El Manual Esfera

Carta Humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria

Sphere

Edición 2018

El Manual Esfera

Carta Humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria

¿QUÉ ES ESFERA?

LA CARTA HUMANITARIA

PRINCIPIOS DE PROTECCIÓN

NORMA HUMANITARIA ESENCIAL

ABASTECIMIENTO DE AGUA, SANEAMIENTO Y PROMOCIÓN DE LA HIGIENE (WASH)

SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIÓN

ALOJAMIENTO Y ASENTAMIENTO

SALUD

Asociación Esfera
rue de Varembé 3
1202 Ginebra, Suiza
Correo electrónico: info@spherestandards.org
Sitio de internet: www.spherestandards.org

Primera edición 2000
Segunda edición 2004
Tercera edición 2011
Cuarta edición 2018

Copyright © Asociación Esfera, 2018
Derechos de autor de la Norma Humanitaria Esencial sobre Calidad y Rendición de cuentas © CHS Alliance, Asociación Esfera y Groupe URD, 2018

Reservados todos los derechos. Este material está amparado por el derecho de autor, pero puede ser reproducido sin abonar derechos, siempre y cuando sea con fines educativos, de investigación o en actividades de un programa y se reconozca la autoría. No está destinado a reventa. Para la reproducción con otros fines, la publicación en línea, el uso en otras publicaciones o para su traducción o adaptación debe obtenerse un permiso previo por escrito enviando un correo electrónico a info@spherestandards.org.

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).

ISBN 978-1-908176-424 PBK
ISBN 978-1-908176-622 EPUB
ISBN 978-1-908176-721 PDF

Citas bibliográficas: Asociación Esfera. *Manual Esfera: Carta Humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria*, cuarta edición, Ginebra, Suiza, 2018.
www.spherestandards.org/handbook

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 Esfera. El objetivo del Manual es mejorar la calidad de las respuestas humanitarias en situaciones de desastre o de conflicto y 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. En 2016, el Proyecto Esfera se registró con el nombre de Asociación Esfera.

Distribuido en nombre de la Asociación Esfera por Practical Action Publishing y sus agentes y representantes en todo el mundo. Practical Action Publishing (Registro Mercantil del Reino Unido núm. 1159018) es una editorial de propiedad exclusiva de Practical Action y su actividad está restringida a los objetivos filantrópicos de la sociedad matriz.

Practical Action Publishing, 27a Albert Street, Rugby, CV21 2SG, Reino Unido
Tel. +44 (0) 1926 634501; Fax +44 (0)1926 634502
Sitio de internet: https://developmentbookshop.com/sphere

Diseñado por: Non-linear Design Studio, Milán, Italia
Traducción española: CPSL (info@cpsl.com)
Impreso en: Shortrun Press Ltd, Reino Unido.
Typeset by vPrompt eServices, India

Índice

Prólogo v
Agradecimientos vii
¿Qué es Esfera? 1
La Carta Humanitaria 31
Principios de Protección 37
Norma Humanitaria Esencial 55
Abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene (WASH) 101
Seguridad alimentaria y nutrición 177
Alojamiento y asentamiento 265
Salud 321
Anexos
Anexo 1: Fundamentos jurídicos de Esfera 412
Anexo 2: El Código de Conducta 425
Anexo 3: Abreviaciones y acrónimos 435
Índice 439

Prólogo

Con la publicación de esta cuarta edición, el Manual Esfera celebra su vigésimo aniversario. Es resultado de varios años de una intensa movilización de actores humanitarios de todo el mundo y refleja dos décadas de experiencia en el uso de las normas en operaciones de primera línea y el desarrollo e incidencia de políticas para defender la calidad y la rendición de cuentas basada en principios.

Gracias a su marco claro y basado en derechos, el Manual se sustenta en los fundamentos jurídicos y éticos del humanitarismo con orientaciones prácticas, buenas prácticas de ámbito mundial y recopilación de evidencias para asistir al personal humanitario donde quiera que trabaje.

Esfera ocupa un lugar único en el sector y en el panorama humanitario en constante cambio. Esta edición se basa claramente en los compromisos internacionales asumidos en la primera Cumbre Humanitaria Mundial, celebrada en 2016, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y otras iniciativas globales.

Sin embargo, incluso con la evolución del panorama político, sabemos que las necesidades de supervivencia inmediata de las personas afectadas por crisis siguen siendo básicamente las mismas donde quiera que se produzca una crisis. Esfera apoya y contribuye a los procesos políticos a nivel mundial y local al recordar la necesidad fundamental de prestar una asistencia responsable para ayudar a la población a sobrevivir, recuperarse y reconstruir su vida con dignidad.

La fuerza y el alcance global de Esfera residen en el hecho de que pertenece a todas las personas. Este sentido de responsabilidad se renueva cada cierto número de años, cuando los propios usuarios examinan y revisan las normas. En ese momento reafirmamos colectivamente nuestros compromisos y acordamos mejorar acciones para asegurarnos de que los profesionales cuenten con la mejor información disponible donde quiera que trabajen. Esto hace de Esfera una referencia básica y nos recuerda la importancia fundamental de la dignidad humana y del derecho de las personas a participar plenamente en las decisiones que las afectan.

Esfera es uno de los fundamentos de la labor humanitaria. Es el punto de partida para nuevos actores humanitarios y una referencia permanente para el personal experimentado, pues ofrece orientaciones sobre acciones prioritarias y sobre dónde encontrar información técnica más detallada. Nuestros socios en la formulación de normas nos prestan aún más ayuda en sectores específicos situados fuera del ámbito de Esfera para ayudar a que las personas se recuperen y prosperen.

Esta edición cuenta con las aportaciones de miles de personas que trabajan en más de 450 organizaciones en al menos 65 países repartidos por todo el mundo.

El alcance global refleja experiencias procedentes de distintos contextos, retos extraordinarios y diferentes tipos de actores. Estas normas no existirían sin el compromiso inquebrantable de tantas personas como usted. Nuestro sector le agradece las contribuciones que ha realizado durante la revisión y, de hecho, a lo largo de los últimos veinte años.

Esperamos poder continuar esta importante labor y aprender juntos a medida que utilice este Manual.

Martin McCann

Presidente del Consejo de Administración de Esfera

Christine Knudsen

Directora Ejecutiva

Agradecimientos

Esta edición del Manual Esfera es resultado del proceso de consulta más diverso y amplio en la historia de Esfera. Se recibieron casi 4.500 comentarios en línea de 190 organizaciones y más de 1.400 personas participaron en 60 eventos presenciales organizados por socios de 40 países. Esfera desea agradecer la magnitud y amplitud de las aportaciones efectuadas, entre otros, por ONG nacionales, locales e internacionales, autoridades y ministerios nacionales, sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, universidades, organizaciones de las Naciones Unidas y diversos profesionales humanitarios.

El proceso de revisión fue coordinado por la oficina de Esfera. Los distintos capítulos fueron redactados por líderes con la ayuda intersectorial de personas expertas en determinados temas y especialistas del sector humanitario. La mayoría de autores y expertos temáticos fueron propuestos por sus organizaciones y dedicaron su tiempo y esfuerzo como contribución en especie al sector.

Se crearon grupos de redacción y referencia para prestar apoyo a autores y expertos temáticos en su labor. Esfera agradece la valiosa contribución de todas estas personas a lo largo de 2017 y 2018. Una lista completa de todas las personas que componen los grupos de trabajo y referencia puede consultarse en el sitio web de Esfera: spherestandards.org. Los principales autores y expertos se indican más adelante.

El capítulo Alojamiento y asentamiento está dedicado a la memoria de **Graham Saunders**, autor de este capítulo en las ediciones de 2004 y 2011 y asesor durante el desarrollo inicial de la edición de 2018.

Graham fue un humanitario auténtico y paladín del sector de alojamiento. Su visión, liderazgo e infinita energía fue crucial para que las cuestiones relacionadas con el alojamiento humanitario ocuparan el centro de atención y para dar forma a este ámbito para futuras generaciones de profesionales de este sector. Siempre se esforzó por mejorar nuestras prácticas y por profesionalizar el sector. Fue un pionero, profesional y amigo al que echaremos mucho de menos.

Capítulos esenciales

- **Carta Humanitaria y anexo 1:** Dra. Mary Picard
- **Principios de Protección:** Simon Russell (Grupo de trabajo temático sobre la protección) y Kate Sutton (Grupo Consultivo sobre Cuestiones Humanitarias)
- **Norma Humanitaria Esencial:** Takeshi Komino (CWSA Japón) y Sawako Matsuo (JANIC)

Capítulos técnicos

- **Agua, saneamiento y promoción de la higiene:** Kit Dyer (NCA) y Jenny Lamb (Oxfam GB)
- **Seguridad alimentaria:** Daniel Wang'ang'a (WVI)
- **Nutrición:** Paul Wasike (Save the Children USA)
- **Alojamiento y asentamiento:** Seki Hirano (CRS) y Ela Serdaroglu (FICR)
- **Salud:** Dra. Durgavasini Devanath (FICR), Dra. Julie Hall (FICR), Dra. Judith Harvie (International Medical Corps), Dra. Unni Krishnan (Save the Children Australia), Dra. Eba Pasha (Independiente)

Vulnerabilidades, capacidades y contextos operacionales

- **Menores y protección de la infancia:** Susan Wisniewski (Terre des Hommes)
- **Personas mayores:** Irene van Horssen y Phil Hand (HelpAge)
- **Cuestiones de género:** Mireia Cano (GenCap)
- **Violencia de género:** Jeanne Ward (independiente)
- **Personas con discapacidad:** Ricardo Pla Cordero (Humanity and Inclusion)
- **Personas que viven con el VIH:** Alice Fay (ACNUR)
- **Salud mental y apoyo psicosocial:** Mark van Ommeren (OMS), Peter Ventevogel (ACNUR)
- **Crisis prolongadas:** Sara Sekkenes (PNUD)
- **Asentamientos urbanos:** Pamela Sitko (WVI)
- **Coordinación civil-militar:** Jennifer Jalovec y Mark Herrick (WVI)
- **Medio ambiente:** Amanda George y Thomas Palo (Cruz Roja de Suecia)
- **Reducción del riesgo de desastres:** Glenn Dolcemascolo y Muthoni Njogu (UNISDR)
- **Asistencia basada en el uso de dinero en efectivo y mercados:** Isabelle Pelly (CaLP)
- **Gestión de cadenas de suministro y logística:** George Fenton (Humanitarian Logistics Association)
- **Seguimiento, evaluación, rendición de cuentas y aprendizaje:** Joanna Olsen (CRS)

Consejo de Administración de Esfera *(mayo de 2018)*

Action by Churches Together (ACT) Alliance (Alwynn Javier)*, Aktion Deutschland Hilft (ADH) (Karin Settele)*, CARE International (Phillipe Guiton)*, CARITAS Internationalis (Jan Weuts)*, Humanitarian Response Network, Canada (Ramzi Saliba)*, InterAction (Julien Schopp)*, The International Council of Voluntary Agencies (ICVA) (Ignacio Packer)*, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC) (David Fisher)*, International Medical Corps (IMC) (Mary Pack)*, The Lutheran World Federation (LWF) (Roland Schlott)*, Office Africain pour le développement et la coopération (OFADEC) (Mamadou Ndiaje)*, Oxfam International - Intermón (Maria Chalaux Freixa)*, Plan International (Colin Rogers)*,

RedR International (Martin McCann)*, Save the Children (Maxime Vieille, Unni Krishnan)*, Sphere India (Vikrant Mahajan)*, The Salvation Army (Damaris Frick)*, World Vision International (WVI) (Isabel Gomes).

Queremos también dar las gracias a algunas personas del Consejo de Administración que iniciaron y guiaron la revisión, y posteriormente dejaron de formar parte del mismo. Sarah Kambarami (ACT Alliance) * Anna Garvander (Iglesia de Suecia/LWF) * Nan Buzard (ICVA) * Barbara Mineo (Oxfam International – Intermón) * Maxime Vieille (Save the Children).

Donantes

Aparte de las contribuciones de las organizaciones del Consejo de Administración antes mencionadas, las siguientes organizaciones hicieron aportaciones para financiar la revisión del Manual:

Organismo Danés de Desarrollo Internacional (DANIDA)*, Ministerio de Asuntos Extranjeros de Alemania*, Ayuda Irlandesa*, Gobierno de Australia - Departamento de Relaciones Exteriores y Comercio (DFAT)*, Oficina de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea (ECHO) a través de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (FICR)*, Oficina de Asistencia para Desastres en el Extranjero de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (OFDA)*, Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (ASDI)*, Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación (COSUDE)*, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)*, Oficina de Población, Refugiados y Migración del Departamento de Estado de los Estados Unidos (US-PRM).

Equipo de revisión del Manual

Christine Knudsen, Directora Ejecutiva (Esfera)
Aninia Nadig, Directora de Incidencia y Establecimiento de contactos (Esfera)
Editores: Traductores sin Fronteras (Kate Murphy and y Ansari)
Coordinadores de la revisión: Lynnette Larsen y Miro Modrusan

Con el apoyo del personal de Esfera:
Tristan Hale, Director de Aprendizaje y Formación
Wassila Mansouri, Establecimiento de contactos y Divulgación
Juan Michel, Director de Comunicaciones hasta septiembre de 2017
Barbara Sartore, Directora de Comunicaciones a partir de octubre de 2017
Loredana Serban, Directora de Administración y Finanzas
Kristen Pantano y Caroline Tinka, becarios
Asistencia para consultas en línea: Markus Forsberg (PHAP)
Diseño del Manual: Non-linear (www.non-linear.com)
Apoyo y consejos para la traducción española: Ana Urgoiti y Tulio Mateo
Edición de originales, maquetación y producción: Practical Action Publishing (www.practicalactionpublishing.org)

Un agradecimiento especial por el apoyo brindado durante el proceso de revisión a James Darcy, Malcolm Johnston, Hisham Khogali, Ben Mountfield, Dra. Alice Obrecht, Ysabeau Rycx, Panu Saaristo, Manisha Thomas y Marilise Turnbull.

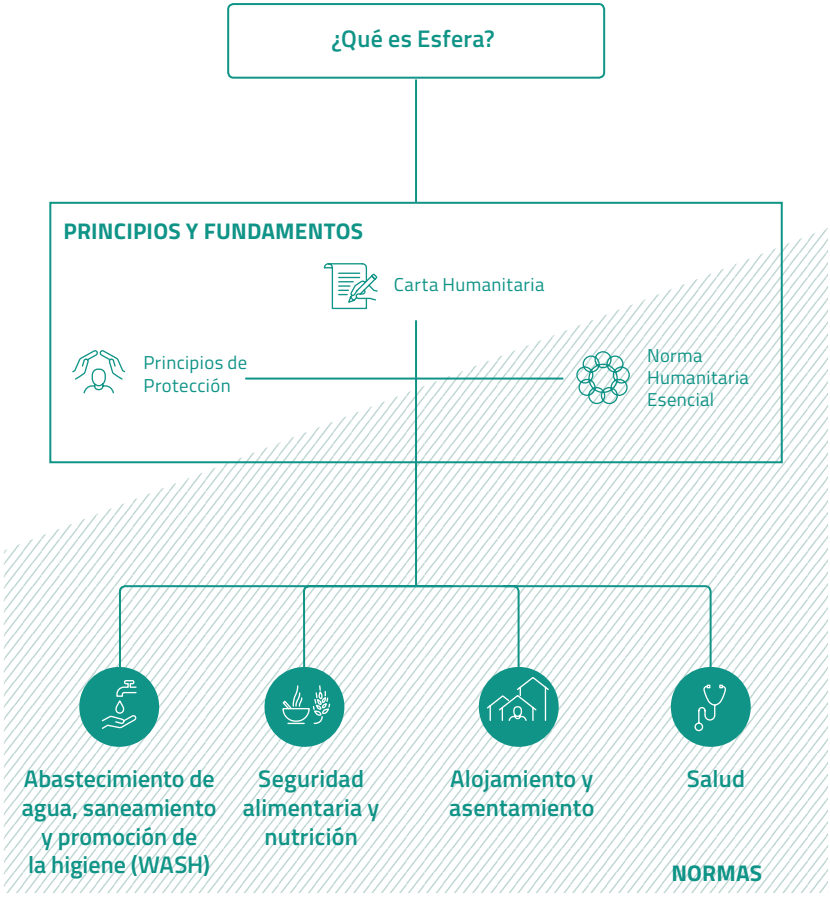
Puntos focales de Esfera que organizaron las consultas de revisión presenciales

ADRA Argentina (Consulta regional con las organizaciones de ADRA en Sudamérica)
Órgano de Coordinación Institucional para el Socorro del Afganistán (Afganistán)
Alianza de promotores de Esfera en Filipinas (ASAP)
Amity Foundation (miembro del Grupo de trabajo sobre normas de beneficencia, Punto focal para China)
BIFERD (República Democrática del Congo)
Community World Service Asia (Tailandia y Pakistán)
Daniel Arteaga Galarza* Asesor del *Sistema Nacional Decentralizado de Gestión de Riesgos* (Ecuador)
Dr. Oliver Hoffmann* del Punto focal de Esfera para Alemania
Grupo Esfera Bolivia
Grupo Esfera El Salvador
Grupo Esfera Honduras
Illiassou Adamou* del subgrupo de Protección infantil (Níger)
Sociedad Indonesia para la Gestión de Desastres (MPBI)
Institut Bioforce (Francia)
InterAction (Estados Unidos)
Grupo de trabajo sobre rendición de cuentas entre organismos (Etiopía)
Consejo de ONG coreanas para la cooperación al desarrollo en el extranjero (República de Corea)
Comunidad Esfera de Bangladesh (SCB)
Esfera India
Foro de ONG de Ucrania
PNUD Chile

*Puntos focales individuales

¿Qué es Esfera?

El Manual



ANEXO 1 Fundamentos jurídicos de Esfera
ANEXO 2 El Código de Conducta
ANEXO 3 Abreviaciones y acrónimos

Índice

¿Qué es Esfera? 4
1. El Manual 4
Cuatro capítulos esenciales y cuatro capítulos técnicos 5
Las normas mínimas promueven un enfoque coherente 6
La estructura de las normas 6
Trabajar con los indicadores clave 7
Relación con otras normas 8
2. Uso contextualizado de las normas 8
Las normas se aplican durante todo el ciclo del programa 9
Evaluación y análisis 9
Desarrollo de la estrategia y diseño del programa 9
Implementación 12
Seguimiento, evaluación, rendición de cuentas y aprendizaje 12
Entender las vulnerabilidades y las capacidades 12
Desglose de datos 13
Menores 13
Personas mayores 14
Género 14
Violencia de género 15
Personas con discapacidad 15
Personas que viven con el VIH 16
Personas LGBTQI 16
Salud mental y apoyo psicosocial 16
Entender el contexto operativo 17
Apoyar a los actores nacionales y locales 18
Crisis prolongadas 18
Contextos urbanos 19
Asentamientos comunitarios 20
Contextos con fuerzas militares nacionales o internacionales 20
El impacto ambiental en la respuesta humanitaria 21
Apéndice: Prestación de asistencia a través de los mercados 22
Referencias y lecturas complementarias 30

¿Qué es Esfera?

El Proyecto Esfera, conocido ahora como Esfera, fue creado en 1997 por un grupo de organizaciones no gubernamentales humanitarias y el Movimiento de la Cruz Roja y la Media Luna Roja con el fin de mejorar la calidad de las respuestas humanitarias y de que las organizaciones rindan cuentas por sus acciones. La filosofía Esfera se basa en dos convicciones esenciales:

- Las personas afectadas por un desastre o un conflicto tienen derecho a vivir con dignidad y, por lo tanto, a recibir asistencia, y
- Se deben tomar todas las medidas posibles para aliviar el sufrimiento humano ocasionado por los desastres o los conflictos.

La Carta Humanitaria y las normas mínimas son la manifestación práctica de estas convicciones esenciales. Los Principios de Protección fundamentan toda la acción humanitaria y la Norma Humanitaria Esencial contiene una serie de compromisos que respaldan la rendición de cuentas en todos los sectores. Todos estos elementos conforman el Manual Esfera, que se ha convertido en uno de los recursos humanitarios más consultados a escala mundial.

1. El Manual

Los usuarios principales del Manual Esfera son profesionales que trabajan en la planificación, la gestión o la ejecución de una respuesta humanitaria, entre ellos el personal y los voluntarios de organizaciones humanitarias locales, nacionales e internacionales, así como las propias personas afectadas, que responden a una situación de crisis. El Manual se utiliza también para la incidencia humanitaria con el fin de mejorar la calidad y la rendición de cuentas de la asistencia y la protección en consonancia con los principios humanitarios. Cada vez es más utilizado por gobiernos, donantes, militares o el sector privado para guiar sus propias acciones y poder trabajar constructivamente con las organizaciones humanitarias que aplican las normas.

En 1998 se publicó la primera edición preliminar del Manual, seguida de ediciones revisadas en los años 2000, 2004, 2011 y ahora, en 2018. Todos los procesos de revisión se han basado en consultas sectoriales con individuos, organizaciones no gubernamentales, gobiernos y agencias de las Naciones Unidas. Las normas y la orientación resultantes se basan en evidencias y reflejan 20 años de pruebas sobre el terreno de la mano de profesionales de todo el mundo.

Esta cuarta edición conmemora el vigésimo aniversario del Manual Esfera y refleja los cambios que se han ido produciendo en el sector humanitario a lo largo del tiempo. Incluye orientaciones nuevas para trabajar en contextos urbanos, para abordar unas normas mínimas en crisis prolongadas y para prestar asistencia a través de los mercados como una vía para cumplir las normas. Todos los capítulos técnicos han sido actualizados con el objeto de reflejar las prácticas

actuales y las antiguas normas esenciales han sido reemplazadas por la Norma Humanitaria Esencial.

Cuatro capítulos esenciales y cuatro capítulos técnicos

El Manual refleja el compromiso de Esfera con una respuesta humanitaria basada en principios y derechos. Se basa en el respeto fundamental del derecho de las personas a participar plenamente en las decisiones que afectan su recuperación.

Los cuatro capítulos esenciales describen la base ética, jurídica y práctica para la respuesta humanitaria. Abarcan todos los sectores técnicos y programas. Describen compromisos y procesos para garantizar una respuesta humanitaria de alta calidad y alientan a los equipos de respuesta a que rindan cuentas ante las personas afectadas por sus acciones. Estos capítulos le ayudarán a aplicar las normas mínimas con mayor eficacia en cualquier contexto. La lectura de un capítulo técnico sin leer también los capítulos esenciales conlleva el riesgo de perderse elementos clave de las normas. Los capítulos esenciales son:

¿Qué es Esfera? (este capítulo): describe la estructura del Manual, su uso y los principios subyacentes y, lo que es más importante, ilustra cómo usar el Manual en la práctica.

La Carta Humanitaria: es la piedra angular del Manual Esfera, expresa la convicción común de los actores humanitarios de que todas las personas afectadas por una crisis tienen derecho a recibir protección y asistencia. Este derecho garantiza las condiciones básicas para vivir con dignidad. La Carta proporciona el fundamento ético y jurídico de los Principios de Protección, la Norma Humanitaria Esencial y las normas mínimas. Se basa 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 (ONG) de 1994, que sigue siendo un componente integral del Manual Esfera ⊕ *véase el anexo 2*.

En el ⊕ *anexo 1* se ofrece un listado de documentos clave que constituyen el fundamento jurídico de la Carta Humanitaria.

Principios de Protección: una traducción práctica de los principios jurídicos y los derechos recogidos en la Carta Humanitaria en cuatro principios que fundamentan toda la respuesta humanitaria.

La Norma Humanitaria Esencial: nueve compromisos que describen una serie de procesos esenciales y responsabilidades de las organizaciones para promover la calidad y la rendición de cuentas en el logro de las normas mínimas.

Los cuatro capítulos técnicos incluyen normas mínimas en sectores clave para la respuesta:

- Abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene (WASH)
- Seguridad alimentaria y nutrición
- Alojamiento y asentamiento
- Salud

Código de Conducta - 10 principios básicos

1. Lo primero es el deber humanitario.
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.
3. La ayuda no se utilizará para favorecer una determinada opinión política o religiosa.
4. Nos empeñaremos en no actuar como instrumentos de política exterior gubernamental.
5. Respetaremos la cultura y las costumbres locales.
6. Trataremos de fomentar la capacidad para hacer frente a catástrofes utilizando las aptitudes y los medios disponibles a nivel local.
7. Se buscará la forma de hacer participar a los beneficiarios de programas en la administración de la ayuda de socorro.
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.
9. Somos responsables ante aquellos a quienes tratamos de ayudar y ante las personas o las instituciones de las que aceptamos recursos.
10. En nuestras actividades de información, publicidad y propaganda, reconoceremos a las víctimas de los desastres como seres humanos dignos y no como objetos que inspiran compasión.

El 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 de respuesta a desastres para consultar el texto completo, ⊕ véase anexo 2

En la práctica, las necesidades humanitarias no se inscriben claramente en sectores específicos. Una respuesta humanitaria eficaz debe abordar las necesidades de las personas de forma holística y los sectores deben coordinarse y colaborar entre sí para que así sea. En el contexto de las crisis prolongadas, esto puede extenderse más allá de la respuesta humanitaria, siendo necesario trabajar conjuntamente con los actores de desarrollo. El Manual contiene referencias cruzadas para ayudar a establecer estas relaciones. Las personas que lo usen deberían familiarizarse con todos los capítulos en aras de una respuesta holística.

Las normas mínimas promueven un enfoque coherente

Las normas se fundamentan en evidencias disponibles y en la experiencia humanitaria. Representan las mejores prácticas basadas en un amplio consenso. Reflejan derechos humanos inalienables, por lo que son de aplicación universal.

No obstante, para aplicar las normas de forma eficaz, debe conocerse el contexto en el que tiene lugar la respuesta y hacer un seguimiento y un análisis del mismo.

La estructura de las normas

Las normas comparten una estructura común para ayudar a quien las use a comprender la declaración universal, seguida de una serie de acciones e indicadores clave, y notas de orientación para cumplirlas.

- **Las normas** parten del principio del derecho a vivir con dignidad. Son generales y de carácter cualitativo, y establecen los niveles mínimos que deben alcanzarse

en cualquier crisis. Sus equivalentes en la Norma Humanitaria Esencial (CHS, por sus siglas en inglés) son los "Compromisos" y los "criterios de calidad".

- Las **acciones clave** describen medidas prácticas para cumplir con la norma mínima. Son sugerencias y pueden no ser aplicables en todos los contextos. Se deberá seleccionar la más pertinente para cada situación.
- Los **indicadores clave** sirven de señal para medir si se han cumplido las normas. Ofrecen una forma de capturar los procesos y los resultados de los programas en comparación con la norma y durante el ciclo de vida de la respuesta. Los requisitos cuantitativos mínimos son el mínimo nivel aceptable de logro de los indicadores y únicamente se incluyen cuando existe consenso sectorial sobre los mismos.
- Las **notas de orientación** aportan información adicional para respaldar las acciones clave, con referencias cruzadas a los Principios de Protección, la Norma Humanitaria Esencial y otras normas incluidas en el Manual. También se ofrecen referencias cruzadas a otras normas de la Cooperación de Normas Humanitarias (Humanitarian Standards Partnership).

