 234, 235, 236, 238, 239, 240, 242, 243, 244, 246, 247, 250, 266, 278, 281, 286, 291, 296, 298, 301, 302, 303, 305, 317, 321, 323

mejor práctica, 4, 197, 213, 235, 302

meningitis, 340, 358, 361, 363, 364, 388, 389, 390, 391, 392, 438

véase también inmunización

véase también vacunación

menstruación, 106, 107, 108, 124, 143

menstruación *véase también* mujeres

mercado, 75, 121, 133, 135, 146, 160, 163, 172, 199, 201, 206, 208, 217, 225, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 247, 249, 267, 286, 291, 295, 303, 307, 309, 325

minerales, 175, 207, 208, 261, 268, 272, 429

moscas, 121, 125, 127, 128, 129, 132, 134, 135, 147

mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración, 364

véase también paludismo

movilización de la comunidad, 103, 105, 114, 125, 186, 188

mujeres, 12, 16, 17, 24, 36, 39, 44, 45, 57, 62, 63, 67, 69, 70, 71, 73, 74, 79, 81, 84, 95, 103, 105, 106, 112, 116, 117, 120, 121, 122, 123, 124, 126, 127, 140, 143, 146, 151, 165, 171, 173, 178, 181, 182, 204, 205, 207, 208, 211, 220, 221, 222, 223, 224, 227, 230, 232, 234, 239, 240, 242, 244, 246, 253, 256, 258, 259, 260, 262, 271, 293, 302, 311, 312, 313, 315, 316, 317, 319, 321, 322, 323, 326, 339, 344, 352, 357, 369, 371, 372, 373, 375, 376, 385, 388, 389, 391, 392, 393, 406, 412, 419

véase también violencia por motivos de género

véase también privacidad

véase también personas vulnerables

mujeres embarazadas, 121, 126, 127, 165, 178, 181, 182, 204, 205, 207, 208, 211, 240, 253, 256, 260, 262, 312, 322, 357, 369, 371, 373, 375, 376

mujeres embarazadas

véase también personas vulnerables

véase también mujeres

N

necesidades de subsistencia

necesidades específicas *véase también* personas vulnerables

neumonía

véase también agua subterránea

véase también aguas de tormenta

véase también agua de superficie

véase también retretes

véase también fuentes de agua

niacina, 198, 206, 259, 261

niñas, 16, 24, 36, 44, 50, 57, 63, 67, 69, 70, 74, 84, 95, 97, 106, 108, 121, 123, 124, 140, 146, 151, 168, 173, 242, 268, 271, 311, 315, 326, 335, 409

véase también niños

véase también violencia de género

véase también mujeres

niños

véase también lugares de esparcimiento infantil

véase también lactantes

véase también personas vulnerables

niños pequeños *véase* niños

“no causar daño” (principio de)

no devolución

véase también carencias de micronutrientes

véase también desnutrición

véase también malnutrición

no discriminación, 24, 41, 93, 161, 331, 407

normas esenciales, iv, 1, 2, 4, 6, 7, 22, 24, 26, 27, 36, 41, 46, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 63, 64, 66, 67, 68, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 90, 92, 93, 96, 97, 100, 101, 103, 104, 158, 160, 161, 166, 167, 169, 171, 175, 187, 192, 208, 214, 216, 221, 222, 225, 227, 229, 234, 250, 274, 276, 282, 283, 287, 288, 289, 291, 299, 302, 309, 318, 328, 330, 333, 334, 335, 344, 349, 350, 351, 352, 353, 380, 381, 382

véase también Carta Humanitaria

véase también normas mínimas

véase también principios de protección

normas mínimas, ii, iii, 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 16, 22, 24, 26, 27, 54, 57, 72, 75, 76, 77, 79, 90, 93, 94, 99, 111, 151, 157, 158, 160, 161, 162, 166, 169, 223, 265, 273, 274, 277, 278, 285, 291, 303, 309, 325, 327, 328, 331, 332, 337, 339, 395, 409