Trabajar con los indicadores clave

Los indicadores clave de las normas mínimas de Esfera son una forma de medir si se cumple la norma; no deben confundirse con la propia norma. La norma es universal, pero los indicadores clave, al igual que las acciones clave, pueden tener que adaptarse a cada contexto y fase de la respuesta. Existen tres tipos de indicadores de Esfera:

- **Los indicadores de proceso** comprueban si se ha cumplido un requisito mínimo. Por ejemplo: se utilizan protocolos estandarizados para analizar la seguridad alimentaria, los medios de vida y las estrategias de afrontamiento ⊕ *véase Seguridad alimentaria y nutrición - Evaluación - Norma 1.1: Evaluación de la seguridad alimentaria*.
- Los **indicadores de progreso** ofrecen la unidad de medida que debe utilizarse para determinar la línea de base, marcar un objetivo (con los socios y las partes interesadas) y para hacer un seguimiento con el fin de avanzar hacia el pleno cumplimiento de la norma. Por ejemplo: porcentaje de hogares que se observa que almacenan el agua de forma segura en recipientes limpios y cubiertos en todo momento ⊕ *véase Abastecimiento de agua - Norma 2.2: Calidad del agua*. Si bien el objetivo óptimo es el 100%, el personal humanitario debe asociar el indicador con la realidad sobre el terreno, haciendo un seguimiento de las mejoras con respecto a la línea de base y del progreso con respecto al objetivo acordado a lo largo del tiempo.
- Los **indicadores de objetivo** son objetivos específicos y cuantificables que representan el nivel mínimo cuantificable por debajo del cual se incumple la norma. Estos objetivos deben alcanzarse lo antes posible, pues incumplimiento comprometerá todo el programa. Por ejemplo: porcentaje de menores de entre 6 meses y 15 años que han sido vacunados contra el sarampión. El objetivo es el 95% ⊕ *véase Atención esencial de salud: salud infantil - Norma 2.2.1: Enfermedades infantiles que pueden prevenirse mediante vacunación*.

Relación con otras normas

El Manual Esfera no cubre todos los aspectos de la asistencia humanitaria que respaldan el derecho a vivir con dignidad. Las organizaciones asociadas han desarrollado normas complementarias en varios sectores, basadas en la misma filosofía y los mismos compromisos que Esfera y a las que se puede acceder a través de Esfera, la Cooperación de Normas Humanitarias y sus propios sitios web.

- Directrices y normas de emergencia para el sector ganadero (LEGS): Proyecto LEGS
- Normas mínimas para la protección infantil en la acción humanitaria (CPMS): Alianza para la protección de la infancia en la acción humanitaria
- Normas mínimas para la educación: preparación, respuesta, recuperación: Red Interinstitucional para la Educación en Situaciones de Emergencia (INEE)
- Normas mínimas para la recuperación económica (MERS): Red de Educación y Promoción de la Pequeña Empresa (SEEP)
- Normas mínimas para el análisis de mercados (MISMA): Cash Learning Partnership (CaLP)
- Normas humanitarias de inclusión para personas mayores y personas con discapacidad: Age and Disability Consortium

2. Uso contextualizado de las normas

Las respuestas humanitarias se producen en contextos muy diversos. El modo en que se pueden aplicar las normas mínimas en el contexto operativo para respaldar el derecho a vivir con dignidad se verá afectado por varios factores, entre ellos:

- el contexto en el que se vaya a ejecutar la respuesta humanitaria;
- las diferencias entre las poblaciones y la diversidad entre las personas;
- las realidades operacionales y logísticas que afectarán qué tipo de respuesta humanitaria se ejecuta y cómo
- las líneas de base y los indicadores precisos en los distintos contextos, entre ellos, la definición de los términos clave y el establecimiento de objetivos.

En la respuesta influirán la cultura, el idioma, la capacidad de los equipos de respuesta, la seguridad, el acceso, las condiciones ambientales y los recursos. Es importante, asimismo, anticiparse a cualquier posible efecto negativo de la respuesta y actuar para limitarlo ⊕ *véanse los Principios de Protección 1 y 2* y *el Compromiso 3 de la Norma Humanitaria Esencial*.

El Manual Esfera es un código voluntario para la calidad y rendición de cuentas, concebido para alentar el mayor uso y apropiación posibles de las normas. No es una guía sobre el "cómo" sino una descripción de qué mínimos deben existir para que las personas sobrevivan y se recuperen de las crisis con dignidad.

El cumplimiento de las normas Esfera no supone la ejecución de todas las acciones clave o el cumplimiento de todos los indicadores clave de todas las normas. La medida en que las organizaciones puedan cumplir las normas dependerá de una serie de factores, algunos de los cuales escapan de su control. El acceso a la población afectada o la inseguridad política o económica pueden hacer que resulte imposible cumplir las normas en algunos contextos.

En los casos en que los requisitos mínimos excedan las condiciones de vida de la comunidad de acogida, habrá que considerar la manera de reducir la tensión potencial, por ejemplo, ofreciendo servicios de base comunitaria. En algunas situaciones, las autoridades nacionales pueden establecer requisitos mínimos más elevados que las normas mínimas de Esfera.

Las normas Esfera son una manifestación de los derechos fundamentales relacionados con una vida digna y se mantienen constantes. Los indicadores y los requisitos mínimos pueden precisar adaptaciones para tener sentido en el contexto. Cuando no se cumplan las normas, debe analizarse cuidadosamente cualquier propuesta encaminada a reducir los requisitos mínimos. Acordar todos los cambios conjuntamente e informar ampliamente sobre la falta de progreso real con respecto a los requisitos mínimos. Por otra parte, las organizaciones humanitarias deben evaluar el impacto negativo sobre la población derivado del incumplimiento de una norma y adoptar medidas para minimizar los daños. Utilizar esta laguna en la respuesta en las actividades de promoción y procurar alcanzar los indicadores lo antes posible.

Las normas se aplican durante todo el ciclo del programa

Las normas Esfera deberían utilizarse durante todo el ciclo del programa, desde la evaluación y el análisis iniciales hasta la evaluación y el aprendizaje pasando por el desarrollo de la estrategia, la planificación y el diseño del programa, la ejecución y el seguimiento.

Evaluación y análisis

Las normas mínimas de Esfera ofrecen una base para la evaluación y el análisis de las necesidades en cada sector, con listas de verificación para la evaluación disponibles en cada capítulo. Al inicio de una crisis, las normas Esfera ayudan a identificar las necesidades inmediatas y a priorizar las actividades que abordarán estas necesidades, señalando globalmente las previsiones y los niveles mínimos de asistencia. Ayudan a formular los resultados mínimos de la respuesta. Por lo tanto, las normas también sirven para mejorar la coordinación entre organizaciones y sectores.

Desarrollo de la estrategia y diseño del programa

La Norma Humanitaria Esencial y las normas mínimas respaldan la planificación de las respuestas para prestar la asistencia humanitaria adecuada en el momento adecuado a las personas más necesitadas. La plena participación de la población

afectada y la coordinación con las autoridades nacionales y locales son esenciales para lograr tal fin en todos los sectores.

Las acciones clave y los indicadores proporcionan un marco para identificar las prioridades, determinar las previsiones de la planificación y coordinar entre los distintos sectores. Esto ayuda a garantizar que las respuestas sectoriales se refuercen entre sí y respalden la capacidad de la población para cubrir sus necesidades. Las acciones clave y los indicadores describen la calidad de la asistencia que debe alcanzarse. Además, sirven de base para la realización de un análisis de la respuesta que identifique la mejor manera de cubrir las necesidades identificadas y de reducir al mínimo los efectos secundarios potencialmente dañinos.

La planificación del programa suele incluir el análisis de varias opciones de respuesta, como la facilitación de bienes en especie, la asistencia basada en el uso de dinero en efectivo, la prestación directa de servicios, la asistencia técnica o una combinación de estas opciones. La combinación específica de las opciones de respuesta seleccionadas suele variar a lo largo del tiempo. Las normas mínimas se centran en lo que debe hacerse en lugar de en la forma en que debe prestarse la asistencia.

La asistencia basada en el uso de dinero en efectivo, una forma de programación basada en el mercado, cada vez se utiliza más para cubrir las necesidades humanitarias. Se han incluido consideraciones relativas a la utilización de asistencia basada en el uso de dinero en efectivo a lo largo de todo el Manual, en todos los capítulos. La asistencia basada en el uso de dinero en efectivo puede utilizarse para cubrir necesidades multisectoriales y necesidades sectoriales, así como para abordar las prácticas discriminatorias que restringen el acceso de las mujeres a la gestión de los activos y la toma de decisiones. Las subvenciones multiusos pueden ser una forma eficaz de prestar asistencia y cumplir las normas en los distintos sectores. Toda asistencia basada en el uso de dinero en efectivo debe fundamentarse en un análisis multisectorial de las necesidades, la dinámica del contexto y la funcionalidad del mercado, y en una evaluación de viabilidad.

No todos los sectores están bien adaptados a la programación basada en el mercado. Tal es el caso, en particular, de los proveedores de servicios directos o asistencia técnica. Los proveedores de servicios de salud y nutrición pueden optar por apoyar el acceso a los proveedores de servicios de salud existentes y las intervenciones de salud pública, que no operan como mercados.

Para determinar cuál es la mejor manera de prestar la asistencia será necesario realizar consultas con la población, analizar los mercados, conocer el modo en que se prestan los servicios y comprender las capacidades logísticas y de la cadena de suministro. Este análisis de la respuesta debe revisarse a lo largo del tiempo a medida que vaya cambiando la situación ⊕ véase el apéndice: *Prestación de asistencia a través de los mercados.*

Evaluar la situación actual y las tendencias a lo largo del tiempo

- ¿A quién afecta?
- Necesidades y vulnerabilidades
- Estrategias de afrontamiento y capacidades
- ¿Desplazamiento? ¿Movilidad?
- ¿Cuáles son las prioridades de las personas afectadas?

- Amenazas a la protección y riesgos
- Situación de seguridad y Estado de derecho
- Acceso a la asistencia
- ¿Acceso a las personas necesitadas?
- Variaciones estacionales de las amenazas

- Partes interesadas y relaciones de poder
- Capacidad y propósito de quienes intervienen
- Planes de respuesta de las autoridades y otros actores
- Función de la población de acogida

- Bienes y servicios disponibles
- Sistemas de mercado y cadenas de suministro
- Capacidad de la infraestructura
- Porveedores de servicios (financieros y otros)
- Logística, capacidades, limitaciones

↓

Analizar y priorizar

¿Qué problemas se van a abordar? ¿Para qué grupos de personas? ¿En qué zona geográfica? ¿En qué plazo de tiempo? ¿Con respecto a qué normas?

↓

Analizar las opciones y determinar la forma de hacer llegar la respuesta

Considerar las opciones disponibles en el contexto

- Prestación de servicios directa
- Distribución de productos básicos
- Asistencia técnica
- Programas basados en el mercado
- Transferencia de dinero en efectivo

Seleccione las opciones de respuesta a continuación en base a su evaluación:

- Urgencia y oportunidad
- Viabilidad
- Capacidad
- Dignidad
- Amenaza a la protección, riesgos
- Eficiencia, relación costo eficacia
- Resiliencia
- Apropiación nacional
- Política gubernamental

↓

Diseñar un programa basado en la calidad y la rendición de cuentas

Perspectivas esenciales:

- Género, edad y discapacidad
- Vulnerabilidades y protección
- Sostenibilidad o transición

Comunicaciones y rendición de cuentas

- Retroalimentación y mecanismos de quejas
- Coordinación
- Participación comunitaria sistemática

Seguimiento del contexto, proceso, avances y resultados

- Selección de indicadores
- Desglose adecuado

Transición y salida

- Participación local y apropiación
- Sistemas nacionales y apropiación
- Asociaciones

Comprender el contexto para aplicar las normas (Figura 1)

Implementación

Si no es posible cumplir las normas Esfera para todos o algunos grupos de la población afectada, investigar por qué y explicar las deficiencias, así como lo que es necesario cambiar. Evaluar las implicaciones negativas, incluidos los riesgos de protección y de salud pública. Documentar estas cuestiones y trabajar activamente con otros sectores y con la población afectada para identificar medios apropiados para reducir al mínimo los daños potenciales.

Seguimiento, evaluación, rendición de cuentas y aprendizaje

El seguimiento, la evaluación, la rendición de cuentas y el aprendizaje (MEAL, por sus siglas en inglés) respaldan decisiones de gestión oportunas y basadas en evidencias. Permite ajustar los programas humanitarios a los contextos cambiantes. Todas las normas mínimas cuentan con indicadores a los que puede hacerse seguimiento a fin de determinar si se cumplen, si se cumplen equitativamente entre todos los segmentos de una población, o cuánto más hay que hacer. La evaluación contribuye al aprendizaje para la mejora de la política y las futuras prácticas, y promueve la rendición de cuentas. Los sistemas MEAL también contribuyen a unas iniciativas de aprendizaje más amplias en relación con una acción humanitaria eficaz.

Entender las vulnerabilidades y las capacidades

El término "personas" se utiliza en todo el Manual en un sentido amplio, con el fin de reflejar la convicción de Esfera de que todos los individuos tienen derecho a vivir con dignidad y, por tanto, el derecho a recibir asistencia. "Personas" debe entenderse como un término que incluye a mujeres, hombres, niños y niñas independientemente de su edad, discapacidad, nacionalidad, raza, etnia, estado de salud, afiliación política, orientación sexual, identidad de género o cualquier otra característica que utilicen para definirse a sí mismas.

No todas las personas tienen el mismo control con respecto al poder y a los recursos. Los individuos y los grupos de una población tienen capacidades, necesidades y vulnerabilidades distintas que cambian a lo largo del tiempo. Algunos factores individuales como la edad, el sexo, la discapacidad y el estado jurídico o de salud pueden limitar el acceso a la asistencia. Además, estos y otros factores pueden servir de base para la discriminación deliberada. El diálogo sistemático con las mujeres, hombres, niños y niñas de todas las edades y contextos –tanto por separado como en grupos mixtos– es fundamental para una programación óptima. El hecho de ser joven o mayor, mujer o niña, persona con discapacidad miembro de una minoría étnica no implica que una persona sea universalmente vulnerable sino que es la interacción de los factores de un contexto dado la que puede fortalecer capacidades, fomentar la resiliencia o mermar el acceso a la asistencia para un individuo o un grupo.

En numerosos contextos, comunidades y grupos enteros pueden también ser vulnerables porque viven en zonas remotas, inseguras o inaccesibles, o por estar dispersos geográficamente con acceso limitado a la asistencia y la protección. Pueden ser objeto de discriminación o recibir una atención deficiente por

su nacionalidad, etnia, idioma o afiliación o religiosa, algo que requiere especial atención para reflejar el principio de imparcialidad.

Cuando intervienen diversos grupos en el diseño del programa, las respuestas humanitarias son más exhaustivas e inclusivas y pueden arrojar resultados más sostenibles. La inclusión y la participación de la población afectada es fundamental para vivir con dignidad.

Desglose de datos: en muchas situaciones, los datos poblacionales son difíciles de encontrar o de determinar. Sin embargo, los datos desglosados mostrarán las distintas necesidades y el impacto de las acciones en los distintos grupos. Pueden indicar quiénes corren mayor riesgo y mostrar si son capaces de utilizar y de acceder a la asistencia humanitaria, o si es necesario hacer más para llegar a ellos. Desglosar los datos en la medida de lo posible categorías apropiadas al contexto con el fin de conocer las diferencias en función del sexo o la edad, la discapacidad, la geografía, la etnia, la religión, la casta o cualquier otro factor que pueda limitar el acceso a una asistencia imparcial.

Para los datos generales sobre edad, utilizar las mismas franjas que los sistemas nacionales de recopilación de datos. Si no existen franjas nacionales de edad, utilizar el siguiente cuadro. Para abordar grupos específicos, como los lactantes, los menores, los y las jóvenes, las mujeres o las personas mayores puede ser necesario un desglose más preciso.

Sexo	Situación de discapacidad	Años									
		0-5	6-12	13-17	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	Más de 80
Mujer	Sin discapacidad										
	Con discapacidad										
Hombre	Sin discapacidad										
	Con discapacidad										

Menores

Los menores representan un sector significativo de cualquier población afectada por una crisis, pero suelen ser menos visibles. Las capacidades y las necesidades de los menores varían en función de su edad biológica y su etapa de desarrollo. Deben adoptarse medidas especiales para garantizar que se les proteja de lo que pueda causarles daño y que tengan un acceso equitativo a los servicios básicos.

Durante las crisis, los menores se enfrentan a riesgos potencialmente mortales mortales, entre ellos, la malnutrición, la separación de sus familias, la trata, el reclutamiento en grupos armados y la violencia o los abusos físicos o sexuales, y todos ellos exigen una actuación inmediata.

Los riesgos de protección suelen estar formados por varios factores. Por ejemplo, es más probable que los adolescentes y los niños jóvenes sean reclutados como soldados por fuerzas o grupos armados o que participen en las peores formas de trabajo infantil. Es más probable que las niñas adolescentes sean reclutadas como esclavas sexuales o que se trafique con ellas. Es más probable que los menores con discapacidad sean abandonados o descuidados. Las niñas con discapacidad requieren una atención especial porque tienen mayor riesgo de sufrir violencia sexual, explotación sexual y malnutrición.

Buscar activamente los puntos de vista de las niñas y los niños de todas las edades y contextos, para que puedan influir en la forma en que se presta la ayuda y se hace un seguimiento y evaluación de la misma. La Convención sobre los Derechos del Niño establece que se entiende por niño todo ser humano menor de 18 años de edad. Analizar la forma en que la población afectada define a los menores a fin de garanzizar que no se excluya de la asistencia a ningún menor o jóven.

Personas mayores

Las personas mayores son un sector de la población que crece rápidamente en la mayor parte de las comunidades, aunque a menudo se descuidan en las respuestas humanitarias.

En muchas culturas, la consideración de persona mayor se asocia a determinadas circunstancias (como la de ser abuelo) o síntomas físicos (como el cabello cano), en lugar de a la edad. Si bien son muchas las fuentes que definen la vejez a partir de los 60 años de edad en adelante, la edad de 50 años puede ser más apropiada en los contextos en que se produzcan crisis humanitarias.

Las personas mayores aportan conocimientos y experiencia en estrategias de afrontamiento y actúan como personas cuidadoras, gestoras de recursos, coordinadoras y generadoras de ingresos. Suelen encarnar las tradiciones y la historia, y actuar como puntos de referencia culturales. El aislamiento, la debilidad física, el colapso de las estructuras de apoyo familiar y comunitario, las enfermedades crónicas, las dificultades funcionales y el deterioro de las capacidades mentales pueden aumentar su vulnerabilidad en los contextos humanitarios.

Velar por que se consulte a las personas mayores y por su participación en todas las etapas de la respuesta humanitaria. Considerar servicios, ambientes e información accesibles y apropiados para la edad, así como el uso de datos desglosados por edad para el seguimiento y la gestión del programa.

Género

El género hace referencia a las diferencias socialmente establecidas entre los hombres y las mujeres durante su ciclo de vida. Esto puede cambiar a lo largo del tiempo, dentro de las culturas y entre las mismas, y en función del contexto. El género suele determinar los distintos roles y responsabilidades, el poder y el acceso a los recursos de las mujeres, las niñas, los niños y los hombres. Comprender estas diferencias y el modo en que han cambiado durante la crisis

es esencial para una programación humanitaria eficaz y para el cumplimiento de los derechos humanos. Las crisis pueden ser una oportunidad para abordar las desigualdades de género y empoderar a las mujeres, las niñas, los niños y los hombres.

El género no es lo mismo que el sexo, que hace referencia a los atributos biológicos de una persona.

El género no significa "solo mujeres". Si bien las mujeres y las niñas se enfrentan a menudo a restricciones asociadas a los papeles asignados a cada género, los hombres y los niños también se ven influenciados por estrictas expectativas de masculinidad. La programación basada en la igualdad de género requiere su inclusión para el desarrollo de relaciones más equitativas y la participación en condiciones de igualdad de las mujeres, las niñas, los hombres y los niños.

Violencia de género

La violencia de género describe la violencia basada en las diferencias de género entre hombres y mujeres. Pone de relieve el modo en que la desigualdad entre hombres y mujeres es la base de la mayor parte de las formas de violencia ejercida contra las mujeres y las niñas en todo el mundo. Las crisis pueden intensificar numerosas formas de violencia de género, incluida la violencia contra la pareja, el matrimonio infantil, la violencia sexual y la trata.

Las organizaciones son responsables de adoptar todas las medidas necesarias para prevenir la explotación y el abuso sexuales de las personas afectadas por una crisis, incluso en sus propias actividades. Cuando se confirma la veracidad de denuncias de mala conducta, es importante que las exijan que los perpetradores rindan cuentas y que los casos se gestionen de forma transparente.

Personas con discapacidad

Aproximadamente el 15% de la población mundial vive con alguna forma de discapacidad. Entre las personas con discapacidad se incluyen a aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

En los contextos humanitarios es más probable que las personas con discapacidad se enfrenten a barreras y obstáculos al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, y las instalaciones o servicios humanitarios. La programación de la respuesta y la preparación debe considerar las capacidades y las necesidades de todas las personas con discapacidad, y hacer esfuerzos concretos para eliminar las barreras físicas, de comunicación y debidas a la actitud que dificultan su acceso y su participación. Los riesgos para las mujeres y las niñas con discapacidad pueden verse agravados por la desigualdad de género y la discriminación.

⊕ *Véanse las referencias: Preguntas del Grupo de Washington* para el desglose de datos por situación de discapacidad, y las ⊕ *Normas humanitarias de inclusión para personas mayores y personas con discapacidad*, para más información.

Personas que viven con el VIH

Conocer la prevalencia del VIH en un contexto específico es importante para comprender las vulnerabilidades y los riesgos, y para formular una respuesta eficaz. El desplazamiento puede aumentar las vulnerabilidades al VIH, y es previsible que las crisis causen alteraciones en la prevención, las pruebas, la atención, el tratamiento y los servicios de apoyo. A menudo se necesitan medidas específicas para proteger de la violencia y la discriminación a las poblaciones de alto riesgo. Esto puede verse agravado por la desigualdad de género y la discriminación basada en la situación de discapacidad, la identidad de género y la orientación sexual. A su vez, esto puede disuadir a las personas que viven con el VIH de buscar servicios en una crisis, si alguno estuviera disponible. La violencia, la discriminación y las estrategias de afrontamiento negativas, como el comercio sexual, aumentan la vulnerabilidad a la transmisión del VIH, especialmente para las mujeres, las niñas y las comunidades de LGBTQI. Entre las personas de mayor riesgo figuran los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas que se inyectan drogas, las personas trabajadoras del sexo, las personas transgénero, las personas con discapacidad y las personas en centros penitenciarios y otros lugares de reclusión ⊕ *véase Atención esencial de salud: salud sexual y reproductiva - Norma 2.3.3: VIH*.

El riesgo de VIH puede verse reducido por factores como la reducción de la movilidad a lo largo del tiempo y un mayor acceso a los servicios para las poblaciones afectadas por una crisis. Disipar todo posible malentendido sobre la presencia de personas que viven con el VIH y el aumento de la prevalencia del VIH para evitar prácticas discriminatorias. Las personas que viven con el VIH tienen derecho a vivir con dignidad, sin ser objeto de discriminación y deben tener un acceso no discriminatorio a los servicios.

Personas LGBTQI

Las personas identificadas como lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, queer o intersexuales (LGBTQI) suelen correr un mayor riesgo de discriminación, estigma y violencia sexual y física. Pueden enfrentarse a barreras al acceso a la atención de salud, la vivienda, la educación, el empleo, la información y las instalaciones humanitarias. Por ejemplo, las personas LGBTQI suelen sufrir discriminación en los programas de asistencia, tales como el alojamiento de emergencia o la distribución. Estas barreras afectan su salud y supervivencia y pueden acarrear consecuencias a largo plazo en términos de integración. Incluya respuestas de protección específicas, seguras e inclusivas en la preparación y la planificación. Garantice una consulta significativa con las personas y organizaciones LGBTQI en todas las etapas de la respuesta humanitaria.

Salud mental y apoyo psicosocial

Las personas reaccionan de distintas maneras al estrés de una crisis humanitaria. Algunas tienen más probabilidades de verse abrumadas por el malestar, especialmente si se encuentran en situación de desplazamiento forzado,

separadas de sus familiares, han sobrevivido a situaciones de violencia o han experimentado condiciones previas de salud mental. La prestación de servicios básicos y el garantizar la seguridad de forma culturalmente apropriada es esencial tanto para prevenir el sufrimiento de las poblaciones afectadas como para abordar la discriminación.

El fortalecimiento del apoyo psicosocial y la autoayuda crea un entorno protector, permitiendo que los afectados se ayuden entre sí en aras de una recuperación social y emocional. Las intervenciones centradas en el individuo, la familia o el grupo –incluidas las intervenciones clínicas– son importantes, pero no necesariamente tienen que ser realizadas por profesionales de la salud mental. También pueden llevaarlas a cabo las personas profanas formadas y supervisadas, ⊕ *véase Atención esencial de salud - Norma 2.5: Atención de salud mental*.

Las poblaciones afectadas manifiestan a menudo una identidad espiritual o religiosa, y pueden estar asociados a una comunidad religiosa. Esto suele ser un elemento esencial de su estrategia de afrontamiento e influye en una respuesta apropiada entre una amplia variedad de sectores. Existen cada vez más evidencias que demuestran que es beneficioso para las poblaciones afectadas que los actores humanitarios tengan en cuenta su identidad religiosa. Las comunidades religiosas existentes tienen grandes posibilidades de contribuir a cualquier respuesta humanitaria. Un enfoque centrado en las personas pasa por que las personas involucradas en la acción humanitaria conozcan la identidad religiosa de las poblaciones afectadas. Existe un corpus de herramientas cada vez mayor para ayudar a que así sea.

Entender el contexto operativo

Una respuesta tiene lugar en contextos muy diversos que varían de urbanos a rurales, de conflictos a desastres de evolución rápida, y a menudo se convierten en una combinación de estas opciones con el paso del tiempo. La efectividad de la respuesta a la hora de cubrir las necesidades de la población afectada dependerá de factores geográficos, de seguridad, sociales, económicos, políticos y ambientales. Aunque las normas mínimas se han desarrollado con el fin de centrar la atención en la asistencia inmediata para salvar vidas, son aplicables a las respuestas humanitarias que duran varios días, meses o incluso años. La respuesta humanitaria debe cambiar y adaptarse a lo largo del tiempo y evitar la creación de dependencia de la ayuda. Un análisis continuo del contexto y la situación alertará cuando haya que adaptar los programas a un entorno cambiante, como nuevos problemas de seguridad o limitaciones estacionales, como las inundaciones.

Una evaluación continua de cómo afecta la repuesta a la dinámica local, como por ejemplo a la adquisición de bienes y servicios o a la contratación del transporte, es esencial para garantizar que la acción humanitaria no alimente la dinámica de los conflictos ⊕ *véase el Principio de Protección 2*. Cuando las crisis se prolongan, las debilidades sistémicas subyacentes pueden intensificar las necesidades y las

vulnerabilidades, requiriendo esfuerzos adicionales de protección y fomento de la resiliencia. Algunos se abordarán mejor a través de los actores para el desarrollo o en cooperación con ellos.

Se necesitan mecanismos de coordinación, como el sistema por grupos temáticos, para establecer una división clara del trabajo y la responsabilidade identificar las carencias en términos de cobertura y calidad. Es importante prevenir la duplicidad de esfuerzos y el despilfarro de recursos. El intercambio de información y conocimiento entre las partes interesadas, junto con la planificación conjunta y las actividades integradas, también puede garantizar que las organizaciones gestionen mejor el riesgo y mejorar los resultados de una respuesta.

Apoyar a los actores nacionales y locales

Reconociendo la función y la responsabilidad principales del estado de acogida, el Manual guía a todos los participantes en la respuesta humanitaria y la función que pueden desempeñar las organizaciones humanitarias para apoyar esta responsabilidad. En un conflicto, la voluntad de los actores estatales y no estatales para facilitar el acceso a la población tendrá un efecto determinante.

La función del estado de liderar o coordinar una respuesta estará determinada por numerosos factores, entre ellos los siguientes:

- la existencia de un órgano gubernamental encargado específicamente de la coordinación o la ejecución de la respuesta humanitaria (a menudo conocido como Autoridad Nacional de Gestión de Desastres);
- la función y los efectivos de los ministerios competentes para fijar normas, como las normas de nutrición, las normas sobre fármacos esenciales y sobre personal médico, y
- la falta de instituciones estatales en funcionamiento, como por ejemplo en zonas disputadas. En estos casos extraordinarios, los actores humanitarios podrían tener que establecer sus propios mecanismos de coordinación.

Crisis prolongadas

Cuando es evidente que una respuesta humanitaria va a durar más de varios meses o años, se deben considerar distintos medios de cubrir las necesidades y respaldar la vida con dignidad. Explorar las oportunidades para trabajar con los proveedores de servicios existentes, las autoridades locales, las comunidades locales, las redes de protección social o los actores para el desarrollo con el fin de ayudar a cubrir las necesidades. Las evaluaciones deben considerar el contexto, las preocupaciones relativas a la protección, y la forma en que se va a incidir en los derechos de la población afectada. Involucrar a personas de todos los sexos, edades, discapacidades y contextos, incluidas las comunidades autodefinidas, en el análisis, la evaluación, la toma de decisiones y el seguimiento y la evaluación. Buscar soluciones a largo plazo y permanentes lo antes posible. Cuando los actores humanitarios tengan la oportunidad de establecer soluciones a largo plazo, estás tendrán prioridad sobre las medidas temporales.

Reconocer que las personas afectadas son a menudo las primeras en responder a sus propias necesidades y en protegerse. Las autoridades nacionales y locales, las organizaciones de la sociedad civil, las organizaciones confesionales y otros actores prestan asistencia crítica. Conocer estas redes de asistencia preexistentes e identificar medios para apoyarlas, en lugar de mermarlas o duplicarlas.

Contextos urbanos

Cada vez es más la población mundial que se traslada a las ciudades, por lo que las personas involucradas en la acción humanitaria deben estar preparadas para responder en contextos urbanos. Las zonas urbanas suelen diferenciarse de otros contextos en términos de:

- **Densidad:** mayor densidad de personas, viviendas, infraestructura, leyes y culturas en una zona relativamente pequeña;
- **Diversidad:** grupos diversos desde el punto de vista social, étnico, político, lingüístico, religioso y económico que viven cerca unos de otros; y
- **Dinámica:** los contextos urbanos son fluidos y cambiantes, con una movilidad elevada y las relaciones de poder que cambian con rapidez.

La municipalidad será a menudo la autoridad de gobierno principal, con vínculos a otros actores y departamentos gubernamentales, como los ministerios competentes. El acceso a servicios básicos, seguridad alimentaria y medios de vida debe evaluarse cuidadosamente, incluida cualquier discriminación. Las personas de las ciudades utilizan dinero en efectivo para pagar el alquiler, comprar comida y acceder a la atención de salud. Las normas mínimas para vivir con dignidad son aplicables independientemente de la forma en que se preste la asistencia.

Las normas mínimas de Esfera pueden utilizarse para respaldar múltiples puntos de entrada para prestar asistencia en zonas urbanas, incluso mediante enfoques basados en asentamientos, barrios o zonas. La creación de grupos con intereses comunes, como escuelas, clubes, grupos de mujeres y conductores de taxi, puede generar puntos de entrada de utilidad. La colaboración con los actores locales (como el sector privado, el gobierno local, los/las líderes de los barrios y los grupos comunitarios) puede ser esencial para restaurar, respaldar y reforzar los servicios existentes, en lugar de reemplazarlos. Es preciso tener en cuenta el modo en que la asistencia humanitaria puede apoyar la planificación de la inversión municipal, creando valor durante la crisis y a largo plazo.

Al igual que en cualquier otro contexto, un análisis del contexto urbano debe fijarse en los recursos y las oportunidades existentes, como el comercio, el dinero en efectivo, la tecnología, los espacios públicos, las personas con habilidades especializadas y la diversidad social y cultural, así como los riesgos y los aspectos relativos a la protección. El análisis debe fundamentar las opciones de respuesta y la elección final del modo de prestación, como la decisión de prestar asistencia en especie o basada en el uso de dinero en efectivo (y la mejor manera de hacerlo). La economía basada en el uso de dinero en efectivo

de las ciudades brinda oportunidades para forjar asociaciones con actores de los mercados y las tecnologías, que pueden facilitar el empleo de asistencia basada en el uso de dinero en efectivo.

Asentamientos comunitarios

Los asentamientos comunitarios y los campamentos planificados, así como los centros colectivos y los asentamientos espontáneos, son el hogar de millones de personas que se encuentran en situación de desplazamiento forzado. Las normas Esfera pueden utilizarse para garantizar la calidad de la asistencia en los entornos comunitarios. Pueden también ayudar a identificar las prioridades para que los programas multisectoriales aborden las preocupaciones de salud pública, así como el acceso a los servicios básicos en los asentamientos espontáneos.

En los asentamientos comunitarios, la capacidad específica de gestión del campamento puede contribuir a una mayor rendición de cuentas y una prestación de servicios más coordinada. Sin embargo, los asentamientos comunitarios también entrañan riesgos específicos relacionados con la protección. Por ejemplo, cuando se niega el derecho a la libertad de circulación para abandonar el asentamiento, es posible que las personas no pueden acceder a los mercados o buscar oportunidades de subsistencia. También debe prestarse especial atención a las comunidades de acogida, pues las diferencias de tratamiento reales o percibidas pueden provocar una escalada de las tensiones o del conflicto. En estos casos, hay que abogar por una alternativa a los contextos similares a los campamentos y abordar también las necesidades de la comunidad de acogida para garantizar que las poblaciones afectadas puedan vivir con dignidad.

Contextos con fuerzas militares nacionales o internacionales

Cuando las organizaciones humanitarias respondan en la misma zona que las fuerzas militares nacionales o internacionales, es importante conocer los mandatos de la otra parte, su modus operandi, sus capacidades y sus limitaciones. En los contextos de desastre y conflicto, las organizaciones humanitarias pueden llegar a colaborar estrechamente con diversas fuerzas militares, como las fuerzas del gobierno del país de acogida, grupos armados no estatales y personal internacional de mantenimiento de la paz. Los actores humanitarios deben tener en cuenta que los gobiernos del país de acogida están obligados a prestar asistencia y protección a las personas afectadas por una crisis en su territorio. Las fuerzas militares nacionales suelen tener el mandato de hacerlo.

Los principios humanitarios deben guiar todo el diálogo y la coordinación entre los sectores humanitario y militar a todos los niveles y etapas de la interacción. El intercambio de información, la planificación y la división de tareas son tres elementos esenciales de una coordinación civil-militar eficaz. Si bien puede existir intercambio de información entre los actores humanitarios y militares, debe depender del contexto de las actividades de la operación. Las agencias humanitarias no deben compartir información que otorgue ventaja táctica a la otra parte de un conflicto o que ponga en peligro a los civiles.

En ocasiones, es posible que las organizaciones humanitarias tengan que usar las capacidades únicas de los militares para apoyar las operaciones humanitarias. El apoyo militar de las organizaciones humanitarias debe limitarse al apoyo a las infraestructuras y a la asistencia indirecta. El apoyo a la asistencia directa debe ser el último recurso.

La cooperación con los militares tiene un impacto real o supuesto sobre la neutralidad de una organización humanitaria y su independencia operacional, por lo que debe considerarse cuidadosamente de antemano. Todo acuerdo de coordinación humanitaria-militar debe fundamentarse en documentos de orientación acordados internacionalmente ⊕ *véanse el Compromiso 6 de la Norma Humanitaria Esencial* y *las referencias*.

El impacto ambiental en la respuesta humanitaria

El medioambiente en el que las personas viven y trabajan es esencial para su salud, bienestar y recuperación de la crisis. Comprender la forma en que las personas afectadas dependen del medio para su recuperación puede también puede fundamentar el diseño del programa y conducir a respuestas más sostenibles para enfrentar futuros choques y reducir futuros riesgos.

Las operaciones humanitarias afectan el medio ambiente tanto directa como indirectamente. Por lo tanto, una respuesta humanitaria eficaz debe, además de realizar evaluaciones y análisis más amplios de la situación, evaluar cuidadosamente el riesgo ambiental. Los programas deben reducir al mínimo su impacto ambiental y considerar el modo en que las adquisiciones, el transporte, la selección de los materiales o el uso del suelo y los recursos naturales pueden proteger o degradar más el medioambiente ⊕ *véase Alojamiento y asentamiento - Norma 7: Sostenibilidad medio ambiental.*

Los países y regiones que se enfrentan a la pobreza, así como a una capacidad institucional y ecología frágiles, tienen mayor riesgo de desastres naturales e inestabilidad, con la consiguiente creación de un círculo vicioso de degradación social y ambiental. Esto incide en la salud, la educación, los medios de vida y otras dimensiones de la seguridad, la dignidad y el bienestar. La sostenibilidad medio ambiental es un componente importante de una respuesta humanitaria de calidad ⊕ *véanse los Compromisos 3 y 9 de la Norma Humanitaria Esencial* y *Alojamiento y asentamiento - Norma 7: Sostenibilidad medio ambiental*.

Apéndice
Prestación de asistencia a través de los mercados

Este apéndice complementa la introducción del Manual Esfera y ofrece información y orientación adicionales sobre la utilización de los mercados para el cumplimiento de las normas mínimas y la ayuda a las personas para cubrir sus necesidades después de una crisis. Se basa en los capítulos esenciales y se cita en los capítulos técnicos. Como tal, es un componente integral del Manual Esfera. Para responder con eficacia, los actores humanitarios deben conocer cuáles son las necesidades y cómo satisfacerlas en la práctica. Una parte de este análisis consiste en comprender cómo funcionan los mercados y de qué bienes y servicios se dispone a nivel local, nacional, regional e internacional. Este conocimiento también permite que los programas humanitarios apoyen a los mercados -o al menos no los alteren- durante la respuesta.

Análisis de mercado como parte del análisis de la respuesta

Una vez que se han evaluado las necesidades y las capacidades a fin de identificar las prioridades, deben analizarse las distintas formas de responder y satisfacer dichas necesidades. El análisis de la respuesta debe velar por que los riesgos y las oportunidades operacionales, programáticos y contextuales se tengan sistemáticamente en cuenta cuando se determine el modo en que se vaya a prestar la asistencia. Esto a veces se denomina "elección de la modalidad".

Para identificar el mejor modo de que la asistencia satisfaga las necesidades se requiere:

- información desglosada sobre las prioridades y sobre el modo en que las personas desean acceder a la asistencia, entre los sectores y a lo largo del tiempo; y
- un conocimiento de las vulnerabilidades económicas, tanto las preexistentes como las creadas por la crisis.

Como parte del análisis de la respuesta, el análisis de mercado ayuda a identificar cuál puede ser el medio más eficaz para satisfacer las necesidades prioritarias: la asistencia en especie, la prestación de servicios, la asistencia basada en el uso de dinero en efectivo o una combinación de estas opciones dentro del contexto. El análisis de mercado ayudará a identificar cualquier restricción que afecte a los mercados, incluidos los problemas relativos a la oferta y la demanda, o las políticas, normas, reglas o infraestructuras que limiten el funcionamiento del mercado.

Sea cual sea la opción de respuesta elegida, debe ser sensible al mercado y velar por la protección de los medios de vida, el empleo y las empresas locales. Esfera se basa en un respeto fundamental a las personas afectadas por una crisis y

en el apoyo a las opciones por las que se decanten para su propia recuperación. Al considerar el modo en que las personas interactúan con los mercados locales para obtener bienes, servicios e ingresos, el análisis de mercado apoya un enfoque centrado en las personas.

Programación y mercados

La asistencia se puede prestar a través de los mercados de diversas maneras a nivel local, nacional o regional. La programación basada en el mercado puede utilizarse directamente para prestar asistencia, o se puede apoyar a los mercados para que ofrezcan un mejor servicio a la población afectada.

- La adquisición local o regional de productos básicos y artículos no alimentarios apoya al lado del suministro de los mercados.
- La asistencia basada en el uso de dinero en efectivo, ayudando a las personas a comprar bienes o servicios disponibles localmente, estimula la demanda de los mercados.
- El apoyo a la infraestructura, como la mejora del acceso por carretera a los mercados, o reformas, como las leyes para prevenir la fijación de los precios, apoyan al mercado para que pueda ofrecer un mejor servicio a la población afectada.

El sexo, la etnia o la discapacidad influyen a menudo directamente en el acceso físico, financiero y social a los mercados. ¿Cómo acceden los hombres, las mujeres, los y las jóvenes y las personas mayores a los mercados de manera diferente? ¿Pueden los comerciantes de una etnia concreta acceder a servicios de crédito? Estos y otros factores influyen en el grado en que las personas pueden participar activamente en los mercados.

En el desarrollo de programas basados en el mercado deben sopesarse consideraciones éticas y ambientales. Hay que asegurarse de que los mercados que sobreexplotan los recursos naturales, los ecosistemas y el medio ambiente no se desarrollen de un modo que agrave la situación de riesgo de las personas.

Bienes, servicios y mercados: al responder a necesidades humanitarias prioritarias, hay que considerar tanto los bienes como los servicios. La mayoría de las normas Esfera implican algún tipo de producto básico o de acceso a bienes. No obstante, los sectores sociales, como la salud o la educación, se caracterizan por ofrecer o mejorar el acceso a los servicios y la prestación a través de los mercados puede no ser una opción. Cuando se trabaje con proveedores de servicios externos o con subcontratistas, deben adoptarse medidas para hacer un seguimiento de la calidad de los servicios y los productos con ellos ⊕ *véase Sistemas de salud - Norma 1.4: Financiación de la salud*.

En algunos casos, son adecuados los programas basados en el mercado que apoyan indirectamente el acceso a los servicios. La asistencia basada en el uso de dinero en efectivo puede apoyar el transporte a las instalaciones de salud o

el acceso a la educación (compra de uniformes o materiales). El seguimiento del gasto de los hogares aporta datos claros sobre el coste del acceso a los servicios, incluidos los que deberían ser gratuitos. El seguimiento del gasto de los hogares siempre debe apoyarse en el seguimiento de los resultados de la asistencia mediante dinero en efectivo.

Los sectores basados en los servicios también pueden considerar la programación basada en el mercado de bienes, como los mosquiteros tratados con insecticidas, los suministros de alimentación suplementaria y los productos farmacéuticos, si cumplen los criterios de calidad ⊕ *véase Sistemas de salud - Norma 1.3: Medicamentos y materiales médicos esenciales*.

En la mayor parte de los contextos será precisa una combinación de intervenciones basadas en el mercado. Es probable que los programas basados en el mercado necesiten el respaldo de otras actividades, aquellas que prestan asistencia técnica. Esta combinación también irá evolucionando durante el transcurso del programa y puede cambiar de asistencia en especie a asistencia basada en dinero en efectivo o cupones, o viceversa. Junto con el seguimiento del programa, el seguimiento del mercado es importante para confirmar o ajustar el tipo de asistencia.

La colaboración entre las funciones de la cadena de suministro, la logística y los programas es necesaria en todo momento. Para obtener orientación adicional sobre las herramientas que apoyan esta opción y análisis ⊕ *véase Referencias*.

Listas de verificación

Lista de verificación para la asistencia basada en el uso de dinero en efectivo

Esta sección presenta una lista de consideraciones para la prestación de la asistencia a través de los mercados. Sigue el ciclo de gestión del programa e incluye otros elementos importantes a tener en cuenta cuando se adopte este enfoque con el fin de cumplir las normas mínimas. Cada contexto será diferente y las opciones relativas a los mecanismos de prestación variarán en función de la infraestructura, la protección de los datos, la relación coste-eficacia y la inclusión financiera.

Diseño del programa

- Basar los criterios de selección de los destinatarios en los objetivos del programa e incluir consideraciones específicas de la asistencia basada en el uso de dinero en efectivo.
- Considerar cuidadosamente qué miembro del hogar debe recibir la asistencia basada en el uso de dinero en efectivo, basándose en una evaluación clara del riesgo y sopesando cualquier preocupación existente con respecto a la protección.
- Identificar mecanismos seguros, accesibles y eficaces para la prestación sobre la base del contexto, los objetivos y la magnitud del programa, así como de la alfabetización financiera y las preferencias de los destinatarios.

- Calcular el importe de la transferencia sobre la base de las necesidades a cubrir y el costo de cubrir dichas necesidades.
- Establecer la frecuencia de la transferencia y su duración sobre la base de las necesidades, la estacionalidad, la capacidad del proveedor de servicios financieros y los riesgos de protección.
- Cuando sea posible y viable, adoptar una perspectiva multisectorial.
- Definir las cuestiones clave y los indicadores relacionados para hacer un seguimiento a nivel del proceso, la actividad, el producto y el resultado.

Implementación

- Incluir consideraciones contextuales específicas y cualquier otra dimensión pertinente en las licitaciones del proveedor de servicios financieros y establecer criterios claros para la selección.
- Considerar la utilización de mecanismos de prestación de la asistencia existentes y conocidos que ya estén establecidos para la protección social.
- Establecer sistemas de registro e identificación de los destinatarios que sean apropiados para el mecanismo de prestación de la asistencia y para la protección de los datos personales.
- Asegurarse de que el registro y la identificación cubran datos requeridos por el proveedor de servicios financieros.
- Aplicar y documentar las medidas de protección de los datos.
- Establecer, en la medida de lo posible, mecanismos para los datos digitales en colaboración con distintas organizaciones (“sistemas interoperables”).
- Definir claramente los procedimientos, los roles y las responsabilidades para el proceso de entrega de dinero en efectivo, así como mecanismos de gestión del riesgo.
- Asegurarse de que el proceso que preste asistencia basada en el uso de dinero en efectivo sea accesible y eficaz.
- Asegurarse de que todos los grupos afectados puedan acceder al mecanismo de prestación seleccionado durante la vida útil del proyecto.
- Asegurarse de que las personas destinatarias tengan información sobre los objetivos del programa y la duración de la asistencia basada en el uso de dinero en efectivo de modo que puedan tomar decisiones informadas en relación con el gasto.
- Asegurarse de que los proveedores de servicios financieros sean responsables ante los destinatarios, mediante la gestión contractual y el seguimiento ⊕ *véanse los Compromisos 4 y 5 de la Norma Humanitaria Esencial*.

Seguimiento, evaluación y aprendizaje

- Hacer un seguimiento de los procesos, las actividades, los productos y los riesgos de la asistencia basada en el uso de dinero en efectivo, incluido un seguimiento posterior al reparto.

- Hacer un seguimiento para determinar si la persona adecuada recibió los cupones de modo serguro, a tiempo y por el importe correcto.
- Hacer un seguimiento sistemático de los mercados y las cadenas de suministro, más allá del seguimiento de los precios.
- Hacer un seguimiento del gasto de los hogares y triangularlo con los datos correspondientes al seguimiento del mercado, con el fin de evaluar si es realmente posible satisfacer las necesidades mediante la asistencia basada en el uso de dinero en efectivo y reducir las estrategias de afrontamiento.
- Hacer un seguimiento de los riesgos potenciales de la asistencia basada en el uso de dinero en efectivo, incluidos los riesgos en términos de protección y cualquier impacto negativo en los recursos naturales.
- Evaluar los resultados relacionados con la asistencia basada en el uso de dinero en efectivo.
- Evaluar regularmente si la opción de asistencia basada en el uso de dinero en efectivo es eficaz a la hora de satisfacer las necesidades cambiantes, adaptar el programa en consonancia y apoyar el aprendizaje continuo para futuros programas.

Lista de comprobación para la gestión de cadenas de suministro y logística

Esta sección presenta una lista de consideraciones para la gestión de cadenas de suministro y logística. Sigue el ciclo de gestión del programa e incluye otros elementos importantes a tener en cuenta.

La ***gestión de cadenas de suministro (GCS)*** comienza con la selección del producto básico o el servicio. Incluye la identificación de la fuente de aquello que es necesario, la adquisición, la gestión de la calidad, la gestión del riesgo (incluidos los seguros), el envasado, la expedición, el transporte, el almacenaje, la gestión del inventario, la entrega y la distribución. En la GCS intervienen muy diversos socios y es importante coordinar las actividades ⊕ *véase el Compromiso 6 de la Norma Humanitaria Esencial*.

Se requiere experiencia específica en GCS. Entre los ámbitos concretos de experiencia que son pertinentes figuran la gestión de contratos, la gestión del transporte y almacenes, la gestión de inventarios, la gestión de la información y análisis del proceso de suministro, el seguimiento de la expedición y la gestión de las importaciones. Las prácticas de gestión y seguimiento deben garantizar la salvaguardia de los productos básicos hasta que lleguen a los puntos de distribución. Sin embargo, las organizaciones humanitarias también son responsables de velar por que los productos y servicios (incluida la asistencia basada en el uso de dinero en efectivo) lleguen a las personas que necesitan asistencia.

Las compras locales y regionales estimulan los mercados locales y esto puede ser un incentivo para que los agricultores y los fabricantes produzcan más y, a su vez, impulsen la economía local. No obstante, cuando los suministros ya son relativamente limitados, las compras locales o regionales podrían ocasionar problemas en

otros mercados o alterar las redes comerciales existentes. En cambio, la importación puede excluir a los productores locales o regionales y alterar, asimismo, las redes comerciales existentes.

Diseño del programa

- Evaluar la disponibilidad local de los bienes y servicios necesarios antes de abastecerse fuera de la zona.
- Considerar trabajar con transportistas locales o regionales acreditados que posean conocimientos valiosos de la reglamentación, los procedimientos y las instalaciones locales que pueden ayudar a garantizar el cumplimiento de la legislación del país de acogida y agilizar las entregas.
- En entornos de conflicto, aplicar procesos rigurosos de investigación de los proveedores de servicios.
- Garantizar cuidadosamente que el abastecimiento local no cause hostilidades o las empeore.
- Considerar si el uso de los recursos naturales es sostenible y si puede generar nuevos conflictos relacionados con los recursos.
- Establecer un procedimiento transparente, justo y abierto para la adjudicación de contratos, que considere opciones locales, nacionales e internacionales.
- Si hay varias organizaciones implicadas, coordinar, en la medida de lo posible, el abastecimiento local.

Implementación

- Forjar buenas relaciones con los proveedores, los comerciantes locales y los proveedores de servicios.
- Imponer un nivel de calidad apropiado de los bienes y los servicios en los contratos, así como prácticas éticas y ambientalmente sostenibles.
- Formar y supervisar al personal a todos los niveles de la cadena de suministro para mantenga la calidad de los productos y respete los procedimientos de seguridad (los aplicables a los destinatarios y al personal) y unas prácticas éticas y ambientalmente sostenibles.
- Incluir al personal de las organizaciones asociadas y a los proveedores de servicios en la formación e impartir la formación en el idioma local.
- Establecer procedimientos de rendición de que incluyan el suministro, la planificación del transporte y el almacenamiento, la gestión de inventarios, la presentación de informes y los sistemas financieros.
- Evitar el uso de los alimentos en pago por las operaciones logísticas, como por ejemplo, la descarga en los almacenes. Estos costos deben incluirse en el presupuesto básico.
- Se recomienda utilizar almacenes separados para los alimentos y los artículos no alimentarios. Cuando se seleccione un almacén, asegurarse de que no se haya utilizado para el almacenamiento de mercancías peligrosas y que no exista riesgo de contaminación. Algunos factores a considerar

son: la seguridad, la capacidad, la facilidad de acceso, la firmeza de la estructura y la ausencia de amenaza de inundación.
- Evaluar y gestionar los riesgos para la seguridad de las rutas de transporte y los almacenes.
- En situaciones de conflicto, establecer sistemas de control y supervisar todas las etapas de la cadena de suministro para reducir al mínimo el riesgo de saqueo o requisa por las partes beligerantes.
- Analizar y abordar las implicaciones políticas y de seguridad más amplias, como la posibilidad de desvío de existencias que puedan contribuir a agravar un conflicto armado ⊕ *véase el Principio de Protección 2*.
- Reducir al mínimo e informar de las pérdidas de productos a todos los niveles de la cadena de suministro.
- Los productos básicos dañados o inadecuados deben ser inspeccionados por inspectores cualificados (como expertos en seguridad alimentaria y laboratorios de salud pública) y certificados para su eliminación.
- Eliminar los productos básicos dañados con rapidez, antes de que sean una amenaza para la salud o la seguridad. Entre los métodos de eliminación de productos básicos figuran la venta (por ejemplo, como alimento para animales) y el enterramiento o la incineración autorizada y supervisada por las autoridades competentes. En cualquier caso, los productos básicos no aptos para el consumo no deben volver a ser introducidos en la cadena de suministro, dañar el medio ambiente o contaminar los recursos hídricos ⊕ *véase WASH - Normas de gestión de residuos sólidos 5.1 a 5.3*.
- Las necesidades de la gestión diaria incluyen la información rápida y transparente de cualquier demora o desvío que se produzca en la cadena de suministro. Disponer de una cantidad suficiente de documentación y formularios en el idioma local en todos los lugares donde se reciban, almacenen o despachen productos. De este modo se mantiene un registro de auditoría documentado de las transacciones.

Seguimiento, evaluación y aprendizaje

- Hacer un seguimiento de los procesos de suministro de los productos básicos para evitar desviaciones e interrupciones de las distribuciones, así como distorsiones del mercado.
- Informar regularmente a las partes interesadas sobre el desempeño de los esfuerzos relacionados con la cadena de suministro.
- Compartir la información pertinente sobre los niveles de existencias, las llegadas previstas y las distribuciones entre las partes interesadas de la cadena de suministro. Utilizar el seguimiento de los niveles de existencias para resaltar las deficiencias y los problemas previstos con tiempo. El intercambio de información entre los socios puede facilitar la obtención de préstamos para evitar interrupciones en el proceso de suministro. Si no existen recursos suficientes, será necesario dar prioridad a los

productos básicos. Consultar con las partes interesadas cuando se analicen las soluciones.

- Asegurarse de que los mecanismos de rendición de cuentas y comunicación reflejen las características específicas de los procesos de entrega.
- Asegurarse de que existen de seguimiento de los productos básicos y gestión de la información desde el comienzo de la intervención.
- Evaluar regularmente si la asistencia es eficaz a la hora de satisfacer las necesidades cambiantes, adaptar el programa en consonancia y apoyar el aprendizaje continuo para futuros programas.