véase también normas esenciales

véase también Carta Humanitaria

véase también principios de protección

nutrición, iv, 1, 2, 4, 7, 13, 27, 96, 127, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 165, 166, 168, 169, 170, 171, 174, 175, 176, 177, 178, 181, 182, 183, 188, 190, 191, 192, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 202, 205, 206, 207, 208, 209, 211, 217, 221, 224, 237, 244, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 261, 263, 267, 271, 284, 291, 356, 357, 368, 387, 428, 429

véase también alimentos

O

oficinas administrativas, 294

organizaciones de ayuda *véase* organizaciones humanitarias

organizaciones de la sociedad civil, 10, 63, 64, 65, 221

organizaciones humanitarias, iv, 5, 6, 7, 9, 10, 22, 23, 25, 30, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 46, 47, 57, 58, 60, 61, 63, 64, 65, 66, 68, 70, 71, 76, 77, 79, 93, 95, 96, 161, 166, 167, 216, 277, 282, 287, 318, 331, 334, 385, 416

P

pacientes ambulatorios, 146, 193, 195, 378
véase también pacientes hospitalizados
pacientes hospitalizados, 195, 338, 357
véase también pacientes ambulatorios
padres, 45, 97, 120, 168, 178, 228, 283, 335, 339
véase también cuidadores
paludismo
véase también mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración
véase también control de mosquito
Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM)
parteras, 141, 343, 344, 371
véase también mujeres
participación, iv, 5, 6, 7, 12, 18, 19, 26, 27, 57, 61, 62, 64, 65, 93, 95, 96, 97, 98, 102, 116, 122, 139, 161, 167, 168, 190, 203, 211, 240, 241, 242, 283, 284, 299, 301, 302, 331, 334, 335, 362, 407, 421, 422
pelagra, 176, 198, 206, 259
peligro natural, 303
período de recuperación, 172, 194
personas afectadas por desastres
personas con discapacidad *véase también* personas vulnerables
personas desplazadas *véase también* población desplazada
personas de edad, v, 12, 13, 17, 18, 39, 44, 45, 52, 63, 69, 73, 74, 86, 96, 112, 117, 121, 122, 126, 165, 209, 220, 222, 224, 228, 240, 244, 253, 256, 262, 294, 302, 312, 313, 321, 322, 352, 385, 405, 409
véase también personas vulnerables
personas que viven con el VIH, 12, 17, 70, 74, 112, 189, 194, 205, 209, 223, 228, 244, 374, 375
véase también VIH y SIDA
personas vulnerables, 26, 44, 59, 60, 67, 72, 74, 98, 101, 140, 168, 175, 188, 191, 199, 203, 208, 210, 211, 222, 223, 225, 226, 230, 231, 232, 243, 244, 247, 271, 284, 287, 293, 309, 311, 319, 335, 347, 349, 352, 353
véase también niños
véase también personas de edad
véase también personas que viven con el VIH
véase también personas con discapacidad
véase también mujeres
plan de seguridad del agua, 113, 152
planificación, 5, 15, 62, 65, 73, 79, 81, 92, 95, 104, 107, 112, 122, 123, 134, 138, 165, 166, 173, 176, 177, 183, 202, 205, 206, 207, 214, 224, 231, 232, 257, 260, 276, 281, 285, 286, 288, 290, 291, 292, 294, 295, 296, 298, 302, 304, 305, 306, 309, 311, 321, 333, 356, 372, 421, 424
población afectada por desastres, ii, 5, 9, 10, 12, 15, 34, 37, 60, 61, 67, 68, 69, 72, 74, 81, 93, 97, 99, 106, 119, 131, 161, 167, 188, 200, 202, 205, 220, 221, 222, 227, 230, 232, 233, 239, 243, 278, 279, 283, 286, 287, 303, 304, 308, 310, 323, 331, 335, 338, 339, 346, 347, 352, 357, 373, 385
población desplazada *véase también* personas desplazadas, 274, 285, 289, 292
prácticas culturales, 48, 61, 235, 298, 312
prendas de vestir
véase también artículos no alimentarios
véase también comodidad térmica
preparación de alimentos, 112, 211, 227
preparación para desastres
primeros auxilios, 82, 241, 377, 378, 380, 382
principio de humanidad, 6, 23, 93, 161, 277, 331
principios de protección, iv, 1, 2, 6, 7, 22, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 56, 90, 92, 96, 120, 121, 123, 158, 160, 166, 167, 173, 222, 240, 242, 274, 276, 282, 328, 330, 334
véase también normas esenciales
véase también Carta Humanitaria
véase también normas mínimas
privacidad, 105, 288, 295, 296, 297, 298, 307, 338, 341
véase también alojamiento
véase también mujeres
Programa Ampliado de Inmunización
promoción de la higiene, iv, 1, 2, 4, 7, 90, 91, 92, 93, 94, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 112, 115, 116, 118, 119, 124, 140, 141, 152, 166, 186, 227, 291, 294, 307, 309, 356, 365
véase también abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene
propiedad
propiedad de la tierra *véase* propiedad
propietario véase propiedad
pruebas de laboratorio, 340, 363, 364, 383
puntos de recolección del agua, 138