Referencias y lecturas complementarias

Entender las vulnerabilidades y las capacidades

Washington Group Questions. Washington Group on Disability Statistics. www.washingtongroup-disability.com

Análisis de mercado y programación basada en el mercado

Normas mínimas para el análisis de mercados (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. http://www.cashlearning.org

Normas mínimas para la recuperación económica (MERS): Norma esencial 2 y Norma de evaluación y análisis. Red de Educación y Promoción de la pequeña empresa (SEEP), 2017. https://seepnetwork.org

Asistencia basada en el uso de dinero en efectivo

CBA Programme Quality Toolbox. CaLP. http://pqtoolbox.cashlearning.org

Gestión de cadenas de suministro y logística

Logistics Operational Guide (LOG). Logistics Cluster. http://dlca.logcluster.org

Oxfam Market Systems and Scenarios for CTP – RAG Model 2013. Logistics Cluster. www.logcluster.org

Toolkit for Logistics in C&V. Logistics Cluster. www.logcluster.org

Cargo Tracking: Relief Item Tracking Application (RITA). Logistics Cluster. www.logcluster.org

HumanitarianResponse.info: Página de referencias de Logística. OCAH. https://www.humanitarianresponse.info

La Carta Humanitaria

La Carta Humanitaria

La Carta Humanitaria sienta el fundamento ético y jurídico para los Principios de Protección, la Norma Humanitaria Esencial 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 a Esfera y una invitación a todas las personas que participan en la acción humanitaria para que adopten dichos principios.

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 desastres o 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 nuestro esfuerzo por prestar asistencia y protección a las personas afectadas por un desastre o un conflicto armado. Invitamos a quienes 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 satisfacen 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 seguridad, y prestarles la ayuda necesaria para que puedan recuperarse. Creemos que es primordial combinar las acciones de las autoridades oficiales y de las personas voluntarias 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 las agencias 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 el 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—. Entre ellos se 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; y**
- **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 la esencia del 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 esta 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 sus derechos humanos entre ellos los derechos a la libertad, a la libertad de conciencia y a 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 suficientes y una vivienda adecuada, así como los medios necesarios para mantener la salud, todos ellos elementos que se garantizan expresamente en el derecho internacional. La Norma Humanitaria Esencial 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 estas. Ello se deriva del principio más general de **no discriminación**: nadie debe ser discriminado por razón 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 protección y la seguridad, incluida la protecciónn de las personas refugiadas y desplazadas internamente, 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 por razón, por ejemplo, de 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 el conflicto. 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;
   - de los principios de **proporcionalidad** en el uso de la fuerza y de **precaución** en los ataques;
   - de la obligación de abstenerse de utilizar armas de efectos indiscriminados o que, por su naturaleza, causen males superfluos o sufrimientos innecesarios; y
   - de 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 **non-refoulement**, 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 personas desplazadas internamente, 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.

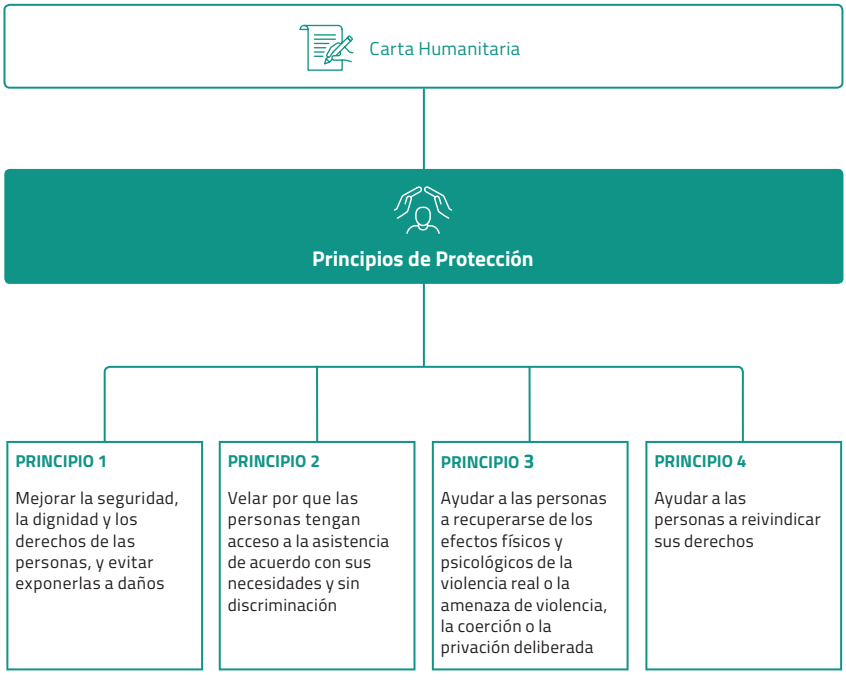
9. Somos conscientes de que los esfuerzos por brindar asistencia humanitaria pueden ocasionalmente tener efectos adversos inesperados. En colaboración con las autoridades y las comunidades afectadas, procuramos reducir al mínimo cualquier efecto negativo de la acción humanitaria sobre las comunidades 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 al 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. La Norma Humanitaria Esencial 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 cumplirlas sistemáticamente y esperamos tener que rendir cuentas. Invitamos a todas las partes, entre ellas a los gobiernos afectados, los gobiernos donantes, las organizaciones, y a los actores privados y no estatales a que adopten la Norma Humanitaria Esencial y las normas mínimas de Esfera como normas aceptadas.

12. Al adherirse a la Norma Humanitaria Esencial 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 estas 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 relevantes a todos los niveles, como se expone en la Norma Humanitaria Esencial y las normas mínimas. Nos comprometemos, en particular, a trabajar en asociación con las poblaciones afectadas, poniendo énfasis en su participación activa en la respuesta. Reconocemos que debemos rendir cuentas principalmente a todas las personas a las que procuramos prestar asistencia.

Principios de Protección



APÉNDICE Resumen de la normativa profesional relativa a la labor de protección

Índice

Principios de Protección 40
Principio 1 42
Principio 2 45
Principio 3 46
Principio 4 48
Apéndice: Resumen de la normativa profesional relativa a la labor de protección 51
Referencias y lecturas complementarias 53

Principios de Protección

Los cuatro Principios de Protección se aplican a toda la acción humanitaria y a todos los actores humanitarios.

1. Mejorar la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas, y evitar exponerlas a daños.
2. Velar por que las personas tengan acceso a la asistencia de acuerdo con sus necesidades y sin discriminación.
3. Ayudar a las personas a recuperarse de los efectos físicos y psicológicos de la violencia real o la amenaza de violencia, la coerción o la privación deliberada.
4. Ayudar a las personas a reivindicar sus derechos.

Los Principios de Protección sustentan los derechos recogidos en la Carta Humanitaria: el derecho a vivir con dignidad, el derecho a asistencia humanitaria y el derecho a la protección y a la seguridad. Los Principios articulan las funciones que pueden desempeñar todos los actores humanitarios para ayudar a proteger a las personas. Las funciones y las responsabilidades de los actores humanitarios son, no obstante, secundarias frente a las del Estado. El Estado u otras autoridades competentes son legalmente responsables del bienestar de la población en el ámbito de su territorio o su control y de la seguridad de la población civil en los conflictos armados. En definitiva, dichas autoridades son las que tienen el deber de garantizar la seguridad de las personas por acción u omisión. La función de los actores humanitarios consiste en alentar y persuadir a las autoridades para que ejerzan sus responsabilidades y, si no lo hacen, ayudar a las personas a superar las consecuencias.

Este capítulo ofrece orientación sobre el modo en que las organizaciones humanitarias pueden contribuir a la protección ayudando a las personas a estar seguras, a recuperarse de la violencia y a reivindicar sus derechos.

La protección guarda relación con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas afectadas por desastres o conflictos armados. El Comité Permanente entre Organismos (IASC, por sus siglas en inglés) define la protección como:

> "... todas las actividades tendientes a conseguir el pleno respeto de los derechos de las personas de conformidad con la letra y el espíritu de la normativa pertinente (derecho internacional de los derechos humanos, derecho internacional humanitario y derecho internacional de las personas refugiadas)".

En términos generales, la protección engloba todos los esfuerzos realizados por los actores humanitarios defensores y defensoras de los derechos humanos para velar por que se comprendan, se respeten, se protejan y se cumplan los derechos de las personas afectadas, sin discriminación, y las obligaciones de los garantes de derechos recogidas en el derecho internacional.

La protección consiste en adoptar medidas para mantener a las personas a salvo de la violencia, la coerción y la privación deliberada. Existe, a menudo, un conjunto

(*Continuado*)

prioritario de preocupaciones en materia de protección que afecta a comunidades enteras en cualquier contexto humanitario, que requieren una acción coordinada para ser abordadas de manera eficaz. Para que una respuesta humanitaria esté orientada a la protección, es fundamental conocer y afrontar los riesgos principales para las personas afectadas, incluidos los daños graves derivados del incumplimiento del derecho internacional humanitario, el derecho de las personas refugidas y el derecho de los derechos humanos.

Poner en práctica los Principios

Toda persona u organización que aplique las normas mínimas de Esfera debería guiarse por los Principios de Protección, incluso aunque no tenga un mandato de protección explícito o capacidad especializada en protección. Esto incluye conocer el contexto y adoptar medidas encaminadas a prevenir, limitar o poner fin a las violaciones y los riesgos para la seguridad de las personas. Es esencial que se facilite información y se respalde la capacidad de las personas para tomar decisiones informadas con respecto a su propia situación y su recuperación.

Los actores especializados en materia de protección deberían aplicar estos Principios, además de cumplir normas complementarias específicas. Los actores especializados en materia de protección desempeñan labores independientes centradas en ámbitos específicos, tales como:

- la protección de la infancia;
- la violencia de género;
- los derechos relativos a la vivienda, la tierra y la propiedad;
- la acción contra las minas;
- el estado de derecho y la justicia;
- el asesoramiento jurídico;
- promotores y defensores de los derechos humanos;
- las poblaciones desplazadas internamente; y
- los derechos de las personas refugiadas.

⊕ *Véanse las referencias que figuran al final del capítulo.* y el *apéndice: Resumen de la normativa profesional relativa a la labor de protección,* que abarca la búsqueda de familias, la renovación de documentos, la protección de los datos y otros ámbitos.

Actividades de protección

Las actividades relacionadas con la protección pueden ser actividades de prevención, de respuesta, correctivas y de construcción del entorno. La defensa de los Principios de Protección exige una combinación de estas actividades.

- ***Actividades de prevención:*** **evitan que se materialicen las amenazas para la seguridad, la dignidad o los derechos**, o reducen la vulnerabilidad o la exposición a estas amenazas.
- ***Actividades de respuesta:*** **detienen las violaciones o los abusos que se producen** respondiendo con inmediatez a los incidentes de violencia, coerción y privación.

- ***Actividades correctivas:*** **remedian los abusos actuales o pasados** ofreciendo atención de salud (incluido apoyo psicosocial), asistencia jurídica u otros tipos de apoyo, para ayudar a las personas a restaurar su dignidad.
- ***Actividades de construcción del entorno:*** contribuyen a un entorno político, social, cultural, institucional y jurídico que fomenta el pleno respeto de los derechos de la población afectada. Esto incluye alentar el respeto de los derechos de conformidad con el derecho internacional.

Un elemento común a estos cuatro tipos de actividades es la ***incidencia***, sea a nivel público o privado. Cuando las amenazas que pesan sobre la población afectada provienen de decisiones, acciones o políticas deliberadas, las organizaciones humanitarias o de derechos humanos deben abogar por cambios en las decisiones, acciones o políticas que ponen en peligro los derechos de la población afectada. Esto puede pasar por influir o cambiar el comportamiento de una persona u organización que suponga una amenaza, así como buscar cambios en las políticas o marcos jurídicos discriminatorios. También puede incluir apoyar los esfuerzos de las propias personas para estar seguras y la reducción de su la exposición al riesgo.

Principio de Protección 1: Fortalecer la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas, y evitar exponerlas a daños

Los actores humanitarios adoptan medidas encaminadas a reducir los riesgos generales para las personas y la vulnerabilidad de estas, incluidos los efectos potencialmente negativos de los programas humanitarios.

Este Principio incluye:

- Conocer los riesgos relacionados con la protección en su contexto.
- Prestar una asistencia que reduzca los riesgos a los que pueden enfrentarse las personas al satisfacer sus necesidades con dignidad.
- Prestar asistencia en un entorno que no exponga a las personas a amenazas físicas, violencia o abusos adicionales.
- Respaldar la capacidad de las personas para protegerse.

La importancia de evitar los efectos negativos provocados por los programas humanitarios constituye un aspecto esencial de este Principio ⊕ *véase el Compromiso 3 de la Norma Humanitaria Esencial.*

Notas de orientación

Análisis del contexto: es necesario comprender el contexto y anticipar las consecuencias de la acción humanitaria que puedan afectar a la seguridad, la dignidad

y los derechos de la población afectada. Trabajar con socios y grupos de mujeres, hombres, niños y niñas afectados para realizar análisis periódicos de los riesgos conforme vaya cambiando la situación a lo largo del tiempo.

La siguiente lista no es exhaustiva pero puede servir de base para dicho análisis:

- ¿Cuáles son las amenazas, los riesgos y las vulnerabilidades en materia de protección para toda la población? ¿Qué capacidades tiene la población para minimizarlos?
- ¿Existen grupos expuestos a riesgos específicos? ¿Por qué? Deben considerarse, por ejemplo, la etnia, la casta, la clase social, el género, el sexo, la edad, la discapacidad o la orientación sexual.
- ¿Existen obstáculos que impidan a las personas acceder a la asistencia o participar en las decisiones? Esto puede incluir, por ejemplo, la inseguridad, las barreras físicas o sociales o la forma en que se facilita la información.
- ¿Cómo pueden las organizaciones humanitrias apoyar, en lugar de socavar, estos esfuerzos? ¿Existen riesgos para las personas que se protegen a sí mismas?
- ¿Están las personas involucradas en mecanismos de afrontamiento negativos tales como el comercio sexual, el matrimonio precoz, el trabajo infantil o la migración en condiciones de riesgo? ¿Qué se puede hacer para mitigar las vulnerabilidades subyacentes?
- ¿Tienen las actividades humanitarias consecuencias negativas inesperadas, tales como poner en peligro a las personas en los puntos de distribución o provocar divisiones en el seno de la comunidad o con las comunidades de acogida? ¿Qué se puede hacer para reducir este riesgo?
- ¿Existen leyes punitivas que entrañen un riesgo en materia de protección, tales como las pruebas obligatorias de detección del VIH, la criminalización de las relaciones entre personas del mismo sexo u otras?

Establecer y mantener mecanismos de intercambio de información y rendición de cuentas con las comunidades, incluidas las comunidades en riesgo, con el fin de identificar y abordar las cuestiones relacionadas con la protección.

Evitar ser cómplice de las violaciones de los derechos de las personas, con actividades que den legitimidad a las políticas y las prácticas causantes del problema. Algunos ejemplos son las actividades que propician el traslado forzoso de las poblaciones por motivos políticos o militares, o la intensificación indirecta de los conflictos por una selección descuidada de socios o contratistas comerciales.

Este análisis puede implicar opciones y decisiones complejas, pero debe considerarse explícitamente y revisarse conforme vayan cambiando las circunstancias.

Asistencia humanitaria: la forma en que se presta la asistencia, y el entorno en el que se presta, puede hacer que las personas sean más vulnerables a los daños, la violencia o la coerción.

- Prestar asistencia en el entorno más seguro posible y buscar activamente formas para minimizar las amenazas y las vulnerabilidades. Por ejemplo, ofrecer educación y atención de salud en lugares de acceso seguro para las personas ⊕ *véase el Manual INEE*.
- Adoptar todas las medidas razonables cuando se preste y se gestione la asistencia con el fin de proteger a las personas de las agresiones físicas y sexuales. Por ejemplo, los artículos valiosos o la asistencia basada en el uso de dinero en efectivo pueden ser objeto de saqueo y poner a las personas destinatarias en peligro de sufrir daños.
- Ayudar a las personas a buscar opciones seguras para cubrir sus necesidades básicas de un modo que se reduzca la exposición a los riesgos. Por ejemplo, brindar alternativas de combustible que reduzcan la necesidad de recolectar leña en entornos peligrosos.
- Diseñar actividades que protejan a las niñas y a los niños, y no creen riesgos adicionales, tales como el reclutamiento de menores, el secuestro o la separación de la familia ⊕ *véase el Manual CPMS*.
- Coordinarse con las autoridades gubernamentales y los organismos especializados en la remoción de minas terrestres y artefactos explosivos sin detonar en las zonas donde se preste la asistencia ⊕ *véanse Normas Internacionales de Acción contra las Minas*.
- Considerar cualquier impacto inesperado sobre el medio ambiente que pudiera afectar a la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas.
- Consultar con distintos sectores de la comunidad, incluidos los grupos en riesgo y las organizaciones que gozan de su confianza, para determinar cuál es la mejor forma de prestar la asistencia. Por ejemplo, trabajar con personas con discapacidad para determinar cómo prestar la asistencia. No deben existir riesgos adicionales para su bienestar o para el bienestar de las personas en quienes confían para la recepción de la asistencia en su nombre.

Mecanismos de protección de la comunidad: es importante comprender los medios por los que las personas intentan protegerse a sus familias y a sus y apoyar las iniciativas comunitarias de autoayuda. Las intervenciones humanitarias no deben menoscabar la capacidad de las personas de protegerse a sí mismas y a otros.

Información sensible: velar por que no se ponga en riesgo a las personas como resultado del modo en que los actores humanitarios registran y comparten la información. Establecer una política sobre la recopilación y la transmisión de la información sensible. Debe definir las circunstancias en las que puede transmitirse la información y respetar el principio del consentimiento informado. De lo

contrario, podría verse comprometida la seguridad de las personas supervivientes y del personal.

Principio de Protección 2: Velar por que las personas tengan acceso a la asistencia de acuerdo con sus necesidades y sin discriminación

Los actores humanitarios identifican los obstáculos para acceder a la asistencia y adoptan medidas encaminadas a garantizar que esta se preste en proporción a las necesidades y sin discriminación.

Este Principio incluye:

- Cuestionar, invocando la legislación pertinente y los principios humanitarios generales, toda acción que prive deliberadamente a las personas de sus necesidades básicas ⊕ *véase la Carta Humanitaria.*
- Garantizar que las personas reciban apoyo según sus necesidades y que no se les discrimine por ningún otro motivo.
- Garantizar el acceso a la asistencia a todos los sectores de la población afectada.

La idea de que las comunidades deben tener acceso a la asistencia humanitaria que necesiten constituye un elemento esencial de este Principio ⊕ *véase el Compromiso 2 de la Norma Humanitaria Esencial.*

Notas de orientación

Imparcialidad: se debe priorizar la asistencia solamente en función de la necesidad y prestar la asistencia en proporción a las necesidades. Este 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 (ONG) ⊕ *véanse el anexo 2* y *la Carta Humanitaria*. Las organizaciones humanitarias no deben centrarse exclusivamente en un grupo concreto (por ejemplo, personas desplazadas en un campamento o grupos minoritarios específicos) si al hacerlo perjudican a otro grupo de la población afectada que necesita asistencia.

Derecho a recibir la asistencia humanitaria: se debe defender el derecho de las personas afectadas por una crisis a recibir asistencia humanitaria. Cuando las personas no puedan cubrir sus necesidades básicas y las autoridades competentes no puedan prestar asistencia, estas no deben denegar el acceso a organizaciones humanitarias imparciales. Esta negativa puede violar el derecho internacional, en particular en situaciones de conflicto armado. No es necesario que las personas afectadas por una crisis tengan un estatuto jurídico especial para recibir asistencia humanitaria y protección.

Las autoridades no deben negar la existencia de necesidades humanitarias o utilizar barreras burocráticas para restringir la movilidad de las personas involucradas en la acción humanitaria.

Barreras al acceso: es necesario monitorear el acceso de las personas a la asistencia humanitaria a fin de identificar y comprender cualquier barrera a la que puedan enfrentarse, así como adoptar medidas para abordar este problema, cuando sea posible.

- Considerar las barreras que reduzcan la libertad de circulación de las personas o su acceso físico a la asistencia humanitaria. Esto incluye bloqueos, minas terrestres y puestos de control. En un conflicto armado, las partes pueden establecer puestos de control, pero estos no deben discriminar entre distintas categorías de personas afectadas o impedir indebidamente el acceso de las personas a la asistencia humanitaria.
- Tratar el tema de las barreras que puedan restringir el acceso de algunos grupos e individuos, con la consiguiente falta de equidad en la asistencia. Las barreras pueden provocar la discriminación de las mujeres y los menores, las personas mayores, las personas con discapacidad o las minorías. También pueden impedir el acceso de las personas a la asistencia por motivos de étnia, afiliación religiosa o política, orientación sexual, identidad de género, idioma u otros.
- Facilitar información, en formatos e idiomas accesibles, sobre los derechos y los mecanismos de retroalimentación. Promover la divulgación entre grupos en riesgo "ocultos", como las personas con discapacidad, los menores que viven en la calle o las personas que viven en regiones menos accesibles, con el fin de propiciar que accedan a la asistencia de forma segura.

Principio de Protección 3: Ayudar a las personas a recuperarse de los efectos físicos y psicológicos de la violencia real o la amenaza de violencia, la coerción o la privación deliberada

Los actores humanitarios brindan apoyo inmediato y continuado a las personas afectadas por violaciones de derechos, incluida la derivación a servicios adicionales, según proceda.

Este Principio incluye:

- Derivar a las personas supervivientes a los servicios de apoyo pertinentes
- Adoptar todas las medidas razonables para asegurarse de que la población afectada no se vea sometida a violencia, coerción o privación adicionales
- Apoyar los esfuerzos de las propias personas para restablecer su dignidad y sus derechos dentro de sus comunidades, y para estar seguras.

La idea de que las comunidades y las personas afectadas por una crisis reciban una asistencia coordinada y complementaria constituye un elemento esencial de este Principio ⊕ *véase el Compromiso 6 de la Norma Humanitaria Esencial.*

Notas de orientación

Derivaciones: es preciso los sistemas de derivación existentes y ayudar a las personas afectadas por la violencia a acceder a los servicios adicionales de forma segura. Puede haber personas que no soliciten asistencia después de una violacion de derechos. Se deben adoptar medidas encaminadas a conocer las barreras que provocan que las personas no soliciten asistencia y adaptar el sistema de derivación en consonancia.

Se debe apoyar a las personas supervivientes de violencia física o violencia de género para que accedan a servicios, tales como la atención de salud, la asistencia policial, el apoyo psicosocial y de salud mental, y otro tipo de servicios. Dichos servicios deben ser sensibles a su sexo, edad, discapacidad, orientación sexual y demás factores relevantes ⊕ *véanse las Directrices para la integración de las intervenciones contra la violencia de género en la acción humanitaria.*

Establezcan y utilicen mecanismos de derivación seguros y eficaces a servicios de protección de la infancia que brinden apoyo a menores supervivientes de violencia, explotación, abusos y negligencia.

Acción comunitaria: se debe apoyar la acción comunitaria y las actividades de autoayuda que contribuyan a que las personas recobren la sensación de control y a mejorar su protección.

Se han de apoyar los mecanismos de respuesta familiares, comunitarios e individuales de protección y de salud mental y apoyo psicosocial. Esto puede incluir la creación de oportunidades que permitan a las personas hablar de su situación, elegir qué amenazas concretas en materia de protección abordar, y desarrollar e implementar medidas para abordarlas.

Se debe ayudar a los grupos locales de jóvenes, o de mujeres o grupos religiosos a implementar medios no violentos de autoprotección, y apoyar a las personas en situación de vulnerabilidad.

En la medida de lo posible, se debe mantener reunidas a las familias, incluidas las familias no tradicionales, y propiciar que personas de una misma aldea o pertenecientes a una misma red de apoyo se instalen en la misma zona.

Se debe formentar los mecanismos de afrontamiento comunitarios positivos, tales como la celebración de funerales, ceremonias y prácticas religiosas culturalmente apropiadas, así como las prácticas culturales y sociales no perjudiciales.

Violaciones en curso, monitoreo e información: se deben conocer los mecanismos para informar sobre violaciones de derechos humanos y seguir los procedimientos y las políticas existentes para el intercambio de información

sensible ⊕ *véanse el Principio de Protección 1* y el *apéndice: Normativa profesional relativa a la labor de protección.*

También deben considerarse las violaciones de derechos humanos que se cometan de forma continuada y abordarlas con los socios y con organismos especializados. La responsabilidad primordial de proteger a las personas recae sobre el gobierno y otras autoridades competentes. Se debe trabajar con organismos especializados para identificar a las partes que tienen la responsabilidad jurídica o la capacidad de ofrecer protección y recordarles sus obligaciones.

Las instituciones encargadas del orden y la seguridad, la policía y las fuerzas armadas y de mantenimiento de la paz desempeñan una importante función a la hora de garantizar la seguridad física de las personas. Cuando proceda y sea seguro hacerlo, se debe alertar a la policía, a los actores encargados de hacer cumplir la ley o a militares sobre las violaciones de derechos humanos.

Durante un conflicto armado, se ha de considerar el monitoreo de las instituciones que prestan servicios esenciales y están expresamente protegidas por el derecho internacional humanitario, tales como las escuelas y los hospitales, e informar sobre cualquier ataque contra ellas. Se deben realizar esfuerzos concretos para reducir los riesgos y las amenazas de secuestro o reclutamiento forzoso que puedan existir en estos lugares.

Gestionar información sensible: las organizaciones humanitarias deben disponer de políticas y procedimientos claros para guiar a los miembros de su personal sobre la forma de actuar si tiene conocimiento o son testigos de abusos, así como sobre la forma de hacer derivaciones a especialistas u organismos especializados. Dichas políticas deben explicar la confidencialidad de la información.

Las pruebas que permitan identificar a las personas, como las declaraciones de testigos, los perfiles de población y las imágenes, pueden ser especialmente sensibles y poner en peligro a las personas. La información sensible sobre abusos o violaciones de derechos humanos específicos debe ser recopilada por organismos especializados que posean las competencias, los sistemas, la capacidad y los protocolos necesarios ⊕ *véase el apéndice: Normativa profesional relativa a la labor de protección.*

Principio de Protección 4: Ayudar a las personas a reivindicar sus derechos

Los actores humanitarios ayudan a las comunidades afectadas a reivindicar sus derechos con información y documentación, y apoyan los esfuerzos encaminados a fortalecer el respeto de los derechos.

Este Principio incluye:

- Ayudar a las personas a reivindicar sus derechos y a obtener reparación, ya sea del gobierno o de otras fuentes.

- Ayudar a las personas a obtener la documentación que necesiten para demostrar sus derechos.
- Abogar por el pleno respeto de los derechos de las personas y del derecho internacional, y contribuir a crear a un entorno protector más robusto.

La idea de que las personas afectadas por situaciones de crisis deben conocer sus derechos constituye un elemento esencial de este Principio ⊕ *véase el Compromiso 4 de la Norma Humanitaria Esencial.*

Notas de orientación

Información accesible: se debe ofrecer educación e información que ayude a las personas a conocer sus derechos y a defenderlos. Se ha de informar a las personas de sus derechos, por ejemplo, en relación con las opciones de retorno o reasentamiento. Se ha de trabajar con organizaciones especializadas que ofrezcan asistencia jurídica para informar a las personas de sus derechos conforme a las leyes y reglamentos del país.

Se debe ofrecer información en los idiomas que las personas afectadas puedan comprender. Se han de utilizar múltiples formatos (escrito, gráfico o de audio) para que la información sea tan ampliamente accesible como sea posible. Se tiene que comprobar del mensaje con diversos grupos, tomando en consideración variaciones en términos de edad, género, nivel educativo y lengua materna.

Documentación: las personas normalmente tienen derechos, al margen de que posean o no determinada documentación. Sin embargo, sin ningún tipo de documentación, por ejemplo, un certificado de nacimiento, un certificado de matrimonio, un certificado de defunción, un pasaporte, un certificado de educación o un título de propiedad de la tierra, pueden enfrentarse a barreras para hacer valer esos derechos. Se les debe derivar a organismos que puedan facilitar o reemplazar dichos documentos.

No debe confundirse la documentación legal reconocida por las autoridades competentes con los documentos expedidos por las organizaciones humanitarias, tales como cartillas de racionamiento o documentos de registro. La documentación expedida por las autoridades no debe determinar quién tiene derecho a recibir asistencia de las organizaciones humanitarias.

Acceso al apoyo jurídico y a los sistemas de justicia: las personas tienen derecho a obtener reparación de las autoridades, tanto por vía jurídica como por otras vías, por violaciones de sus derechos. Esto puede incluir compensaciones por la pérdida de una propiedad o la restitución de la misma. Asimismo, tienen derecho a esperar que los perpetradores de dichas violaciones comparezcan ante la justicia.

Ayude a las personas que opten por una reparación jurídica a acceder a los mecanismos de la justicia de forma segura. Para que la derivación sea eficaz es preciso comprender qué organismos pueden brindar apoyo jurídico.

Evite promover el acceso a la justicia en situaciones en las que los procesos judiciales puedan causar más daños a las víctimas. Por ejemplo, los proveedores de atención de salud y las redes de derivación de violencia de género deben conocer el sistema médico-jurídico nacional y la legislación pertinente en materia de violencia sexual. Informar a las personas supervivientes de todas las leyes de denuncia obligatoria que pudieran limitar la confidencialidad de la información que divulgan los pacientes. Esto puede influir en la decisión de la persona superviviente de proseguir con la asistencia o la denuncia, pero debe respetarse ⊕ *véase Salud: Norma de salud sexual y reproductiva 2.3.2: Violencia sexual y tratamiento clínico de la violación.*

En situaciones de crisis, las comunidades afectadas pueden utilizar mecanismos informales o alternativos de solución de controversias como la mediación a nivel comunitario. Cuando existan, debe informarse a las personas y explicarles cómo pueden acceder a estos servicios.

El acceso a la tierra y la titularidad de la misma pueden ser importantes motivos de conflicto. Debe alentarse a las autoridades y a las comunidades a que trabajen conjuntamente para resolver las cuestiones relativas al acceso a la tierra o la titularidad.

Apéndice
Resumen de la normativa profesional relativa a la labor de protección

En los conflictos armados u otras situaciones de violencia, la protección de los civiles que puedan estar expuestos a daños y sufrimiento es crítica. Una respuesta eficaz en materia de protección exige competencia profesional y el cumplimiento de unas normas profesionales mínimas acordadas de forma común, que se aplican a todos los actores dedicados a la protección.

La Normativa profesional relativa a la labor de protección se concibió con el fin de elaborar una base común para la labor de protección entre los actores humanitarios y los defensores y defensoras de derechos humanos, y de potenciar al máximo la eficacia de dicha labor para la población afectada. Es complementaria a los Principios de Protección.

La normativa refleja la opinión de que las personas deben constituir el núcleo de las acciones que se emprendan en su nombre. Las personas desempeña una importante función en el análisis, la formulación y el monitoreo de las respuestas de protección a las amenazas y los riesgos a los que se enfrentan. Más allá de mejorar la seguridad física de las personas, los esfuerzos en materia de protección deben promover el respeto de los derechos humanos, la dignidad y la integridad de quienes están en situación de riesgo o son objeto de violaciones o abusos.

Las acciones emprendidas por los actores humanitarios varían enormemente y es esencial que todos integren las preocupaciones en materia de protección en sus prácticas en consonancia con los Principios de Protección. La normativa profesional está dirigida fundamentalmente a profesionales dedicados a la protección y organizaciones que realicen labores específicas de protección en conflictos armados y otras situaciones de violencia.

La normativa brinda a las organizaciones una base sólida para la revisión y la formulación de políticas internas, directrices y material de formación. Ofrecen a los profesionales que diseñan e implementan las estrategias de protección sobre el terreno una referencia práctica. También pueden servir como fuente de inspiración. Constituyen un punto de referencia útil para ayudar a otros actores y partes interesadas a conocer el modo en que los actores dedicados a la protección realizan actividades de forma segura a fin de mejorar la protección de las personas y las comunidades.

Las normas no pretenden regular las labores de protección o restringir la diversidad, sino complementar otros principios profesionales y alentar a los actores dedicados a la protección a integrarlas en sus propias prácticas, orientaciones y formación.

La normativa profesional de 2018 está organizada de la siguiente manera:

1. Principios fundamentales de la labor de protección
2. Gestión de las estrategias de protección
3. La arquitectura general de protección
4. Referencia a las bases jurídicas de la protección
5. Fomento de la complementariedad
6. Gestión de datos e información para resultados de protección
7. Garantizar las capacidades profesionales

La normativa incluye una visión sobre las implicaciones de la tecnología de la información y las comunicaciones (TIC) y el conjunto, cada vez mayor, de leyes sobre protección de datos, con orientaciones específicas sobre la gestión de la información relativa a la protección.

Para garantizar que se produzcan resultados de protección, a menudo es necesario que haya un diálogo e interacción entre los actores humanitarios y los y defensoras de derechos humanos, las operaciones de mantenimiento de la paz de las Naciones Unidas y otras fuerzas policiales y militares que se rigen por mandatos internacionales. La normativa profesional ofrece orientación para mantener un enfoque basado en principios en estas interacciones.

La normativa aborda, asimismo, los esfuerzos nacionales, regionales e internacionales para abordar el "extremismo violento" mediante leyes antiterroristas, y aclara cómo este tipo de legislación puede afectar a la actividad de los actores dedicados a la protección.

La normativa profesional relativa a la labor de protección puede descargarse desde la tienda de libros electrónicos del Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR): https://shop.icrc.org/e-books/icrc-activities-ebook.html.

Referencias y lecturas complementarias

Protección en general: antecedentes y herramientas

Minimum Agency Standards for Incorporating Protection into Humanitarian Response – Field Testing Version. Caritas Australia, CARE Australia, Oxfam Australia y World Vision Australia, 2008. http://sitap.org

Normativa profesional relativa a la labor de protección llevada a cabo por los agentes humanitarios y los defensores de los derechos humanos en los conflictos armadas y otras situaciones de violencia. CICR, 2018. https://www.icrc.org

Policy on Protection in Humanitarian Action. IASC, 2016. www.interagencystandingcommittee.org

Violencia de género

Directrices para la integración de las intervenciones contra la violencia de género en la acción humanitaria: Reducir el riesgo, promover la resiliencia e impulsar la recuperación. IASC, 2015. gbvguidelines.org

Derechos relativos a la vivienda, la tierra y la propiedad

Principios sobre la restitución de las viviendas y el patrimonio de los refugiados y las personas desplazadas. ACNUR, 2005. http://www.acnur.org

Personas desplazadas internamente

Manual para la Protección de los Desplazados Internos, 2010. http://www.acnur.org

Salud mental y apoyo psicosocial

Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes. IASC, 2007. https://interagencystandingcommittee.org

Acción contra las minas

International Mine Action Standards. https://www.mineactionstandards.org

Personas mayores y personas con discapacidad

Humanitarian Inclusion Standards for Older People and People with Disabilities. International Age and Disability Capacity Programme (ADCAP). HelpAge, 2018. www.helpage.org

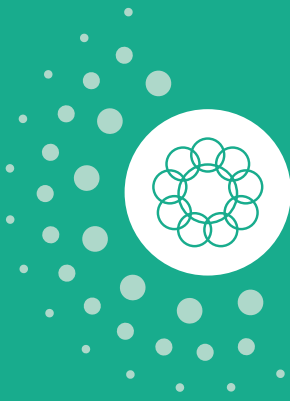
Menores y protección de la infancia

Normas mínimas para la protección de la infancia en la acción humanitaria (CPMS). El Grupo de Trabajo para la Protección de la Infancia (CPWG), 2012. http://cpwg.net

INEE Normas mínimas para la educación: Preparación, Respuesta, Recuperación. Red Interagencial para la Educación en Situaciones de Emergencia (INEE), 2010. https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int

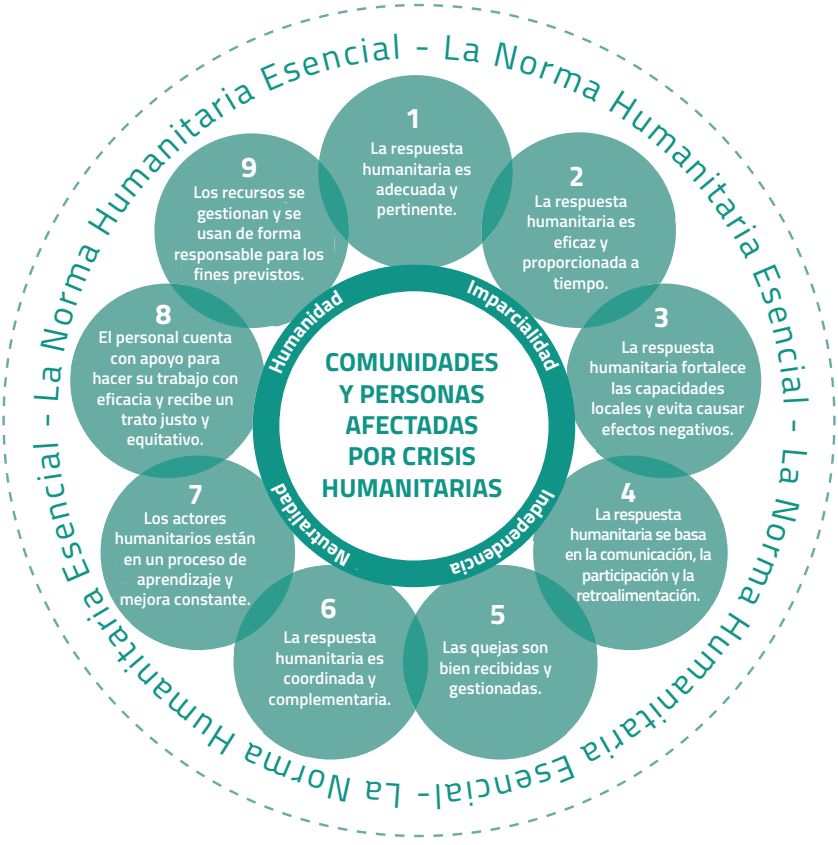
Lecturas complementarias

Para consultar sugerencias de lecturas complementarias, diríjase a www.spherestandards.org/handbook/online-resources



Norma Humanitaria Esencial

La Carta Humanitaria y los Principios de Protección apoyan directamente la Norma Humanitaria Esencial. Juntos, estos tres capítulos constituyen los principios y fundamentos de las normas Esfera.



APÉNDICE: Preguntas de orientación para el seguimiento de las acciones clave y las responsabilidades de la organización (en línea)

Índice

Una norma esencial con nueve compromisos 58
- Compromiso 1 60
- Compromiso 2 63
- Compromiso 3 66
- Compromiso 4 70
- Compromiso 5 75
- Compromiso 6 79
- Compromiso 7 83
- Compromiso 8 86
- Compromiso 9 91

Apéndice: Preguntas de orientación para el seguimiento de las acciones clave y las responsabilidades de la organización (en línea)

Referencias y lecturas complementarias 96

Una norma esencial con nueve compromisos

Normalmente, en una respuesta humanitaria participan numerosas organizaciones y personas y, por ello, resulta útil disponer de elementos y formas de trabajo comunes a fin de promover una respuesta eficaz. Sin un enfoque común, los resultados pueden ser incoherentes e impredecibles.

La Norma Humanitaria Esencial (CHS, por sus siglas en inglés) en materia de calidad y rendición de cuentas recoge nueve compromisos que las organizaciones y las personas involucradas en una respuesta humanitaria pueden utilizar para mejorar la calidad y la eficacia de la asistencia que prestan. También facilita una mayor rendición de cuentas hacia las comunidades y las personas afectadas por una crisis humanitaria, el personal, los donantes, los gobiernos y otras partes interesadas puesto que, al conocer los compromisos adquiridos por las organizaciones humanitarias, podrán exigirles responsabilidades. Es un marco voluntario tanto para las personas como para las organizaciones.

La Norma se aplica a nivel de respuesta y de programa y en todas las fases de una respuesta. Sin embargo, no se pretende que los nueve compromisos se correspondan con ninguna fase concreta del ciclo del programa. Algunos son más pertinentes para una fase concreta del ciclo y otros, como la comunicación con las personas afectadas, se han concebido para ser aplicados en todas las fases.

La Norma Humanitaria Esencial, junto con la Carta Humanitaria y los Principios de Protección, constituye una base sólida del Manual Esfera y respalda todas las normas técnicas. El Manual incluye referencias cruzadas entre los capítulos técnicos y la sección esencial.

En la página web corehumanitarianstandard.org se ofrece información más detallada sobre la Norma Humanitaria Esencial, incluidos recursos para ayudar a los usuarios a aplicarla en la práctica.

Una estructura única

La Norma Humanitaria Esencial se elaboró a través de un esfuerzo colectivo del sector humanitario para armonizar las normas esenciales de Esfera, HAP, People in Aid y Groupe URD en un único marco. Su gestión en nombre del sector ha sido asumida por Esfera, CHS Alliance y Groupe URD, que poseen conjuntamente los derechos de autor.

Cada uno de los nueve compromisos se centra en un aspecto concreto de la respuesta. En su conjunto, conforman un enfoque sólido para una acción humanitaria eficaz y responsable.

La estructura de la Norma Humanitaria Esencial difiere ligeramente de las demás normas Esfera:

- El **compromiso** con las comunidades y las personas afectadas por crisis humanitarias establece lo que las personas pueden esperar de las organizaciones y las personas que prestan asistencia humanitaria.
- El **criterio de calidad** describe una situación en la que se cumple el Compromiso y la forma en que las organizaciones humanitarias y el personal deben trabajar para cumplir ese Compromiso.
- Los **indicadores de desempeño** miden el progreso hacia el cumplimiento del Compromiso, impulsan el aprendizaje y la mejora, y permiten la comparación entre distintos momentos y lugares.
- Las **acciones clave** y las **responsabilidades de la organización** describen los servicios que deben prestar los miembros del personal, así como las políticas, los procesos y los sistemas que las organizaciones necesitan para garantizar que los miembros de su personal presten una asistencia humanitaria de alta calidad y con rendición de cuentas.
- Las **notas de orientación** respaldan las acciones clave y las responsabilidades de la organización con ejemplos e información adicional.
- Las **preguntas de orientación** respaldan las actividades de planificación, evaluación y revisión (véase el apéndice 1 disponible en línea).
- Las **referencias** aportan fuentes de aprendizaje complementarias sobre cuestiones específicas.

El siguiente diagrama muestra cómo se puede utilizar la Norma Humanitaria Esencial a distintos niveles. Esfera, Groupe URD y CHS Alliance proponen herramientas complementarias a las que es posible acceder a través de la págna web corehumanitarianstandard.org.

Utilizar la Norma Humanitaria Esencial (Figura 2)

Compromiso 1

Las comunidades y personas afectadas por crisis humanitarias reciben una ayuda adecuada en relación con sus necesidades.

Criterio de calidad

La respuesta humanitaria es adecuada y pertinente.

Indicadores de desempeño

1. Las comunidades y personas afectadas por crisis humanitarias consideran que la respuesta tiene en cuenta sus necesidades, cultura y preferencias específicas.
2. La asistencia y la protección brindadas se ajustan a los riegos evaluados, las vulnerabilidades y las necesidades.
3. La respuesta tiene en cuenta las capacidades, habilidades y conocimientos de las personas que necesitan asistencia y protección.

Acciones clave

1.1 Realizar un análisis sistemático, objetivo y continuado del contexto y las partes interesadas.

- Evaluar la función y la capacidad del gobierno local y otros actores políticos y no políticos, así como el impacto de la crisis sobre los mismos.
- Evaluar las capacidades locales existentes (materiales, humanas, de mercado) para atender las necesidades de asistencia y protección prioritarias, teniendo en cuenta que estas van a cambiar a lo largo del tiempo.
- Comprobar y verificar la información, teniendo en cuenta que los datos de la evaluación estarán incompletos al principio, sin que ello impida el desarrollo de acciones de salvamento.
- Evaluar la seguridad y la protección de las poblaciones afectadas, desplazadas y de acogida con el fin de identificar las amenazas de violencia y toda forma de coerción, negación de la subsistencia o negación de los derechos humanos fundamentales.
- Evaluar las dinámicas del poder y de género, así como la marginación social, con el fin de definir una respuesta más eficaz y sostenible.
- Coordinarse con otros para evitar cargar a las comunidades con múltiples evaluaciones. Las evaluaciones conjuntas y los resultados deben compartirse con los organismos interesados, el gobierno y las poblaciones afectadas.

1.2 Diseñar e implementar programas adecuados basados en una evaluación imparcial de las necesidades y los riesgos, y en el conocimiento de las vulnerabilidades y capacidades de los diferentes grupos.

- Evaluar las necesidades de protección y asistencia de las mujeres, los hombres, los menores y los adolescentes, así como las de aquellas

personas que se encuentren en zonas de difícil acceso y de los grupos en situación de riesgo, tales como las personas con discapacidad, las personas mayores, las personas aisladas socialmente, los hogares encabezados por una mujer, las minorías étnicas o lingüísticas y los grupos estigmatizados (por ejemplo, las personas que viven con el VIH).

1.3 Adaptar los programas a los cambios en las necesidades, las capacidades y el contexto.

- Hacer un seguimiento de la situación política y adaptar el análisis de las partes interesadas y la seguridad.
- Hacer un seguimiento regular de los datos epidemiológicos y de otro tipo que sirva de base para la toma de decisiones continua y para priorizar las intervenciones de salvamento.
- Mantener la flexibilidad suficiente para rediseñar cualquier intervención en respuesta a las necesidades cambiantes. Confirmar que los donantes están de acuerdo con los cambios introducidos en el programa, cuando proceda.

Responsabilidades de la organización

1.4 Las políticas se comprometen a brindar asistencia imparcial basada en las necesidades y capacidades de las comunidades y personas afectadas por crisis humanitarias.

- Las organizaciones mantienen políticas, procesos y sistemas que respaldan un compromiso con los principios humanitarios y la inclusividad.
- Todo el personal conoce sus responsabilidades y cómo se le pueden exigir que rinda cuentas.
- Las organizaciones comparten estas políticas de un modo transparente con otras partes interesadas.

1.5 Las políticas formulan compromisos que tienen en cuenta la diversidad de las comunidades (incluidas las personas desfavorecidas o marginadas) y recopilan datos desglosados.

- Se establecen con claridad los niveles requeridos en cuanto al desglose de los datos para la evaluación y presentación de informes.

1.6 Existen procesos que garantizan un análisis continuo adecuado del contexto.

- Las personas involucradas en la acción humanitaria reciben apoyo en materia de gestión para adquirir los conocimientos, habilidades, comportamientos y actitudes necesarios para gestionar y llevar a cabo evaluaciones.

Notas de orientación

La ***evaluación y el análisis*** son un proceso, no acciones puntuales. Siempre que se disponga de tiempo, se debe llevar a cabo un análisis en profundidad.

Las capacidades y las necesidades de las personas y las comunidades afectadas no se deben asumir; deben identificarse a través de evaluaciones que las involucren en debates continuos y encontrar así respuestas apropiadas.

Considerar la impartición de formación básica sobre primeros auxilios psicológicos entre los miembros del personal involucrados en las evaluaciones. Esto puede ayudar al personal a tratar a aquellas personas que se sientan angustiadas durante una evaluación.

Garantizar la existencia de evaluaciones especializadas para los grupos cuya protección pueda estar en peligro. Por ejemplo, evaluaciones específicas con mujeres, hombres, niños y niñas para comprender su exposición a la violencia, discriminación y otros daños.

Evaluación imparcial: actuar con imparcialidad no significa tratar a todas las personas de la misma manera. Para brindar una asistencia basada en los derechos, es necesario comprender las distintas capacidades, necesidades y vulnerabilidades. Las personas pueden ser vulnerables debido a factores concretos, tales como la edad, el sexo, la discapacidad, el estado de salud, la orientación sexual o la identidad de género, o simplemente porque están cuidando a otras que son vulnerables.

Vulnerabilidad: los factores sociales y contextuales también influyen en la vulnerabilidad de las personas. Entre ellos cabe destacar: la discriminación y la marginación, el aislamiento social, la degradación ambiental, la variabilidad climática, la pobreza, la falta de tenencia de tierras, la gobernanza deficiente, la etnia, la clase social, la casta, y la afiliación política o religiosa.

Capacidad existente: las personas, comunidades, organizaciones y autoridades afectadas por crisis humanitarias ya poseen habilidades, conocimientos y capacidad para afrontarlas, responder a ellas y recuperarse de las mismas. Para defender el derecho a vivir con dignidad, debe involucrarse activamente a las personas afectadas en las decisiones que les afectan. Puede ser necesario realizar esfuerzos específicos para reforzar la participación de los grupos que suelen estar poco representados, como las mujeres, los menores, las personas mayores, las personas con discapacidad y las minorías étnicas o lingüísticas.

El ***desglose de los datos*** es importante para comprender el impacto que las acciones o eventos tienen en los distintos grupos. Las buenas prácticas instan, al desglose, como mínimo, por sexo, edad y discapacidad. Los factores adicionales deben basarse en el contexto.

El análisis de los datos desglosados es necesario para utilizar las normas en su contexto y para el seguimiento. Una utilización óptima de los datos desglosados puede indicar quién se ha visto más afectado, quién puede acceder a la asistencia y dónde es necesario hacer más para llegar a una población en situación de riesgo
⊕ *véase ¿Qué es Esfera?.*

Análisis continuo y uso eficaz de los datos: los sistemas de recursos humanos deben ser lo suficientemente flexibles como para contratar y desplegar equipos de evaluación de forma rápida.

Los presupuestos y los recursos del programa deben asignarse según la necesidad. La financiación debe permitir el análisis continuo de las necesidades de asistencia y protección, así como la adaptación y corrección de los programas, incluidas las medidas para facilitar el acceso (tales como los mecanismos de divulgación, la accesibilidad de las instalaciones y la comunicación).

Compromiso 2

Las comunidades y personas afectadas por crisis humanitarias tienen acceso a la asistencia humanitaria que necesiten, en el momento adecuado.

Criterio de calidad

La respuesta humanitaria es eficaz y proporcionada a tiempo.

Indicadores de desempeño

1. Las comunidades y personas afectadas por crisis humanitarias, incluidos los grupos más vulnerables, consideran que la asistencia y la protección que reciben se les proporciona en el momento adecuado.
2. Las comunidades y personas afectadas por crisis humanitarias consideran que la respuesta cubre sus necesidades.
3. Los informes de seguimiento y evaluación muestran que la respuesta humanitaria cumple sus objetivos en términos de tiempo, calidad y cantidad.

Acciones clave

2.1 Diseñar programas que aborden las limitaciones, de forma que la acción propuesta sea realista y segura para las comunidades.

- Identificar y señalar con claridad cualquier limitación en caso de que no sea posible evaluar y cubrir las necesidades de una zona o grupo de población específicos, incluidos los lugares de difícil acceso.
- Priorizar de antemano el apoyo a la capacidad de respuesta local, cuando los planes de contingencia muestran que las zonas o poblaciones son vulnerables y podría ser difícil acceder a ellas en el futuro.

2.2 Implementar la respuesta humanitaria en el momento adecuado, tomando decisiones y actuando sin demoras innecesarias.

- Conocer las condiciones de vida, las prácticas culturales, las estaciones, los calendarios agrícolas y otros factores que influyan en la prestación de los servicios adecuados en el momento adecuado.

- Incluir los plazos de entrega y los sistemas de seguimiento en los planes del programa; anticiparse a las demoras y comunicarlas.
- Reconocer que los conocimientos en los que se van a basar las decisiones estarán incompletos en las primeras etapas de una crisis aguda y pulir las decisiones a medida que se vaya disponiendo de información.
- Coordinarse con otros para desarrollar estrategias comunes a fin de abordar los asuntos colectivos que bloquean la prestación de asistencia en el momento adecuado.

2.3 Remitir cualquier necesidad no cubierta a organizaciones con mandato y conocimientos técnicos pertinentes, o abogar para que se dé respuesta a tales necesidades.

- Esto incluye las necesidades no cubiertas de información, así como las necesidades de protección y asistencia.

2.4 Usar las normas técnicas relevantes y las buenas prácticas ya utilizadas en el sector humanitario para planificar y evaluar programas.

- Aplicar las normas técnicas nacionales, cuando existan, adaptadas al contexto humanitario.
- Coordinarse con las partes interesadas pertinentes para abogar por el uso de normas aceptadas a escala mundial que complementen las normas nacionales (incluidas las normas de Esfera y sus normas asociadas en los sectores pertinentes).

2.5 Supervisar las actividades, los productos y los resultados de las respuestas humanitarias con el fin de adaptar los programas y solucionar las deficiencias de desempeño.

- Definir indicadores de desempeño sujetos a plazos concretos y específicos para cada contexto. Revisarlos de forma periódica a fin de medir el progreso realizado para satisfacer las necesidades de asistencia y protección.
- Incluir el progreso en relación con los objetivos y los indicadores de desempeño, además de las actividades y los productos (tales como el número de instalaciones construidas). Supervisar los resultados del proyecto y los resultados deseados, tales como el uso de instalaciones o los cambios en la práctica.
- Revisar los sistemas de forma periódica de modo que solo se recopile información útil, con información contextual actualizada (como la función del mercado local o los cambios en la seguridad).

Responsabilidades de la organización

2.6 Los compromisos del programa se corresponden con las capacidades de la organización.

- Las políticas reflejan la importancia de utilizar normas humanitarias técnicas de calidad y desarrollar conocimientos técnicos en los ámbitos de intervención seleccionadas.

- Reconocer las condiciones en las que la organización podría tener que prestar servicios que se encuentren fuera de su ámbito de competencia hasta que puedan hacerlo otros.

2.7 Los compromisos de las políticas garantizan:

a. un seguimiento y evaluación sistemáticos, objetivos y continuos de las actividades y sus efectos;
b. la utilización de evidencias obtenidas mediante el seguimiento y la evaluación con el fin de adaptar y mejorar los programas; y
c. una toma de decisiones oportuna con la correspondiente asignación de los recursos.

Notas de orientación

Abordar las limitaciones de forma que la programación propuesta sea realista: cuando una organización no pueda acceder a una población o cubrir las necesidades identificadas, tiene la responsabilidad de remitir estas necesidades a los actores apropiados (incluidos actores gubernamentales y no gubernamentales) ⊕ *véase el Principio de Protección 3.*

Se deben usar sistemas de pronóstico y alerta temprana para llevar a cabo planes de contingencia antes de una crisis con el fin de ayudar a las comunidades, autoridades y organismos a responder con rapidez, cuando sea necesario. Esto también permitirá que las personas afectadas protejan sus activos antes de que sus vidas y sus medios de vida estén en peligro.

Desarrollen procesos de toma de decisiones que sean lo suficientemente flexibles como para dar respuesta a la nueva información procedente de las evaluaciones continuas. Dentro de una organización, se deben delegar las decisiones y los recursos al nivel más próximo posible al lugar de ejecución.