véase también abastecimiento de agua, 94, 137, 356, 364

véase también agua potable, 93, 94, 115, 118, 129, 356

véase también contaminación

R

raciones de alimentos *véase* alimentos

reconstrucción, 75, 90, 151, 158, 274, 280, 285, 287, 288, 320, 409

redes sociales, 48, 60, 81, 200, 210, 235, 249, 295, 381

refugiados, vi, 17, 24, 25, 50, 51, 85, 95, 127, 162, 240, 324, 325, 364, 386, 404, 409, 412, 413, 418, 427

remuneración

rendición de cuentas, ii, iii, 4, 5, 8, 11, 13, 14, 57, 62, 63, 77, 78, 83, 204, 213, 221, 304, 427, 428

respuesta en casos de desastre, 4, 6, 15, 22, 97, 120, 122, 168, 200, 204, 283, 334, 335, 337, 341, 349, 375

retretes, 91, 92, 101, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 130, 137, 138, 143, 144, 145, 146, 148, 295

véase también contaminación

véase también abastecimiento de agua|suministro de agua

riboflavina, véase carencia de riboflavina

roedores, 127, 128, 129, 132, 134, 215

ropa

véase también artículos no alimentarios

véase también comodidad términca

ropa de cama, 126, 128, 274, 275, 276, 279, 289, 307, 311, 312, 322

véase también artículos no alimentarios

véase también comodidad térmica

ropa de protección, 131, 133, 136, 241

S

sales de rehidratación oral (SRO)

salud mental, 17, 19, 48, 51, 82, 83, 326, 329, 330, 352, 370, 373, 380, 381, 382, 397, 401, 409

salud pública, 95, 99, 100, 102, 103, 113, 115, 132, 158, 159, 160, 162, 175, 177, 187, 197, 198, 206, 207, 218, 251, 257, 258, 259, 309, 332, 333, 338, 339, 340, 346, 347, 353, 354, 383, 386, 387, 398

salud reproductiva, 182, 330, 351, 370, 371, 372, 397

saneamiento, iv, 1, 2, 4, 7, 13, 27, 65, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 110, 111, 114, 116, 119, 122, 138, 140, 141, 148, 151, 163, 166, 183, 186, 278, 282, 286, 291, 293, 294, 295, 321, 355, 356, 364, 382

véase también abastecimiento de agua,suministro de agua

sarampión, 97, 168, 176, 197, 198, 207, 251, 284, 335, 355, 358, 361, 363, 364, 365, 366, 367, 388, 389, 390, 391, 392