Se deben documentar decisiones y los procesos de toma de decisiones para demostrar transparencia, y basar los procesos en consultas, participación significativa y coordinación con otros ⊕ *véase el Compromiso 6.*

Hacer un seguimiento de las actividades, los productos y los resultados: el seguimiento fundamenta las revisiones de los proyectos, verifica la aplicación de criterios de selección y confirma si la ayuda está llegando a las personas más necesitadas. Se deben documentar cualquier cambio en el programa resultante del seguimiento ⊕ *véase el Compromiso 7 y establecer sistemas de seguimiento que involucren a las personas afectadas y a las partes interesadas clave y que confíen en ellas.*

Utilice indicadores comunes de seguimiento aplicables a todo el sistema, cuando se disponga de ellos.

Toma de decisiones de la organización: las responsabilidades y los procesos para la toma de decisiones dentro de las organizaciones, incluido quién es la

persona responsable, con quién se va a consultar y qué información es necesaria para fundamentar la toma de decisiones, deben definirse y comprenderse claramente.

Políticas, procesos y sistemas de la organización: las organizaciones deben documentar el modo en que la acción humanitaria mejora los resultados, utilizando un seguimiento y una evaluación sistemáticos y rigurosos.

Se debe demostrar cómo se utilizan los datos derivados del seguimiento y la evaluación para adaptar los programas, las políticas y las estrategias, reforzar la preparación y mejorar el desempeño de manera oportuna ⊕ *véase el Compromiso 7.* Esto puede incluir un fondo de respuesta de emergencia o la capacidad de contratar o desplegar a personal cualificado con rapidez, cuando sea necesario.

Compromiso 3

Las comunidades y personas afectadas por crisis humanitarias no se ven perjudicadas y están más preparadas, son más resilientes y están menos expuestas al riesgo como resultado de la acción humanitaria.

Criterio de calidad

La respuesta humanitaria fortalece las capacidades locales y evita causar efectos negativos.

Indicadores de desempeño

1. Las comunidades y personas afectadas por crisis humanitarias se consideran más capaces de resistir a futuros choques y tensiones como consecuencia de la acción humanitaria.
2. Las autoridades locales, líderes y organizaciones con responsabilidades para responder a las crisis humanitarias consideran que sus capacidades se han incrementado.
3. Las comunidades y personas afectadas por crisis humanitarias, incluidas las personas vulnerables y marginadas, no identifican ningún efecto negativo derivado de la acción humanitaria.

Acciones clave

3.1 Garantizar que los programas se basen en las capacidades locales y estén dirigidos a mejorar la resiliencia de las comunidades y las personas afectadas por crisis humanitarias.

- Diseñar servicios (por ejemplo, gestión de sequías e inundaciones, estructuras resistentes a huracanes o terremotos) que reduzcan el impacto de las amenazas.
- Respaldar las iniciativas de autoayuda y las acciones de preparación de la comunidad.

3.2 Utilizar los resultados de las evaluaciones comunitarias de riesgos y amenazas existentes, así como los planes de preparación para orientar las actividades.

- Comprender y abordar las necesidades y las capacidades de los distintos grupos expuestos a los distintos niveles de riesgo.

3.3 Fomentar el desarrollo de líderes y organizaciones locales en calidad de primeros intervinientes en el caso de futuras crisis, adoptando medidas que garanticen que los grupos marginados y desfavorecidos estén debidamente representados.

- Trabajar con las autoridades municipales y el gobierno local, en la medida de lo posible.
- Abogar por que los actores locales sean tratados como socios en pie de igualdad, con autonomía para diseñar y/o liderar una respuesta.
- Apoyar las iniciativas de los grupos y las organizaciones locales, como la plataforma para el aprendizaje y el fortalecimiento de la capacidad, con el fin de reforzar la primera respuesta ante futuras crisis.
- Contratar personal local y nacional, teniendo en cuenta la diversidad de la población, en lugar de expatriados, en la medida de lo posible.

3.4 Planificar, en las etapas iniciales del programa humanitario, una estrategia de transición que garantice la persistencia de los efectos positivos a largo plazo y reduzca el riesgo de dependencia.

- Prestar apoyo para el fortalecimiento de los sistemas estatales y comunitarios existentes, en lugar de establecer esfuerzos paralelos que no duren más allá que la vida de la respuesta humanitaria.

3.5 Diseñar y ejecutar programas que promuevan la recuperación temprana después de un desastre y beneficien a la economía local.

- Adoptar medidas encaminadas a la restauración de los servicios sociales, la educación, los mercados, los mecanismos de transferencia y las oportunidades para ganarse la vida que atiendan las necesidades de los grupos vulnerables.
- Tener plenamente en cuenta las condiciones del mercado cuando se analice qué tipo de asistencia (dinero en efectivo, cupones o en especie) tendrá un resultado más positivo.
- Comprar bienes y servicios localmente, cuando sea posible.
- Mitigar las repercusiones negativas para el mercado, en la medida de lo posible.

3.6 Identificar los efectos negativos no intencionados posibles o reales de manera oportuna y sistemática, y actuar al respecto, en particular en las siguientes áreas:

a. la protección, la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas;
b. la explotación y el abuso sexuales por parte del personal;
c. la cultura, el género y las relaciones sociales y políticas;

d. los medios de vida;
e. la economía local; y
f. el medio ambiente.

Responsabilidades de la organización

3.7 Las políticas, estrategias y directrices están diseñadas para:

a. evitar que los programas causen efectos negativos, tales como, por ejemplo, explotación, abuso o discriminación de las comunidades y las personas afectadas por crisis humanitarias por parte del personal, y
b. fortalecer las capacidades locales.

3.8 Existen sistemas para proteger cualquier información personal obtenida de las comunidades y las personas afectadas por crisis humanitarias que podría ponerlas en peligro.

- Establecer políticas claras y exhaustivas sobre la protección de datos, incluidos sistemas electrónicos de registro y distribución.
- Informar a quienes reciben ayuda de sus derechos en relación con la protección de datos, de cómo pueden acceder a la información personal que una organización tiene sobre ellos y manifestar cualquier inquietud que tengan sobre el uso indebido de la información.

Notas de orientación

Resiliencia de la comunidad y liderazgo local: las comunidades, las organizaciones locales y las autoridades son las primeras en actuar y conocen en profundidad la situación y las necesidades específicas. Estos actores locales deben ser socios en pie de igualdad y se les debe dar autonomía para diseñar o liderar una respuesta. Para ello se requiere el compromiso de las organizaciones internacionales y locales para adaptar su método de trabajo, entablar un diálogo abierto y realizar críticas constructivas.

En la medida de lo posible, deben utilizarse las infraestructuras y los servicios financieros locales, en lugar de crear sistemas paralelos nuevos.

Estrategia de transición y de salida: en colaboración con las autoridades y la población afectada, diseñar lo antes posible servicios que prevalezcan después del cierre del programa de emergencia (por ejemplo, mediante la introducción de medidas de recuperación de costos, el uso de materiales disponibles a nivel local o el fortalecimiento de la capacidad de gestión local).

Efectos negativos y "acción sin daño": el gran valor de los recursos relacionados con la ayuda y la posición de poder de las personas involucradas en la acción humanitaria pueden llevar a explotación y abuso, competencia, conflictos, mal uso o apropiación indebida de la ayuda. La ayuda puede socavar los medios de vida y

los sistemas de mercado, avivar los conflictos relativos a los recursos e intensificar las relaciones de poder desiguales entre los distintos grupos. Anticiparse a estos posibles efectos negativos, hacer un seguimiento de los mismos y adoptar medidas para prevenirlos, en la medida de lo posible.

Conocer las prácticas culturales que puedan tener efectos negativos para algunos grupos. Por ejemplo, la selección sesgada de los destinatarios focalizada en niñas, niños o castas específicas; la desigualdad de oportunidades educativas para las niñas; el rechazo de las vacunas, y otras formas de discriminación o trat preferencial.

Los mecanismos de retroalimentación y quejas seguros y ágiles pueden reducir el abuso y el mal uso. El personal debe acoger con beneplácito y solicitar sugerencias y quejas debe recibir formación sobre cómo garantizar la confidencialidad y derivar información sensible, como divulgar casos de explotación y abuso.

Explotación y abuso sexuales por parte del personal: todos los miembros del personal comparten la responsabilidad de prevenir la explotación y el abuso, y de denunciar cualquier tipo de abuso que sospechen se ha cometido o del que hayan sido testigos, ya sea dentro de su propia organización o fuera de ella. Téngase en cuenta que los menores (en particular las niñas) suelen ser muy vulnerables y las políticas deberían proteger los explícitamente de la explotación y el abuso ⊕ *véase el Compromiso 5.*

Preocupaciones ambientales: la respuesta humanitaria puede causar degradación ambiental (por ejemplo, erosión del suelo, agotamiento o contaminación de aguas subterráneas; sobrepesca; producción de residuos y deforestación). La degradación ambiental puede intensificar una crisis o los niveles de vulnerabilidad y reduce la resiliencia de las personas a los choques.

Entre las medidas para reducir la degradación ambiental figuran la reforestación, la recogida de aguas pluviales, el uso eficiente de los recursos y las políticas y las prácticas de adquisición de carácter ético. Las principales actividades de construcción únicamente deben llevarse a cabo tras una evaluación ambiental ⊕ *véase el Compromiso 9.*

Políticas de la organización para prevenir los efectos negativos y fortalecer las capacidades locales: se invita a las organizaciones a que cuenten con un sistema y una política de gestión del riesgo claramente documentados. Las organizaciones no gubernamentales (ONG) que no aborden sistemáticamente el comportamiento poco ético o la corrupción a través de sus propias políticas y procedimientos contra el soborno y mediante la adopción de medidas colectivas con otras ONG aumentan los riesgos de corrupción para otros actores.

Las políticas y los procedimientos deben reflejar un compromiso con la protección de las personas en situación de vulnerabilidad y esbozar soluciones para prevenir e investigar los abusos de poder.

Las prácticas cuidadosas de reclutamiento, selección y contratación pueden ayudar a reducir el riesgo de mala conducta del personal, y los códigos de conducta deben aclarar qué prácticas están prohibidas. El personal debe comprometerse formalmente a cumplir estos códigos y ser informado de las sanciones a las que se enfrenta si no lo hace ⊕ *véase el Compromiso 8.*

Protección de la información personal: toda la información personal obtenida de las personas y las comunidades debe tratarse de forma confidencial, en especial cuando se manejen datos relacionados con la protección, denuncias de violaciones, de derechos quejas sobre abuso o explotación y violencia de género. Para evitar nuevos daños es esencial contar con sistemas que garanticen la confidencialidad ⊕ *véanse los Principios de Protección* y los *Compromisos 5 y 7*.

El uso creciente de los sistemas electrónicos de registro y distribución en la respuesta humanitaria pone de relieve la necesidad de políticas de protección de datos claras y exhaustivas. Los acuerdos que obligan a terceros, como bancos y organizaciones comerciales, a proteger la información son esenciales. Es importante ofrecer una orientación clara sobre la recopilación, el almacenamiento, el uso y la eliminación de los datos que sea coherente con las normas internacionales y la legislación local sobre protección de datos.

Deben establecerse sistemas para mitigar el riesgo de pérdida de datos. Los datos deben destruirse cuando ya no sean necesarios.

Compromiso 4

Las comunidades y personas afectadas por crisis humanitarias conocen sus derechos, tienen acceso a la información y participan en todas las decisiones que les conciernen.

Criterio de calidad

La respuesta humanitaria se basa en la comunicación, la participación y la retroalimentación.

Indicadores de desempeño

1. Las comunidades y personas afectadas por crisis humanitarias son conscientes de sus derechos.
2. Las comunidades y personas afectadas por crisis humanitarias consideran que tienen acceso oportuno a información pertienente y clara, incluso sobre cuestiones que pueden agravar su situación de riesgo.
3. Las comunidades y personas afectadas por crisis humanitarias están satisfechas con las oportunidades que tienen para influir en la respuesta.
4. Todo el personal recibe formación y orientación sobre los derechos de la población afectada.

Acciones clave

4.1 Informar a las comunidades y personas afectadas por crisis humanitarias sobre la organización, los principios por los que se rige, cómo espera que se comporte su personal, los programas que ejecuta y los servicios que pretende prestar.

- Considerar la información en sí misma como un elemento clave de protección. Sin información precisa sobre la asistencia y sus derechos, las personas pueden ser vulnerables a la explotación y el abuso ⊕ *véase el Principio de Protección 1.*
- Comunicar con claridad qué comportamiento pueden esperar de personal humanitario y cómo pueden quejarse en caso de no estar satisfechos.

4.2 Utilizar idiomas, formatos y medios de comunicación que resulten fácilmente comprensibles y que sean respetuosos o culturalmente apropiados para los diferentes miembros de la comunidad, haciendo especial hincapié en los grupos vulnerables y marginados.

- Utilizar los sistemas de comunicación existentes y consultar a las personas sobre sus preferencias en relación con las comunicaciones. Tener en cuenta el grado de privacidad requerido para los distintos formatos y medios de comunicación.
- Garantizar el uso eficaz y seguro de las tecnologías de la comunicación, tanto nuevas como antiguas.

4.3 Garantizar una representación inclusiva, que fomente la participación y el compromiso de las comunidades y las personas afectadas por crisis humanitarias en todas las fases del trabajo.

- Prestar atención a los grupos o individuos tradicionalmente excluidos del poder y de los procesos de toma de decisiones. Considerar sistemáticamente formas éticas de interactuar con estas personas y grupos que respeten la dignidad y eviten aumentar el estigma.
- Considerar el equilibrio entre la participación directa de la comunidad y la representación indirecta por parte de representantes electos en las diferentes fases de la respuesta.

4.4 Alentar a las comunidades y las personas afectadas por crisis humanitarias a que expresen su nivel de satisfacción con la calidad y la eficacia de la ayuda recibida, y propiciar que lo hagan, prestando especial atención al género, la edad y la diversidad de las personas que expresen su opinión.

- Formar al personal para que se gane la confianza de las personas y la mantenga, sepa cómo responder a la retroalimentación positiva y negativa y observar las reacciones de los distintos miembros de la comunidad sobre el modo en que se prestan los servicios.

- Integrar la recopilación de retroalimentación en un enfoque más amplio para todas las organizaciones o sectores con el fin de revisar y analizar la retroalimentación, y de actuar en consecuencia.
- Compartir la respuesta a la retroalimentación con la comunidad.

Responsabilidades de la organización

4.5 Existen políticas de intercambio de información y promueven una cultura de comunicación abierta.

- Definir y documentar los procesos de intercambio de información.
- Esforzarse por compartir abiertamente la información de la organización sobre sus éxitos y fracasos con diversas partes interesadas con el fin de promover una cultura de apertura y rendición de cuentas en todo el sistema.

4.6 Existen políticas para involucrar a las comunidades y las personas afectadas por crisis humanitarias que reflejan las prioridades y los riesgos que estas identifiquen en todas las fases del trabajo.

- Describir el modo en que se forma y se alienta a los miembros del personal para facilitar la participación y la toma de decisiones de la comunidad con el fin escuchar a las diversas comunidades de personas afectadas y gestionar la retroalimentación negativa.
- Diseñar políticas y estrategias que ayuden a crear espacio y tiempo para el diálogo comunitario, la toma de decisiones y la autoayuda.

4.7 Las comunicaciones externas, incluidas las destinadas a la recaudación de fondos, son precisas, éticas y respetuosas, y presentan a las comunidades y personas afectadas por crisis humanitarias como seres humanos dignos.

- Compartir la información con base en una evaluación de los riesgos. Considerar los daños potenciales para la población, como el intercambio de información sobre distribuciones de dinero en efectivo o sobre la demografía de determinados asentamientos, que podría poner a las personas en peligro de sufrir un ataque.
- Tener cuidado a la hora de hacer uso de historias e imágenes que hablen sobre las personas afectadas y las representen, ya que si se hace sin su permiso, podría ser una invasión de su priovacidad y una violación de la confidencialidad ⊕ *véase el Principio de Protección 1 sobre el consentimiento informado.*

Notas de orientación

Compartir información con las comunidades: el intercambio de información precisa, oportuna, comprensible y accesible refuerza la confianza, intensifica los niveles de participación y mejora el impacto de un proyecto. Es clave para ser transparente.

El intercambio de información financiera con las comunidades puede mejorar la relación costo-eficacia y ayudar a las comunidades a identificar y señalar los casos de despilfarro o fraude.

Si una organización no comparte adecuadamente la información con las personas a las que pretende ayudar, pueden surgir malentendidos y retrasos, proyectos inapropiados que despilfarran recursos y percepciones negativas sobre la organización. Esto puede generar ira, frustración e inseguridad.

Comunicación eficaz, segura, accesible e inclusiva: distintos grupos tienen distintas necesidades y fuentes de información y de comunicación. Pueden necesitar tiempo para hablar entre ellos en un entorno seguro y privado con el fin de procesar la información y sus implicaciones.

Consentimiento informado: hay que ser conscientes de que algunas personas pueden manifestar su consentimiento sin comprender totalmente las implicaciones. No es lo ideal, pero inicialmente puede asumirse un cierto grado de consentimiento y participación basado en la voluntad expresa de participar en las actividades del proyecto, la observación, los conocimientos o los documentos jurídicos o de otro tipo (como acuerdos contractuales con la comunidad) ⊕ *véase el Principio de Protección 1.*

Participación y compromiso: consultar a las personas afectadas y a las instituciones locales en los primeros momentos de una respuesta para aprovechar los conocimientos existentes y forjar relaciones positivas y respetuosas. La consulta temprana puede suponer un uso más adecuado del tiempo que la reparación posterior de decisiones inadecuadas. En las etapas iniciales de una respuesta aguda, la consulta puede ser solo posible con un número limitado de personas afectadas. Con el tiempo, habrá más oportunidades para que participen más personas y grupos en la toma de decisiones.

Hay que ser conscientes de que, en algunos escenarios de conflicto, alentar los debates y la toma de decisiones de grupo podría considerarse una forma de organización política y podría dañar a la población local.

Considerar varios métodos para mejorar la participación de la comunidad en los sistemas de retroalimentación, incluido el uso de tarjetas de calificación comunitarias.

Retroalimentación: se puede buscar una retroalimentación formal a través de evaluaciones específicas (utilizando debates de grupo o entrevistas), seguimiento posterior a una distribución o cuestionarios. La retroalimentación informal recibida durante la interacción diaria también debe utilizarse para desarrollar confianza y mejorar los programas de manera continuada.

Obtener retroalimentación para conocer si las mujeres, los hombres, las niñas y los niños se sienten respetados y satisfechos con su influencia en la toma de decisiones. Las personas pueden sentirse satisfechas con la ayuda prestada, pero insatisfechas con su influencia en la toma de decisiones.

Las personas pueden temer que una retroalimentación crítica tenga repercusiones negativas. También puede haber razones culturales por las que la crítica de una intervención se considere inaceptable. Explorar los diferentes métodos para proporcionar retroalimentación informal y formal, incluidos métodos para compartir dicha retroalimentación confidencialmente.

Diseñar mecanismos de retroalimentación con otras agencias y garantizar que sean accesibles para todas las personas. Deben diferenciarse de los mecanismos de quejas, que abordan infracciones graves de prácticas o comportamiento ⊕ *véase el Compromiso 5*, aunque en la práctica suele producirse un solapamiento en los tipos de retroalimentación y quejas recibidos. Confirmar la recepción de la retroalimentación y hacer un seguimiento, y adaptar el programa si se considera necesario.

Integrar los mecanismos de retroalimentación en los sistemas de seguimiento y evaluación de las organizaciones.

Promoción de una cultura de comunicación abierta: las organizaciones deben indicar públicamente (en su sitio web o en material promocional al que puedan acceder las personas afectadas) sus intereses específicos, tales como su identidad política o religiosa. Esto permite a las partes interesadas comprender mejor la naturaleza de la organización y sus posibles afiliaciones y políticas.

Compromiso de la organización para participar y escuchar a las comunidades: las políticas de género y diversidad pueden ayudar a promover los valores y los compromisos de la organización y aportar ejemplos concretos del comportamiento esperado. La retroalimentación de las personas afectadas también debe orientar el desarrollo de la estrategia y el programa.

Restricción de información, confidencialidad y no divulgación: no toda la información puede o debe ser compartida con todas las partes interesadas. Considerar el modo en el que la recopilación de información que permita identificar a grupos (datos demográficos) o individuos puede causar o incrementar la vulnerabilidad de las personas, o crear nuevas amenazas para su protección ⊕ *véanse los Principios de Protección.*

Un enfoque ético con respecto a las comunicaciones externas: Es frecuente que, sacados de contexto, el material para la recaudación de fondos y las fotografías puedan resultar engañosos y aumentar también los riesgos relacionados con la protección. Las políticas y las directrices relativas a las comunicaciones externas deben estar disponibles para todo el personal y pueden ayudar a garantizar que no se cometan estos errores.

Los detalles adjuntos a las imágenes e incluidos en las historias no deben permitir la localización del hogar o la comunidad de las personas (en especial de los menores). Cuando se tomen fotografías debe desactivarse el geoetiquetado de las imágenes.

Compromiso 5

Las comunidades y personas afectadas por crisis humanitarias tienen acceso a mecanismos seguros y ágiles para gestionar las quejas.

Criterio de calidad

Las quejas son bien recibidas y gestionadas.

Indicadores de desempeño

1. Las comunidades y personas afectadas por crisis humanitarias, incluidos los grupos vulnerables y marginados, conocen los mecanismos de quejas establecidos para su uso.
2. Las comunidades y personas afectadas por crisis humanitarias consideran que los mecanismos de quejas son accesibles, eficaces, confidenciales y seguros.
3. Las quejas se investigan y se resuelven, y los resultados se comunican al denunciante dentro del plazo indicado.

Acciones clave

5.1 Consultar con las comunidades y personas afectadas por crisis humanitarias el diseño, la ejecución y el seguimiento de los procesos de quejas.

- Desglosar por sexo, edad y discapacidad, pues estos criterios pueden influir en la opinión de las personas sobre el acceso y los obstáculos a los mecanismos de quejas.
- Acordar cómo se pueden presentar las quejas, qué puede impedir que las personas y el personal presenten quejas y cómo desean recibir la respuesta a sus quejas. Considerar el modo de registro de las quejas y su seguimiento, y cómo incorporar lo aprendido a la planificación futura.
- Explorar mecanismos conjuntos de quejas con otras agencias, socios y contratistas externos.
- Impartir formación al personal sobre los mecanismos de quejas.

5.2 Recibir y aceptar las quejas, así como informar sobre cómo se puede acceder al mecanismo correspondiente y cuál es el alcance de los asuntos que trata.

- Considerar una campaña de información para ayudar a concienciar sobre el sistema y los procedimientos en la que las personas puedan hacer más preguntas acerca del funcionamiento de dicho mecanismo.

5.3 Gestionar las quejas de manera oportuna, justa y apropiada, dando prioridad a la seguridad de quienes reclaman y de las personas que se hayan visto afectadas en todas las etapas.

- Tratar todas las quejas individualmente, aunque muchas puedan cubrir temas similares.

- Dar una respuesta dentro de un plazo especificado. El denunciante debe saber cuándo esperar una respuesta.
- Considerar la gestión o la participación comunitaria en el sistema de tratamiento de quejas.

Responsabilidades de la organización

5.4 Existe y se documenta un proceso de respuesta a las quejas para las comunidades y las personas afectadas por crisis humanitarias. El proceso debe incluir la programación, la explotación y el abuso sexuales, así como otros abusos de poder.

- Mantener registros sobre el modo en que se crea el mecanismo de quejas, los criterios de decisión, todas las quejas presentadas, cómo se respondieron y dentro de qué plazo.
- Tener cuidado para garantizar que la información de las quejas se mantenga confidencial, en estricta conformidad con las políticas de protección de datos.
- Trabajar con otras organizaciones en los mecanismos de quejas, ya que esto puede resultar menos confuso para las comunidades y el personal.

5.5 Existe una cultura de la organización en la que se toman en serio las quejas y se adoptan las medidas adecuadas de acuerdo a las políticas y los procesos ya definidos.

- Compartir públicamente las políticas relativas al deber de diligencia de la organización hacia las personas a las que pretende ayudar, sus códigos de conducta y la manera de proteger a grupos potencialmente vulnerables, como mujeres, menores y personas con discapacidad.
- Establecer procedimientos de investigación formales que se ajusten a los principios de confidencialidad, independencia y respeto. Llevar a cabo las investigaciones de manera exhaustiva, oportuna y profesional, cumpliendo las normas legales y los requisitos de derecho laboral locales. Impartir formación en materia de investigaciones y gestión de la mala conducta del personal a los responsables asignados, o brindarles acceso a asesoramiento especializado.
- Incluir un procedimiento de presentación de quejas y una política de denuncia de irregularidades para hacer frente a las quejas del personal y ponerlos en conocimiento del personal.

5.6 Las comunidades y personas afectadas por crisis humanitarias son totalmente conscientes del comportamiento que se espera del personal humanitario, incluido el compromiso de la organización con la prevención de la explotación y el abuso sexuales.

- Explicar el proceso de quejas a las comunidades y al personal. Incluir mecanismos para temas sensibles (como los relativos a la corrupción,

la explotación y el abuso sexuales o la mala conducta y las negligencias graves) e información no sensible (como los desafíos para la utilización de criterios de selección).

5.7 Las quejas que no entren dentro del ámbito de la organización se remiten a las instancias pertinentes de acuerdo con las buenas prácticas.

- Aclarar las directrices sobre qué quejas entran dentro de las competencias de la organización, y cuándo y cómo remitirlas a otros proveedores de servicios.

Notas de orientación

Diseño de un mecanismo de quejas: las dinámicas sociales y de poder deben evaluarse antes de decidir sobre la mejor manera de interactuar con las comunidades. Hay que prestar atención a las necesidades de las personas mayores, las mujeres y las niñas, los hombres y los niños, las personas con discapacidad y otras personas que puedan estar marginadas. Garantizar que tengan voz y voto en el diseño y la implementación de los sistemas de quejas.

Concienciar acerca de cómo presentar una queja: se necesitarán tiempo y recursos para garantizar que la población afectada sepa qué servicios, actitudes y comportamientos pueden esperar de las organizaciones humanitarias. También deben saber qué hacer y dónde presentar una queja si una organización humanitaria no cumple estos compromisos.

El mecanismo debe diseñarse de modo que se pueda garantizar a las personas que siempre podrán presentar una queja confidencialmente y sin temor a represalias.

Gestionar las expectativas, ya que las comunidades pueden creer que el proceso de quejas puede resolver todos sus problemas. Esto puede generar frustración y decepción si los cambios esperados están fuera del control de la agencia.

Gestión de quejas: cuando la queja quede fuera del control y la responsabilidad de la organización, debe explicarse claramente al denunciante. Cuando sea posible y de acuerdo con el denunciante, remitir la queja a la organización apropiada. Coordinarse con otras agencias y sectores para garantizar que este proceso funcione de manera eficaz.

Las denuncias de explotación y abuso sexuales por parte de las personas involucradas en la acción humanitaria solo debe investigarlas el personal formado.

Debe facilitarse la derivación confidencial de los denunciantes para que reciban atención y apoyo adicionales (por ejemplo, en términos de salud mental, apoyo psicosocial u otro tipo de atención de salud), de acuerdo con sus deseos.

Las quejas anónimas y malintencionadas presentan desafíos específicos porque se desconoce su origen. Para la organización, pueden ser una señal

de advertencia de un descontento subyacente y para hacer un seguimiento será necesario investigar si existe alguna causa de queja que no se conociera previamente.