véase también vacunación

véase también Vitamin A

seguimiento, v, 5, 12, 15, 27, 43, 58, 76, 77, 78, 79, 87, 96, 102, 103, 104, 106, 112, 113, 115, 117, 148, 167, 175, 176, 177, 179, 180, 186, 189, 190, 194, 200, 203, 204, 208, 213, 216, 217, 219, 220, 221, 225, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 235, 239, 245, 257, 274, 283, 299, 302, 306, 310, 328, 334, 353, 360, 372, 384

véase también datos

véase también evaluación

seguridad, iv, 1, 2, 4, 6, 7, 13, 18, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 33, 35, 37, 38, 42, 43, 44, 66, 68, 71, 73, 74, 79, 82, 92, 93, 94, 97, 101, 105, 106, 113, 117, 118, 121, 123, 131, 135, 140, 144, 152, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 165, 166, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 177, 180, 182, 183, 186, 188, 189, 191, 193, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 217, 218, 219, 220, 221, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 232, 233, 234, 235, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 246, 247, 248, 250, 263, 264, 266, 267, 269, 277, 278, 279, 283, 284, 285, 287, 288, 289, 291, 294, 295, 296, 297, 298, 303, 304, 307, 308, 309, 310, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 322, 331, 332, 335, 338, 340, 341, 343, 347, 348, 350, 356, 364, 374, 380, 381, 382, 385, 387, 406, 408, 411, 412, 415, 422, 424, 425, 426

seguridad alimentaria, iv, 1, 2, 4, 7, 106, 152, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 165, 166, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 177, 180, 182, 183, 186, 188, 191, 193, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 210, 212, 213, 214, 215, 217, 220, 221, 226, 228, 229, 232, 233, 234, 235, 238, 239, 240, 242, 243, 244, 246, 247, 250, 263, 264, 266, 267, 269, 284, 291, 304, 307, 309, 310, 315, 332, 347, 356, 387

véase también evaluaciones de la seguridad alimentaria

selección, 74, 77, 87, 90, 92, 96, 106, 110, 125, 129, 131, 137, 138, 158, 160, 167, 169, 199, 203, 211, 220, 221, 222, 225, 229, 230,

232, 233, 269, 274, 283, 294, 296, 300, 313, 325, 334, 346, 362

semillas *véase también* alimentos|alimento, alimentos modificados genéticamente

sequía, 111, 245

servicios de laboratorio, 338, 340

servicios de salud, 48, 82, 125, 135, 136, 164, 166, 177, 183, 185, 187, 189, 191, 195, 198, 207, 229, 251, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 337, 338, 339, 341, 343, 344, 346, 347, 348, 350, 352, 353, 355, 358, 359, 360, 365, 367, 368, 370, 373, 374, 377, 380, 382, 383, 399

servicios de salud esenciales *véase también* servicios de salud

SIDA véase VIH y SIDA

sistemas de alerta temprana, 95, 166, 242, 282, 362

sistemas de distribución, 204, 221

sistema de información sobre salud, 347, 348, 349

suministros médicos, 330, 337, 345

suministros médicos

véase también medicamentos

véase también medicamentos esenciales

T

tasa bruta de mortalidad (TBM), 332, 353, 354, 386, 393, 429

véase también tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (TMM5)

tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (TMM5), 353, 354, 393, 429

véase también tasa bruta de mortalidad (TBM)

tasas de letalidad, 361, 364, 365, 394, 429

terremotos, 163, 287, 290, 333, 377

tétanos, 133, 136, 366, 372, 379, 390, 391, 392, 427

véase también DPT

tiamina, 198, 206, 261, 272

toma de decisiones, 15, 27, 65, 77, 95, 169, 175, 177, 348, 349, 398

tos ferina, 366, 367, 368, 369, 390, 392, 427

véase también DPT

trabajador humanitario, 7, 54, 56, 57, 58, 68, 70, 79, 80, 81, 82, 85, 96, 167, 283, 334, 372