Protección de denunciantes: tener cuidado a la hora de decidir quién tiene que conocer qué información dentro de la organización. Las personas que denuncian abusos sexuales pueden enfrentarse al estigma social y a peligros reales por parte de los autores y de sus propias familias. Diseñar un mecanismo que garantice que sus quejas se tratarán con confidencialidad. Debe existir una política de denuncia de irregularidades para proteger al personal que manifieste preocupaciones sobre los programas o el comportamiento de algún colega.

Las políticas de protección de datos deben contemplar durante cuánto tiempo deben conservarse determinados tipos de información de acuerdo con las leyes pertinentes de protección de datos.

Proceso de tratamiento de las quejas: garantizar que tanto el personal de la organización como las comunidades de las que se ocupa tengan la oportunidad de presentar quejas. Estas pueden verse como una oportunidad para mejorar la organización y su trabajo. Las quejas pueden indicar el impacto y la pertinencia de una intervención, los riesgos y las vulnerabilidades potenciales, y el grado de satisfacción de las personas con los servicios prestados.

Explotación y abuso sexuales (SEA) de las personas afectadas por crisis humanitarias: una organización y sus altos directivos son responsables de garantizar la existencia de procedimientos y mecanismos de quejas seguros, transparentes, accesibles y confidenciales. Cuando proceda, las organizaciones deben considerar la inclusión de declaraciones específicas sobre la cooperación con las investigaciones sobre casos de SEA en sus acuerdos de colaboración.

Cultura organizativa: los responsables y el personal de alto nivel deben inspirar y promover una cultura de respeto mutuo entre todos los miembros del personal, socios, voluntarios y personas afectadas por crisis humanitarias. Su apoyo para la implementación de mecanismos de quejas comunitarios es vital.

El personal debe saber cómo tratar las quejas o las denuncias de abuso. En caso de actividad delictiva o cuando se ha violado el derecho internacional, el personal debe saber cómo contactar con las autoridades apropiadas.

Las organizaciones que trabajen con socios deben acordar cómo presentar y tratar las quejas (incluidas las presentadas por un socio contra otro).

Comportamiento del personal y códigos de conducta: las organizaciones deben tener un código de conducta aprobado por la alta dirección y accesible públicamente.

Debe aplicarse una política de protección de la infancia a todo el personal y a los socios, y ofrecerse orientación inicial y formación sobre las normas de comportamiento esperados.

El personal debe conocer y comprender las consecuencias del incumplimiento del código de conducta ⊕ *véanse los Compromisos 3 y 8.*

Compromiso 6

Las comunidades y personas afectadas por crisis humanitarias reciben una ayuda coordinada y complementaria.

Criterio de calidad

La respuesta humanitaria es coordinada y complementaria.

Indicadores de desempeño

1. Mediante acciones coordinadas, las organizaciones reducen al mínimo las deficiencias y solapamientos identificados por las comunidades afectadas y los socios.
2. Las organizaciones que participan en la respuesta –incluidas las organizaciones locales– comparten información relevante a través de mecanismos de coordinación formales e informales.
3. Las organizaciones coordinan las evaluaciones de las necesidades, la prestación de la ayuda humanitaria y el seguimiento de la ejecución de la ayuda.
4. Las organizaciones locales indican una participación y representación adecuadas en los mecanismos de coordinación.

Acciones clave

6.1 Identificar los roles, las responsabilidades, las capacidades y los intereses de las diferentes partes interesadas.

- Considerar la colaboración para optimizar la capacidad de las comunidades, los gobiernos del país de acogida, los donantes, el sector privado y las organizaciones humanitarias (locales, nacionales e internacionales) con distintos mandatos y expertos.
- Sugerir y liderar formación y evaluaciones conjuntas entre las organizaciones y otras partes interesadas con el fin de garantizar un enfoque más coherente.

6.2 Garantizar que la respuesta humanitaria complemente la de las autoridades nacionales y locales, así como la de otras organizaciones humanitarias.

- Reconocer que la responsabilidad última con respecto a la planificación general y la coordinación de las actividades de socorro recae en el gobierno del país de acogida. Las organizaciones humanitarias

desempeñan un papel esencial en el apoyo a la función de respuesta y coordinación del Estado.

6.3 Participar en los órganos de coordinación y colaborar con otros con el fin de minimizar las demandas sobre las comunidades y maximizar la cobertura y la prestación de servicios de la acción humanitaria en su conjunto.

- Abogar por la aplicación y el cumplimiento de directrices y normas de calidad reconocidas por medio de la coordinación. Utilizar los órganos de coordinación para contextualizar las normas humanitarias, en especial los indicadores, con el fin de hacer un seguimiento y una evaluación conjuntos de las actividades y la respuesta en su globalidad.
- Determinar el alcance de las actividades y los compromisos, así como cualquier solapamiento con otros órganos de coordinación y el modo en que se va a gestionar, por ejemplo, en relación con la cooperación en materia de rendición de cuentas, género y protección.

6.4 Compartir la información necesaria con los socios, los grupos de coordinación y otros actores relevantes por medio de canales de comunicación adecuados.

- Respetar el uso de el idioma(s) locales en las reuniones y en otras comunicaciones. Examinar las barreras a la comunicación con el fin de que las partes interesadas locales puedan participar.
- Comunicar con claridad y evitar jergas y coloquialismos, especialmente cuando otros participantes no hablen el mismo idioma.
- Proporcionar intérpretes y traductores si es necesario.
- Considerar el lugar de las reuniones para permitir la participación de los actores locales.
- Trabajar con redes de organizaciones de la sociedad civil para velar por que se incluyan las contribuciones de sus miembros.

Responsabilidades de la organización

6.5 Las políticas y las estrategias incluyen un compromiso claro con la coordinación y la colaboración con otros, incluidas las autoridades locales y nacionales, sin comprometer los principios humanitarios.

- Incluir la coordinación en las políticas de la organización y las estrategias de contratación de recursos. La organización debe declarar cómo va a colaborar con sus socios, las autoridades del país de acogida y otros actores humanitarios (y, cuando proceda, no humanitarios).
- El personal que represente a las agencias en las reuniones de coordinación debe disponer de la información, las habilidades y la autoridad adecuadas para contribuir a la planificación y la toma de decisiones. Articular claramente las responsabilidades de coordinación en las descripciones de sus puestos.

6.6 La colaboración con los socios se rige por acuerdos claros y coherentes que respetan los mandatos, las obligaciones y la independencia de cada uno, y reconocen sus respectivas limitaciones y compromisos.

- Las organizaciones locales y nacionales participan o colaboran con sus socios con una comprensión mutua del mandato de la otra organización y de los roles y las responsabilidades mutuos, en aras de una actuación eficaz y responsable.

Notas de orientación

Colaboración con el sector privado: el sector privado puede aportar eficiencias comerciales, así como conocimientos y recursos complementarios a las organizaciones humanitarias. Como mínimo, el intercambio de información deberá evitar la duplicación y promover la buena práctica humanitaria. Garantizar que las empresas asociadas estén comprometidas con los derechos humanos fundamentales y no tengan antecedentes de perpetuar desigualdades o prácticas discriminatorias. Las asociaciones con el sector privado deben garantizar beneficios explícitos para las personas afectadas por crisis humanitarias y, al mismo tiempo, reconocer que los actores del sector privado pueden tener objetivos adicionales propios.

Coordinación civil-militar: las organizaciones humanitarias deben diferenciarse claramente de las militares a fin de evitar que existan o se perciba que existen asociaciones con una agenda política o militar que podría comprometer la imparcialidad, independencia, credibilidad y seguridad de las agencias y su acceso a las poblaciones afectadas.

Las fuerzas armadas poseen experiencia y recursos particulares, como los asociados con la seguridad, la logística, el transporte y las comunicaciones. Sin embargo, cualquier asociación con ellos debe estar liderada por las agencias humanitarias y al servicio de estas, y debe estar conforme con las directrices aprobadas ⊕ *véanse ¿Qué es Esfera?* la *Carta Humanitaria* y los *Principios de Protección*. Algunas organizaciones mantendrán un diálogo mínimo para asegurar la eficiencia operativa, mientras que otras pueden establecer vínculos más fuertes.

Los tres elementos clave de la coordinación civil-militar son el intercambio de información, la planificación y la división de tareas. El diálogo debe ser continuo, en todos los contextos y a todos los niveles.

Asistencia complementaria: las organizaciones locales, las autoridades locales y las redes de la sociedad civil poseen un nivel destacado de experiencia relacionada con el contexto. Pueden necesitar apoyo para recomponerse después de los efectos de una crisis y es necesario que participen y estén representadas en la coordinación del esfuerzo de respuesta.

Cuando las autoridades sean parte en el conflicto, los actores humanitarios deben aplicar su propio criterio con respecto a la independencia de estas,

manteniendo los intereses de las poblaciones afectadas en el centro de la toma de decisiones.

Coordinación: la coordinación intersectorial puede abordar las necesidades de las personas de forma holística en lugar de aisladamente. Por ejemplo, la coordinación en el apoyo psicosocial y de salud mental debe congregar a los sectores de la salud, la protección y la educación, como un grupo de trabajo técnico conformado por estos especialistas.

Los líderes de la coordinación tienen la responsabilidad de garantizar que las reuniones y el intercambio de información estén bien gestionados, sean eficientes y estén orientados a los resultados.

Los actores locales podrían no participar en los mecanismos de coordinación si estos solo parecen ser pertinentes para las agencias internacionales por su idioma o ubicación.

Pueden necesitarse mecanismos de coordinación nacionales y subnacionales que tengan relaciones jerárquicas claras.

La participación en mecanismos de coordinación antes de un desastre establece relaciones y mejora la coordinación durante una respuesta. Vincular las estructuras de coordinación en situaciones de emergencia con los planes de desarrollo a largo plazo y los órganos de coordinación, cuando los haya.

Los mecanismos interinstitucionales para la coordinación de emergencias deben apoyar a los mecanismos de coordinación nacionales. En la asistencia a las personas refugiadas, el ACNUR utiliza el mecanismo de coordinación en materia de personas refugiadas.

El ***intercambio de información*** (incluida la información financiera) entre las diferentes partes interesadas y los diferentes mecanismos de coordinación hace que sea más probable identificar deficiencias o duplicaciones en el programa.

Trabajo con socios: pueden existir distintos tipos de acuerdos con los socios, que van desde lo puramente contractual hasta la toma de decisiones conjunta y los recursos compartidos.

Respetar el mandato y la visión de la organización asociada, así como su independencia. Identificar oportunidades para el aprendizaje y el desarrollo mutuos y lo que ganan ambas partes con la asociación al aumentar sus conocimientos y capacidades, y garantizar una mejor preparación para la respuesta y unas opciones de respuesta más variadas.

Las colaboraciones a más largo plazo entre las organizaciones locales y nacionales de la sociedad civil y las organizaciones internacionales pueden permitir a todos los socios aumentar sus conocimientos y capacidades, y garantizar una mejor preparación para la respuesta y unas opciones de respuesta más variadas.

Compromiso 7

Las comunidades y personas afectadas por crisis humanitarias pueden esperar que se les brinde una mejor asistencia, ya que las organizaciones aprenden de la experiencia y la reflexión.

Criterio de calidad

Los actores humanitarios aprenden y mejoran continuamente.

Indicadores de desempeño

1. Las comunidades y personas afectadas por crisis humanitarias identifican las mejoras en la asistencia y la protección que reciben a lo largo del tiempo.
2. Se producen mejoras en las intervenciones de asistencia y protección como resultado del aprendizaje generado en la respuesta actual.
3. La asistencia y la protección proporcionadas reflejan lo aprendido en otras respuestas.

Acciones clave

7.1 Aprovechar las lecciones aprendidas y las experiencias previas en el diseño de los programas.

- Diseñar sistemas de seguimiento simples y accesibles, reconociendo que la información debe representar a los distintos grupos, y señalando claramente quién se benefició y quién no.
- Considerar los fracasos y los éxitos.

7.2 Aprender, innovar y realizar cambios sobre la base del seguimiento y la evaluación, la retroalimentación y las quejas.

- Utilizar la escucha abierta y otros enfoques participativos cualitativos. Las personas afectadas por crisis humanitarias son las mejores fuentes de información sobre las necesidades y los cambios en la situación.
- Compartir el aprendizaje con las comunidades y debatir con ellas sobre el mismo, preguntándoles qué les gustaría hacer de otro modo y cómo fortalecer su función en la toma de decisiones o la gestión.

7.3 Compartir el aprendizaje y la innovación internamente, con las comunidades y personas afectadas por crisis humanitarias y con otras partes interesadas.

- Presentar la información recopilada mediante el seguimiento y la evaluación en un formato accesible que permita el intercambio y la toma de decisiones ⊕ *véase el Compromiso 4.*
- Identificar formas de apoyar las actividades de aprendizaje en todo el sistema.

Responsabilidades de la organización

7.4 Existen políticas de evaluación y aprendizaje, y se dispone de medios para aprender de la experiencia y mejorar las prácticas.

- Las organizaciones incluyen en su ciclo de aprendizaje un plan de mejora y revisión del desempeño basado en indicadores objetivos y medibles.
- Todo el personal comprende sus responsabilidades relacionadas con el seguimiento del progreso de su trabajo y el modo en que el aprendizaje puede contribuir a su desarrollo profesional.

7.5 Existen mecanismos para registrar el conocimiento y la experiencia y hacerlos accesibles a toda la organización.

- El aprendizaje de la organización conduce a cambios prácticos (como mejores estrategias para llevar a cabo las evaluaciones, la reorganización de los equipos en aras de una respuesta más cohesiva y una articulación más clara de las responsabilidades en la toma de decisiones).

7.6 La organización contribuye al aprendizaje y a la innovación en la respuesta humanitaria tanto entre pares como a nivel sectorial.

- Recabar y publicar informes sobre respuestas humanitarias, incluyendo las lecciones clave aprendidas y recomendaciones de prácticas revisadas durante futuras respuestas.

Notas de orientación

Aprender de la experiencia: los distintos enfoques y métodos se adaptan a los distintos objetivos de desempeño, aprendizaje y rendición de cuentas:

El seguimiento: la recopilación periódica de conjuntos de datos sobre las actividades y el desempeño de los proyectos. Puede utilizarse para corregir el rumbo. Utilizar datos cualitativos y cuantitativos para el seguimiento y la evaluación, triangular los datos y mantener registros consistentes. Considerar los aspectos éticos relativos al modo en que se recopilan, se gestionan y se notifican los datos. Determinar qué datos se recopilan y cómo se presentan sobre la base del uso y los usuarios previstos de los mismos. No deben recopilarse datos que no se vayan a analizar o utilizar.

Las revisiones en tiempo real: ejercicios puntuales de evaluación en los que participan personas que trabajan en el proyecto. Pueden utilizarse para corregir el rumbo.

La retroalimentación: información aportada por las personas afectadas, no necesariamente las estructuras. Puede utilizarse para corregir el rumbo. Las personas afectadas por crisis humanitarias son quienes mejor pueden juzgar los cambios que se producen en su vida.

Las revisiones a posteriori: ejercicios puntuales en los que participan personas que trabajan en el proyecto y que se producen tras la finalización del proyecto. Identifican los elementos que han de conservarse y los que hay que cambiar en los futuros proyectos.

Las evaluaciones: actividades formales para determinar objetivamente el valor de una actividad, proyecto o programa. Normalmente las realizan personas ajenas al proyecto. Pueden realizarse en tiempo real (para que pueda corregirse el rumbo) o tras la finalización del proyecto, con el fin de aportar aprendizaje para situaciones similares y de fundamentar las políticas.

La investigación: estudio sistemático de cuestiones específicas definidas y relacionadas con la acción humanitaria que se utiliza, normalmente, para fundamentar las políticas.

Innovación: la respuesta a las crisis humanitarias suele generar innovación porque las personas y las organizaciones se adaptan a los entornos cambiantes. Las personas afectadas por crisis humanitarias innovan porque se adaptan a sus propias circunstancias cambiantes. Pueden beneficiarse de un apoyo que las involucra más sistemáticamente en procesos de innovación y desarrollo.

Colaboración e intercambio de lecciones: el aprendizaje en colaboración con otras agencias, órganos gubernamentales y no gubernamentales, y órganos académicos es una obligación profesional y puede introducir perspectivas e ideas frescas, así como potenciar al máximo el uso de recursos limitados. La colaboración también ayuda a reducir la carga de evaluaciones repetidas en la misma comunidad.

Gran variedad de organizaciones han utilizado los ejercicios de aprendizaje entre homólogos, que pueden utilizarse para hacer un seguimiento del progreso en tiempo real o como un ejercicio reflexivo después de la crisis.

Las redes y las comunidades de prácticas (incluidas las del sector académico) pueden crear oportunidades de aprendizaje de grupos de homólogos, tanto sobre el terreno como en las revisiones a posteriori o en los foros de aprendizaje. Esto puede suponer una importante contribución a la práctica de la organización y al aprendizaje del sistema en su conjunto. El intercambio de desafíos y de éxitos entre homólogos puede ayudar a los actores humanitarios a identificar riesgos y evitar errores futuros.

Las pruebas disponibles en distintos sectores son especialmente útiles. El aprendizaje y la revisión de las pruebas entre organizaciones tienen más probabilidades de contribuir al cambio organizativo que las lecciones aprendidas en el seno de una sola organización.

El seguimiento realizado por las propias personas afectadas por crisis humanitarias puede aumentar la transparencia y mejorar la calidad, y fomentar la apropiación de la información.

Evaluación y políticas de aprendizaje: las lecciones clave y las áreas de mejora identificadas no siempre se abordan sistemáticamente, y las lecciones no pueden considerarse aprendidas a menos que hayan provocado cambios demostrables en las respuestas actuales o posteriores.

Gestión del conocimiento y aprendizaje de la organización: la gestión del conocimiento consiste en recopilar, desarrollar, compartir, almacenar y utilizar de manera eficaz el conocimiento y el aprendizaje de la organización. El personal nacional a largo plazo suele ser clave para preservar las relaciones y el conocimiento locales.

El aprendizaje también debe extenderse a los actores nacionales, regionales y locales, y ayudarles a desarrollar o actualizar sus propios planes de preparación para situaciones de crisis humanitarias.

Compromiso 8

Las comunidades y personas afectadas por crisis humanitarias reciben la ayuda que necesitan por parte del personal y voluntarios competentes gestionados de forma adecuada.

Criterio de calidad

El personal cuenta con apoyo para hacer su trabajo con eficacia y recibe un trato justo y equitativo.

Indicadores de desempeño

1. Todo el personal se siente apoyado por su organización para realizar su trabajo.
2. El personal cumple satisfactoriamente sus objetivos de desempeño.
3. Las comunidades y personas afectadas por crisis humanitarias evalúan al personal como eficaz con respecto a sus conocimientos, habilidades, comportamientos y actitudes.
4. Las comunidades y personas afectadas por crisis humanitarias conocen los códigos de conducta humanitarios y cómo manifestar sus preocupaciones sobre el incumplimiento de los mismos.

Acciones clave

8.1 El personal trabaja de acuerdo con el mandato y los valores de la organización, y con los objetivos acordados y las normas de desempeño.

- Pueden aplicarse términos y condiciones distintos al personal de distintos tipos y niveles. El derecho laboral nacional suele dictar la condición de las personas y debe respetarse. Todos los miembros del personal

deben conocer su condición jurídica y organizativa, ya sea nacional o internacional.

8.2 El personal se adhiere a las políticas que se le aplican y entiende cuáles son las consecuencias de no adherirse a ellas.

- La necesidad de orientación inicial y de formación sobre el mandato, las políticas y los códigos de conducta de la organización es aplicable en todas las situaciones, incluidas las de despliegue rápido o expansión.

8.3 El personal desarrolla y hace uso de las competencias personales, técnicas y de gestión necesarias para cumplir su función y entiende cómo la organización le puede ayudar a llevarlo a cabo.

- Las oportunidades para el desarrollo formal del personal pueden ser limitadas en la primera fase de la respuesta, pero los directivos deben, como mínimo, impartir una orientación inicial y formación práctica.

Responsabilidades de la organización

8.4 La organización posee las capacidades de gestión y el personal necesarios para ejecutar sus programas.

- Contratar a personas que aumenten la accesibilidad de los servicios y evitar toda percepción de discriminación, teniendo en cuenta el idioma, la etnia, el género, la discapacidad y la edad.
- Considerar con antelación cómo la organización va a hacer frente a los picos de demanda de personal cualificado. Aclarar los roles y las responsabilidades a nivel de país, así como las responsabilidades internas de toma de decisiones y las comunicaciones.
- Evitar el despliegue de personal para cortos períodos de tiempo, lo cual provoca una alta rotación de personal, merma la continuidad y la calidad del programa y puede llevar a que el personal evite asumir responsabilidades personales por las asignaciones.
- Adoptar prácticas de contratación éticas para evitar el riesgo de mermar la capacidad de las ONG locales.
- Formar al personal contratado localmente que es probable que permanezca durante períodos de tiempo más largos. En las agencias con múltiples mandatos, el personal dedicado al desarrollo debe estar formado y disponible para la respuesta humanitaria.

8.5 Las políticas y los procedimientos relativos al personal son justos, transparentes, no discriminatorios y acordes con el derecho laboral local.

- La política y la práctica de la organización promueven la función del personal nacional en los niveles directivos y de liderazgo para garantizar la continuidad, la memoria institucional y unas respuestas más adecuadas al contexto.

8.6 Existen descripciones de puestos, objetivos de trabajo y procesos de retroalimentación, de forma que los miembros del personal comprendan claramente lo que se les pide.

- Las descripciones de puestos son precisas y se mantienen actualizadas.
- Los miembros del personal formulan objetivos individuales relativos a sus competencias y aspiraciones laborales que se documentan en un plan de desarrollo.

8.7 Existe un código de conducta que establece, como mínimo, la obligación del personal de no cometer ningún acto de explotación, abuso o discriminación de personas.

- El código de conducta de la organización se comprende, está firmado y se respeta, dejando claro a todos los representantes de la organización (incluidos los miembros del personal, voluntarios, socios y contratistas) qué normas de comportamiento se esperan y cuáles son las consecuencias del incumplimiento de dicho código.

8.8 Existen políticas que ayudan al personal a mejorar sus habilidades y competencias.

- Las organizaciones deben disponer de mecanismos para revisar el desempeño del personal, evaluar las deficiencias en materia de capacidad y desarrollar el talento.

8.9 Existen políticas relativas a la seguridad y el bienestar del personal.

- Las agencias ejercen un deber de diligencia con respecto a sus trabajadores/as. Los responsables conciencian a las personas involucradas en la acción humanitaria de los riesgos y los protegen de la exposición a amenazas innecesarias para su salud física y emocional.
- Entre las medidas que pueden adoptarse se incluyen la gestión eficaz de la seguridad, el asesoramiento preventivo en materia de salud, el apoyo activo a unos horarios de trabajo razonables y el acceso a apoyo psicológico.
- Establecer una política que muestre tolerancia cero con respecto al acoso y el abuso, incluidos el acoso y el abuso sexuales, en el lugar de trabajo.
- Establecer estrategias de prevención y respuesta holísticas para abordar los incidentes de violencia y acoso sexuales experimentados o cometidos por su personal.

Notas de orientación

Personal y voluntarios: se considera que son miembros del personal todas las personas designadas que representen a la organización, incluidos los empleados nacionales, internacionales, fijos o contratados por períodos de corta duración, así como voluntarios y consultores.

Las organizaciones deben sensibilizar al personal y a los voluntarios para que conciencien sobre los grupos marginados y eviten actitudes y prácticas que estigmaticen y discriminen.

Adhesión a los mandatos, valores y políticas de la organización: se espera que el personal trabaje dentro del ámbito legal, la misión, los valores y la visión de la organización, que deben definirse y se les deben comunicar. Más allá de esta comprensión más amplia del papel y los métodos de trabajo de la organización, cada persona debe trabajar conforme a una serie de objetivos personales y a las expectativas en materia de desempeño que haya acordado con su directivo.

Las políticas deben adquirir compromisos explícitos con respecto al equilibrio de género con el personal y los voluntarios.

Las políticas deben promover un entorno de trabajo abierto, inclusivo y accesible para las personas con discapacidad. Esto puede incluir la identificación y la eliminación de las barreras a la accesibilidad en el lugar de trabajo; la prohibición de la discriminación por motivos de discapacidad; la promoción de la igualdad de oportunidades y la remuneración igual por trabajo de igual valor; así como la realización de ajustes razonables para las personas con discapacidad en el lugar de trabajo.

Los socios externos, los contratistas y los proveedores de servicios deben conocer también las políticas y los códigos de conducta que les son aplicables, así como las consecuencias del incumplimiento de los mismos (como la rescisión de los contratos).

Normas de desempeño y desarrollo de competencias: el personal y sus empleadores son mutuamente responsables del desarrollo de sus habilidades, incluidas las habilidades de gestión. Con la ayuda de unos objetivos y normas de desempeño claros, deben entender qué habilidades, competencias y conocimientos son necesarios para el desempeño de su función actual. También deben ser conscientes de las oportunidades de crecimiento y desarrollo que puedan estar disponibles o solicitarse. Las competencias se pueden mejorar con la experiencia, la formación, la tutoría o el asesoramiento.

Para evaluar las habilidades y el comportamiento de un miembro del personal pueden utilizarse varios métodos, entre ellos, la observación, la revisión del producto del trabajo, las conversaciones directas con dicho miembro y las entrevistas con sus colegas. Las evaluaciones de desempeño regulares y documentadas deben permitir a los directivos identificar áreas de apoyo y formación.

Capacidad del personal: los sistemas de gestión del personal dependen de cada organización y contexto, pero deben fundamentarse en buenas prácticas. Tienen que considerarse y planificarse a nivel estratégico con el apoyo de la alta dirección. La organización y los planes de los proyectos deben considerar la capacidad del personal y el equilibrio de género. Para cumplir los objetivos de la organización a corto y a largo plazo, debe existir el número adecuado de personal con las habilidades adecuadas en el lugar adecuado y en el momento adecuado.

Las organizaciones deben velar por que el personal posea las competencias necesarias para fomentar que se escuche a la comunidad y que esta tome decisiones y actúe. El personal deber recibir, asimismo, formación sobre cómo aplicar los procedimientos de operación estándar, pues esto permite un mayor nivel de delegación y respuestas más rápidas.

El calendario de revisión del desempeño debe ser lo suficientemente flexible como para incluir al personal que trabaje con contratos de corta duración y también a quienes tengan contratos de renovación automática. Debe prestarse la debida atención a las competencias de escuchar, propiciar la inclusión, favorecer el diálogo político y propiciar la toma de decisiones y las iniciativas por parte de la comunidad.

Las organizaciones asociadas deben convenir las competencias necesarias para que el personal cumpla los Compromisos acordados.

Políticas y procedimientos del personal: el estilo y la complejidad de las políticas y los procedimientos del personal dependerán del tamaño y el contexto de cada agencia. Sin embargo, al margen de lo simple o compleja que sea la agencia, en la medida de lo posible, personal debe participar en el desarrollo y la revisión de las políticas con el fin de asegurar que estas reflejen sus puntos de vista. Un manual del personal facilita el conocimiento y la consulta sobre las políticas y las consecuencias del incumplimiento.

Directrices del personal: todos los miembros del personal deben identificar objetivos individuales que incluyan sus aspiraciones laborales y las competencias que esperan desarrollar, y documentarlos en un plan de desarrollo.