trabajadores de salud, 183, 343, 344, 345, 360, 377, 379, 381

trabajadores de salud comunitarios, 183, 343, 344, 345, 360, 377, 379, 381

tratamiento del agua en el punto de consumo, 114

véase también abastecimiento de agua, 94, 137, 356, 364

triaje, 338, 358, 368, 369, 377, 378, 428

tuberculosis

véase también mosquiteros tratados con insecticida de larga duración

véase también paludismo

U

utensilios, 117, 226, 228, 276, 282, 313, 322

véase también cocinar, cocina

véase también hornos de cocina

utensilios para comer *véase también* cocina, utensilios

V

vacunación, 176, 251, 330, 355, 356, 364, 365, 366, 367, 369, 375

véase también inmunización

ventilación, 122, 130, 296, 297, 299, 300, 315, 356

VIH y SIDA, v, 12, 13, 16, 17, 70, 74, 86, 96, 97, 111, 112, 117, 123, 167, 168, 178, 181, 183, 184, 185, 188, 189, 191, 193, 194, 195, 196, 202, 205, 209, 223, 228, 241, 244, 251, 255, 260, 263, 271, 283, 284, 330, 335, 342, 370, 372, 374, 375, 376, 388, 389, 391, 397, 429

véase también personas que viven con el VIH

violación, 34, 36, 37, 39, 40, 41, 43, 45, 47, 65, 75, 79, 179, 180, 350, 371, 408

violencia de género, 35, 44, 45, 47, 50

Vitamina A, 176, 182, 184, 191, 197, 198, 206, 251, 258, 365, 366

Vitamina C, 198, 261

Vitamina D, 209, 261

vivienda *véase* alojamiento

Z

zonas de cuarentena, 294

Visite el sitio del Proyecto Esfera

www.sphereproject.org

Para adquirir el Manual del Proyecto Esfera visite:

www.practicalactionpublishing.org/sphere

Carta Humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria

El derecho a vivir con dignidad

El Proyecto Esfera es una iniciativa destinada a establecer y promover normas a las que se atiene la comunidad internacional en sus respuestas para aliviar la difícil situación de las personas afectadas por situaciones de desastre.

Con este Manual, Esfera se esfuerza por lograr un mundo en el que se reconozca a todas las personas afectadas por un desastre el derecho a recuperar su vida anterior y sus medios de subsistencia, y se obre en consecuencia de manera que se respete su voz y se proteja su dignidad y su seguridad.

Este Manual contiene:

- una Carta Humanitaria que recoge los principios jurídicos y morales que reflejan los derechos de las poblaciones afectadas por desastres;
- principios de protección;
- normas esenciales y normas mínimas relativas a cuatro sectores humanitarios clave para preservar la vida: abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de medidas de higiene; seguridad alimentaria y nutrición; alojamiento, asentamientos humanos y artículos no alimentarios; y acción de salud. Dichas normas describen **los objetivos que se desea lograr en una respuesta humanitaria para que las poblaciones afectadas puedan sobrevivir y recobrar una vida en condiciones estables y con dignidad.**

Muchas organizaciones y particulares han apoyado la elaboración del Manual de Esfera, por lo que ofrece al sector humanitario **un lenguaje común para poder trabajar juntos con el fin de alcanzar la calidad y la rendición de cuentas necesarias en situaciones de desastre y de conflicto armado.**

El Manual de Esfera cuenta con una serie de «normas complementarias», que amplían su alcance a fin de satisfacer las necesidades que se han generado dentro del sector humanitario.

El Proyecto Esfera fue emprendido en 1997 por varias organizaciones no gubernamentales humanitarias y el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.

ISBN 978-1-908176-02-8

9 781908 176028