Una respuesta eficaz no consiste simplemente en garantizar la presencia de personal cualificado, sino que depende también del modo en que se gestione a las personas. La investigación de los contextos de emergencia demuestra que, para garantizar una respuesta eficaz, una gestión, marcos y procedimientos eficaces son tan importantes o más que las habilidades del personal.

Seguridad y bienestar: el personal suele trabajar largas horas en condiciones estresantes y de riesgo. El deber de diligencia de una agencia con respecto a su personal nacional e internacional incluye medidas que promuevan el bienestar mental y físico, y eviten el cansancio prolongado, el agotamiento, las lesiones o las enfermedades.

Los directivos pueden promover el deber de diligencia mediante modelos de buenas prácticas y cumpliendo personalmente las políticas. Las personas involucradas en la acción humanitaria también tienen que asumir una responsabilidad personal con respecto a la gestión de su bienestar. Los/as trabajadores/as que hayan experimentado o presenciado eventos extremadamente perturbadores deben tener acceso inmediato a primeros auxilios psicológicos.

Formar al personal para recibir información de información sobre incidentes de violencia sexual sufridos por sus colegas. Brindar acceso a medidas robustas de

investigación y disuasión para fomentar la confianza y la rendición de cuentas. Cuando se produzca algún incidente, adoptar un enfoque centrado en los supervivientes en relación con el apoyo médico y psicosocial, que incluya el reconocimiento de traumas indirectos. Se ebe incluir y dar respuesta a las necesidades de los miembros del personal nacionales y expatriados.

Un profesional del ámbito de la salud mental apropiado desde el punto de vista cultural y lingüístico debe contactar con todos los miembros del personal y voluntarios nacionales e internacionales que hayan sobrevivido a un evento potencialmente traumático en el plazo de uno a tres meses posteriores a dicho evento. Este profesional también debe evaluar a los supervivientes y derivarlos a un tratamiento clínico, si procede.

Compromiso 9

Las comunidades y personas afectadas por crisis humanitarias pueden esperar que las organizaciones que les prestan asistencia gestionen los recursos de forma eficaz, eficiente y ética.

Criterio de calidad

Los recursos se gestionan y se usan de forma responsable para los fines previstos.

Indicadores de desempeño

1. Las comunidades y personas afectadas por crisis humanitarias conocen los presupuestos, gastos y resultados obtenidos a nivel de la comunidad.
2. Las comunidades y personas afectadas por crisis humanitarias consideran que los recursos disponibles se utilizan:
   a. para los fines previstos y
   b. sin desviación ni despilfarro.
3. Los recursos obtenidos para la respuesta se utilizan y son objeto de seguimiento de conformidad con los planes, objetivos, presupuestos y plazos acordados.
4. La respuesta humanitaria se presta de forma eficaz en función del costo.

Acciones clave

9.1 Diseñar programas y ejecutar procesos para garantizar un uso eficiente de los recursos manteniendo el equilibrio entre la calidad, el costo y la puntualidad en cada fase de la respuesta.

- En las crisis humanitarias de evolución rápida, adaptar los procedimientos para propiciar una toma de decisiones financieras más rápida y poder hacer frente a los desafíos (por ejemplo, la falta de proveedores disponibles para convocar licitaciones competitivas).

9.2 Gestionar y usar los recursos para lograr su objetivo previsto, minimizando el despilfarro.

- Garantizar la existencia de sistemas y personal con habilidades específicas para gestionar los riesgos relacionados con la adquisición, la asistencia basada en el uso de dinero en efectivo y la gestión de existencias.

9.3 Hacer un seguimiento de los gastos en relación con el presupuesto e informar al respecto.

- Establecer sistemas de planificación financiera y seguimiento para garantizar el cumplimiento de los objetivos del programa, incluidos procedimientos para mitigar los principales riesgos de la gestión financiera.
- Hacer un seguimiento de todas las transacciones financieras.

9.4 Cuando se utilicen recursos locales y naturales, considerar su impacto en el medio ambiente.

- Realizar una evaluación rápida del impacto ambiental a fin de determinar el riesgo y adoptar medidas de mitigación lo antes posible en la respuesta o el programa.

9.5 Gestionar el riesgo de corrupción y adoptar las medidas oportunas, si se identifica.

- Documentar los criterios de financiación y las fuentes de la misma. Actuar de forma abierta y transparente con la información de los proyectos.
- Alentar a las partes interesadas a que denuncien los abusos de poder.

Responsabilidades de la organización

9.6 Existen políticas y procesos que regulan el uso y la gestión de los recursos, incluido el modo en que la organización:

a. acepta y asigna fondos y obsequios en especie de manera ética y legal;
b. utiliza sus recursos de manera responsable desde el punto de vista ambiental;
c. previene y aborda la corrupción, el fraude, los conflictos de intereses y el uso indebido de los recursos;
d. realiza auditorías, verifica el cumplimiento e informa con transparencia;
e. evalúa, gestiona y mitiga el riesgo de forma continua, y
f. vela por que la aceptación de los recursos no comprometa su independencia.

Notas de orientación

Uso eficiente de los recursos: el término "recursos" hace referencia a los insumos que necesita una organización para el cumplimiento de su misión. Incluye, entre otras cosas, los fondos, el personal, los bienes, los equipos, el tiempo, el suelo y el medio ambiente en general.

En las crisis humanitarias agudas de gran resonancia suele haber presión para responder con rapidez y demostrar que los organismos están adoptando medidas para abordar la situación. Esto puede derivar en una planificación deficiente de los proyectos y en una atención insuficiente a la exploración de distintas opciones posibles en términos financieros y de programas (por ejemplo, el uso de asistencia basada en el uso de dinero en efectivo) que pueden ofrecer una mayor rentabilidad.

Sin embargo, el elevado riesgo de corrupción existente en estos contextos hace que sea importante ofrecer formación y apoyo al personal y establecer mecanismos de quejas para prevenir la corrupción dentro de los sistemas ⊕ *véanse los Compromisos 3 y 5.*

El despliegue de personal de nivel superior con experiencia en estos momentos puede ayudar a mitigar los riesgos y lograr un equilibrio entre la prestación de una respuesta oportuna, manteniendo las normas y limitando el despilfarro.

La colaboración y la coordinación entre organizaciones (y comunidades) también puede contribuir a una respuesta más eficiente (por ejemplo, mediante la realización de evaluaciones conjuntas o el apoyo a los sistemas logísticos y de registro interinstitucionales).

Al final del proyecto, será necesario donar, vender o devolver de manera responsable los activos y recursos que queden.

Utilización de los recursos para los fines previstos: todos los actores humanitarios tienen que rendir cuentas ante los donantes y las personas afectadas y deben ser capaces de demostrar que los recursos se han utilizado con sensatez, eficiencia y con buenos resultados.

Los registros contables deben satisfacer las normas nacionales y/o internacionales aceptadas y deben aplicarse sistemáticamente dentro de la organización.

El fraude, la corrupción y el despilfarro alejan los recursos de quienes más los necesitan. Sin embargo, no puede decirse que una intervención que no sea eficaz por no poseer el personal ni los recursos suficientes sea responsable. Lo económico no siempre resulta rentable. A menudo será necesario buscar el equilibrio entre la economía, la eficacia y la eficiencia.

Seguimiento e información sobre el gasto: todos los miembros del personal comparten alguna responsabilidad para garantizar la buena gestión de las finanzas. Se alienta al personal a denunciar cualquier sospecha de fraude, corrupción o uso indebido de los recursos.

Impacto ambiental y uso de los recursos naturales: las respuestas humanitarias pueden tener efectos negativos sobre el medio ambiente. Por ejemplo, pueden generar grandes cantidades de residuos, degradar los recursos naturales, contribuir al agotamiento o la contaminación de la capa freática y causar deforestación y otras amenazas ambientales.

Los ecosistemas son esenciales para el bienestar humano y protegen de las amenazas naturales. Cualquier impacto en el medio ambiente debe abordarse como una cuestión intersectorial, pues estos riesgos pueden causar daños mayores y duraderos para la vida, la salud y los medios de vida. En este proceso es esencial tener en cuenta a las personas afectadas y sus preocupaciones. El apoyo a la gestión local de los recursos naturales debe integrarse en la programación.

Gestión del riesgo de corrupción: la definición de las prácticas corruptas y lo que se entiende por dichas prácticas no es igual en todas las culturas. Para abordar este riesgo es fundamental una definición clara del comportamiento que se espera del personal (incluidos los voluntarios) y los socios ⊕ *véase el Compromiso 8.*

La participación respetuosa con los miembros de la comunidad, el establecimiento de mecanismos de seguimiento in situ y la transparencia con las partes interesadas puede ayudar a reducir el riesgo de corrupción.

Los ***obsequios en especie*** pueden generar dilemas éticos. Los obsequios responden a una norma social importante en muchas culturas y rechazar un obsequio se consideraría un gesto de mala educación. Si la aceptación del obsequio genera una sensación de endeudamiento, el destinatario debe rechazarlo educadamente. Pero si se acepta, es aconsejable declararlo y hablar con un directivo si siguen existiendo preocupaciones al respecto. Mitigar los riesgos en aras de la independencia operativa y la imparcialidad de la organización elaborando directrices dirigidas al personal y fomentando la transparencia. El personal debe conocer estas políticas y los posibles dilemas.

Recursos naturales e impacto ambiental: las organizaciones deben comprometerse a aplicar políticas y prácticas adecuadas desde el punto de vista ambiental (incluidos un plan de acción y una evaluación rápida del impacto ambiental) y utilizar las directrices existentes para ayudar a abordar las cuestiones ambientales en una emergencia.

Las políticas de adquisiciones ecológicas ayudan a reducir el impacto en el ambiente, pero deben gestionarse de manera que se reduzcan al mínimo los retrasos en la prestación de la asistencia.

Corrupción y fraude: el fraude incluye el robo, el desvío de bienes o propiedades y la falsificación de registros, como las solicitudes de reembolso de gastos. Todas las organizaciones deben llevar un registro preciso de las transacciones financieras realizadas para demostrar cómo se utilizan los fondos. Establecer sistemas y procedimientos para garantizar el control interno de los recursos financieros y prevenir el fraude y la corrupción.

Las organizaciones deben apoyar las buenas prácticas reconocidas en materia de gestión financiera y presentación de informes. Las políticas de la organización también deben garantizar que los sistemas de adquisición sean transparentes y sólidos e incorporen medidas de lucha contra el terrorismo.

Conflictos de intereses: los miembros del personal deben velar por que no haya conflictos entre los objetivos de la organización y sus propios intereses personales o financieros. Por ejemplo, no deben adjudicar contratos a proveedores, organizaciones o individuos que puedan reportar beneficios económicos para ellos mismos o sus familias.

Existen varios tipos de conflictos de intereses y las personas no siempre reconocen que están contraviniendo los códigos y las políticas de la organización. Por ejemplo, el uso de los recursos de la organización sin permiso o la aceptación de obsequios de un proveedor pueden interpretarse como conflictos de intereses.

La creación de una cultura donde las personas sientan que pueden hablar abiertamente y declarar cualquier conflicto de intereses real o potencial es clave para gestionarlos.

Auditoría y transparencia: las auditorías pueden ser de varios tipos. Las auditorías internas comprueban que se siguen los procedimientos. Las auditorías externas verifican si los estados financieros de la organización son veraces y fieles. Las auditorías de investigación se realizan cuando una organización sospecha de la existencia de un problema concreto, normalmente de fraude.

Referencias y lecturas complementarias

Recursos adicionales de la Norma Humanitaria Esencial: corehumanitarianstandard.org

CHS Alliance: www.chsalliance.org

Compass Calidad en la CHS: www.urd.org

Overseas Development Institute (ODI): www.odi.org

Rendición de cuentas

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium (ADCAP), 2018. www.refworld.org

Complaints Mechanism Handbook. ALNAP, Danish Refugee Council, 2008. www.alnap.org

Criterios mínimos para el análisis de mercado en situaciones de emergencia (MISMA). Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. http://www.cashlearning.org

Normas mínimas para la protección de la infancia en la acción humanitaria (CPMS). El Grupo de Trabajo para la Protección de la Infancia (CPWG), 2010. https://www.humanitarianresponse.info

Normas mínimas para la educación: Preparación, Respuesta, Recuperación. Red Interagencial para la Educación en Situaciones de Emergencia (INEE), 2010. http://www.ineesite.org

Normas y directrices para intervenciones ganaderas en emergencias (LEGS). LEGS Project, segunda edición, 2017. https://www.livestock-emergency.net

Lewis, T. *Financial Management Essentials: Handbook for NGOs.* Mango, 2015. www.mango.org

Top Tips for financial governance. Mango, 2013. www.mango.org

Guidelines on Setting Up a Community Based Complaints Mechanism Regarding Sexual Exploitation and Abuse by UN and non-UN Personnel. PSEA Task Force, IASC Task force, 2009. www.pseataskforce.org

Normas mínimas para la recuperación económica (MERS). Red SEEP, 2017. https://seepnetwork.org

Munyas Ghadially, B. *Putting Accountability into Practice.* Resource Centre, Save the Children, 2013. http://resourcecentre.savethechildren.se

Desempeño de las personas involucradas en la acción humanitaria

Building Trust in Diverse Teams: The Toolkit for Emergency Response. ALNAP, 2007. www.alnap.org

Protection from Sexual Exploitation and Abuse. CHS Alliance. https://www.chsalliance.org

A Handbook for Measuring HR Effectiveness. CHS Alliance, 2015. http://chsalliance.org

Protection Against Sexual Exploitation and Abuse (PSEA). OCHA. https://www.unocha.org

Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo. OMS, War Trauma Foundation y Visión Mundial Internacional, Ginebra, 2011. http://apps.who.int

Rutter, L. *Core Humanitarian Competencies Guide: Humanitarian Capacity Building Throughout the Employee Life Cycle.* NGO Coordination Resource Centre, CBHA, 2011. https://ngocoordination.org

Evaluaciones

Humanitarian Needs Assessment: The Good Enough Guide. ACAPS and ECB, 2014. www.acaps.org

Valoración participativa, Manual de la participación para los actores humanitarios (Capítulo 7). ALNAP y Groupe URD, 2009. https://www.urd.org

Evaluación multisectorial inicial rápida (MIRA). Orientación. (Revisión julio 2015). IASC, 2015. https://www.humanitarianresponse.info

Respuesta basada en dinero en efectivo

Blake, M. Propson, D. Monteverde, C. *Principles on Public-Private Cooperation in Humanitarian Payments.* CaLP, World Economic Forum, 2017. www.cashlearning.org

Cash or in-kind? Why not both? Response Analysis Lessons from Multimodal Programming. Cash Learning Partnership, July 2017. www.cashlearning.org

Martin-Simpson, S. Grootenhuis, F. Jordan, S. *Monitoring4CTP: Monitoring Guidance for CTP in Emergencies.* Cash Learning Partnership, 2017. www.cashlearning.org

Menores

Normas para la Protección Infantil y cómo implementarlas. Keeping Children Safe, 2014. https://www.keepingchildrensafe.org

Coordinación

Reference Module for Cluster Coordination at the Country Level. Humanitarian Response, IASC, 2015. www.humanitarianresponse.info

Knox Clarke, P. Campbell, L. *Exploring Coordination in Humanitarian Clusters.* ALNAP, 2015. https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int

Diseño y respuesta

El ciclo de planificación humanitaria de la IASC. Humanitarian Response. https://www.humanitarianresponse.info

Personas con discapacidad

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Naciones Unidas. http://www.un.org

Violencia de género

Directrices para la integración de las intervenciones contra la violencia de género en la acción humanitaria: Reducir el riesgo, promover la resiliencia e impulsar la recuperación. GBV Guidelines, IASC, 2015. gbvguidelines.org

Handbook for Coordinating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings. United Nations, UNICEF, November 2010. https://www.un.org

Género

Manual de género para acción humanitaria. IASC, 2017. https://interagencystandingcommittee.org

Mazurana, D. Benelli, P. Gupta, H. Walker, P. *Sex and Age Matter: Improving Humanitarian Response in Emergencies.* ALNAP, 2011, Feinstein International Center, Tufts University.

Respuesta humanitaria centrada en las personas

Bonino, F. Jean, I. Knox Clarke, P. *Closing the Loop – Effective Feedback in Humanitarian Contexts.* ALNAP, March 2014, London. www.alnap.org

¿Qué es el AVC? Introducción al Análisis de vulnerabilidad y capacidad. FICR, 2006, Ginebra. http://www.ifrc.org

Manual de la participación para los actores humanitarios. Groupe URD, ALNAP, 2009. https://www.urd.org

Desempeño, seguimiento y evaluación

Catley, A. Burns, J. Abebe, D. Suji, O. *Evaluación Participativa del Impacto: Guía para profesionales.* Tufts University, marzo 2014, Feinstein International Center, Somerville. http://fic.tufts.edu

Esfera en el seguimiento y la evaluación. El Proyecto Esfera, marzo 2015. http://www.sphereproject.org

Guía para el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. FICR, enero 2011. http://www.ifrc.org

Hallam, A. Bonino, F. *Using Evaluation for a Change: Insights from Humanitarian Practitioners.* ALNAP Study, October 2013, London. www.alnap.org

Protección

Slim, H. Bonwick, A. *Protección: Una guía de ALNAP para agencias humanitarias.* ALNAP, 2005. http://www.psicosocial.net

Recuperación

Normas mínimas para la recuperación económica. La Red SEEP, 2017. https://seepnetwork.org

Resiliencia

Reaching Resilience: Handbook Resilience 2.0 for Aid Practitioners and Policymakers in Disaster Risk Reduction, Climate Change Adaptation and Poverty Reduction. Reaching Resilience, 2013. www.reachingresilience.org

Turnbull, M. Sterret, C. Hilleboe, A. *Hacia la Resiliencia. Una guía para la reducción del riesgo de desastres y adaptación al cambio climático.* Catholic Relief Services, 2013. https://www.crs.org

Medio ambiente

Directrices para emergencias ambientales, 2ª edición. Environment Emergencies Centre, 2017. http://www.eecentre.org

Environment and Humanitarian Action: Increasing Effectiveness, Sustainability and Accountability. UN OCHA/UNEP, 2014. www.unocha.org

Training toolkit: Integrating the environment into humanitarian action and early recovery. UNEP, Groupe URD. http://postconflict.unep

Lecturas complementarias

Para consultar sugerencias de lecturas complementarias, diríjase a www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene (WASH)

Abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene (WASH)

Promoción de la higiene	Abastecimiento de agua	Gestión de excrementos	Control de vectores	Gestión de residuos sólidos	WASH en brotes de enfermedad y en entornos de atención de salud
Norma 1.1 Promoción de la higiene	**Norma 2.1** Acceso y cantidad de agua	**Norma 3.1** Entorno libre de excrementos humanos	**Norma 4.1** Control de vectores a nivel de asentamiento	**Norma 5.1** Entorno libre de residuos sólidos	**Norma 6** WASH en entornos de atención de salud
Norma 1.2 Identificación, acceso y uso de artículos de higiene	**Norma 2.2** Calidad del agua	**Norma 3.2** Acceso y uso de los retretes	**Norma 4.2** Acciones domésticas y personales para el control de vectores	**Norma 5.2** Acciones domésticas y personales para gestionar los residuos sólidos de forma segura	
Norma 1.3 Atención a la higiene menstrual e incontinencia		**Norma 3.3** Gestión y mantenimiento de los sistemas de recogida, transporte, eliminación y tratamiento de los excrementos		**Norma 5.3** Sistemas de gestión de residuos sólidos a nivel comunitario	

APÉNDICE 1 Lista de verificación para la evaluación de las necesidades iniciales de abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene
APÉNDICE 2 El diagrama F: Transmisión fecal-oral de enfermedades diarreicas
APÉNDICE 3 Cantidades mínimas de agua: cifras de supervivencia y cuantificación de las necesidades de agua
APÉNDICE 4 Número mínimo de retretes en la comunidad, en lugares públicos e instituciones
APÉNDICE 5 Enfermedades relacionadas con el agua y el saneamiento
APÉNDICE 6 Árbol de decisiones de tratamiento y almacenamiento de agua en el hogar

Índice

Conceptos esenciales en materia de abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene 104

Normas WASH:

1. Promoción de la higiene 109
2. Abastecimiento de agua 120
3. Gestión de excrementos 129
4. Control de vectores 138
5. Gestión de residuos sólidos 144
6. WASH en brotes de enfermedad y en entornos de atención de salud 149

Apéndice 1: Lista de verificación para la evaluación de las necesidades iniciales de abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene 157

Apéndice 2: El diagrama F: Transmisión fecal-oral de enfermedades diarreicas 163

Apéndice 3: Cantidades mínimas de agua: cifras de supervivencia y cuantificación de las necesidades de agua 164

Apéndice 4: Número mínimo de retretes: comunidad, lugares públicos e instituciones 165

Apéndice 5: Enfermedades relacionadas con el agua y el saneamiento 166

Apéndice 6: Árbol de decisiones de tratamiento y almacenamiento de agua en el hogar 169

Referencias y lecturas complementarias 170

Conceptos esenciales en materia de abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene

Todas las personas tienen derecho al agua y al saneamiento

Las normas mínimas de Esfera sobre abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene (WASH, por sus siglas en inglés) son una expresión práctica del derecho a tener acceso al agua y al saneamiento en contextos humanitarios. Estas normas están basadas en los principios, convicciones, derechos y obligaciones declarados en la Carta Humanitaria, que incluyen el derecho a vivir con dignidad, el derecho a la protección y a la seguridad, y el derecho a recibir asistencia humanitaria en función de las necesidades.

Para consultar la lista de los documentos jurídicos y normativos fundamentales en los que se sustenta la Carta Humanitaria, con comentarios explicativos para el personal humanitario, ⊕ véase el *anexo 1: Fundamentos jurídicos de Esfera*.

Las personas afectadas por crisis son más propensas a padecer enfermedades y a fallecer a consecuencia de ellas, especialmente enfermedades diarreicas e infecciosas. Este tipo de enfermedades están claramente relacionadas con un saneamiento y un abastecimiento de agua inadecuados, y una higiene deficiente. Los programas WASH tienen por objeto reducir los riesgos de salud pública.

Las principales vías de contacto con patógenos infecciosos son las heces, los fluidos, los dedos de las manos, las moscas y los alimentos. El principal objetivo de los programas WASH de una respuesta humanitaria es reducir los riesgos de salud pública creando barreras en esas vías ⊕ *véase el apéndice 2: El diagrama F*. Las principales actividades son:

- promover buenas prácticas de higiene;
- suministrar agua potable segura;
- establecer instalaciones de saneamiento apropiadas;
- reducir los riesgos ambientales para la salud; y
- garantizar condiciones que permitan a las personas vivir con buena salud, dignidad, confort y seguridad.

En los programas WASH, es importante:

- gestionar toda la cadena de agua: abastecimiento, tratamiento, distribución, recogida, almacenamiento en el hogar y consumo;
- gestionar toda la cadena de saneamiento de manera integrada; y
- favorecer comportamientos saludables positivos, y garantizar el acceso a artículos de higiene.

La interacción con la comunidad es crucial

La participación de la comunidad en materia de WASH es un proceso dinámico que conecta a la comunidad con otras partes interesadas, de modo que las personas afectadas por crisis tengan mayor control sobre la respuesta y el impacto que tiene sobre ellas. Una participación efectiva vincula a las comunidades y a los equipos de respuesta para obtener la máxima influencia de la comunidad para reducir los riesgos de salud pública, prestar servicios apropiados y accesibles, mejorar la calidad del programa y establecer la rendición de cuentas. Explora la capacidad y la voluntad que tiene la comunidad para gestionar y mantener sistemas WASH ⊕ *véase la figura 4: Participación de la comunidad en materia de WASH*.

Gracias a la interacción con la comunidad se obtiene un conocimiento esencial de sus percepciones, necesidades, mecanismos de afrontamiento, capacidades, normas existentes, estructuras de liderazgo y prioridades, así como de las medidas adecuadas que se han de adoptar. El seguimiento y la evaluación, incluidos los mecanismos de retroalimentación funcionales, determinan si las respuestas WASH son apropiadas o se han de adaptar ⊕ *véase Norma Humanitaria Esencial - Compromisos 4 y 5*.

Participación de la comunidad en materia de WASH (Figura 4)

Los programas WASH requieren especial consideración en las zonas urbanas

La participación de la comunidad puede ser más difícil en las zonas urbanas, donde la densidad de población es mayor y los grupos de riesgo tienen menor visibilidad. Sin embargo, en los espacios públicos de las zonas urbanas, los medios de comunicación y la tecnología pueden ofrecer la oportunidad de entablar un diálogo más amplio y eficiente. La diversidad en la propiedad de recursos (el hogar en las áreas rurales, la combinación de lo público y lo privado en las zonas urbanas) influye en la elección de las opciones de respuesta y los métodos de ejecución.

Es necesaria una combinación de enfoques

La asistencia basada en el mercado puede satisfacer las necesidades WASH de manera eficaz y eficiente, por ejemplo, garantizando el acceso a artículos de higiene. La asistencia basada en el uso de dinero en efectivo (entrega directa de efectivo o de cupones) debería complementarse con otras actividades WASH, como la asistencia técnica y la participación de la comunidad. Con respecto a la implementación, las opciones varían desde la construcción de infraestructuras hasta la promoción de la higiene y la movilización de la comunidad. Se pueden facilitar generadores o retretes temporales de forma inmediata, mientras que la revisión general de los servicios de tratamiento del agua es un proyecto a largo plazo. El control de calidad y la asistencia técnica son críticos para garantizar la seguridad y la salud. La asistencia técnica debe ser oportuna y apropiada. Debería ser sistemática, accesible y alcanzable.

Las respuestas WASH deben potenciar los objetivos de la comunidad a largo plazo y reducir al mínimo el impacto ambiental. La gestión integrada del agua y el saneamiento debería satisfacer las necesidades humanas y proteger el ecosistema. Esto puede influir en la elección de la tecnología, el momento de realización y el escalonamiento de las actividades, la interacción con la comunidad, la interacción con el sector privado y el mercado, y las opciones de financiación.

Estas normas mínimas no deben aplicarse de forma aislada

El derecho a un abastecimiento de agua y un saneamiento adecuados está ligado a los derechos al alojamiento, a la alimentación y a la salud. Los avances efectivos en el cumplimiento de las normas mínimas en un ámbito influyen en los avances en otros ámbitos. La estrecha coordinación y colaboración con otros sectores, así como la coordinación con las autoridades locales y otros organismos de respuesta contribuyen a garantizar que se satisfagan las necesidades, que no se dupliquen los esfuerzos y que se optimice la calidad de las respuestas WASH. Por ejemplo, cuando no se cumplien las normas nutricionales, es más urgente cumplir las normas de agua y saneamiento porque aumenta la vulnerabilidad de las personas a las enfermedades. Lo mismo se aplica a las poblaciones en las que existe un alto grado de prevalencia del VIH. Las referencias cruzadas a lo largo del Manual indican los posibles vínculos.

Cuando las normas nacionales sean menos exigentes que las normas mínimas de Esfera, las organizaciones humanitarias deberán colaborar con el gobierno para elevar de forma progresiva la exigencia.

El derecho internacional protege específicamente el derecho al agua y al saneamiento

Este derecho incluye el acceso a un abastecimiento de agua suficiente, seguro y asequible para uso personal y doméstico, así como a instalaciones de saneamiento privadas, seguras y limpias. Los Estados tienen la obligación de garantizar este derecho durante una crisis ⊕ *véase el anexo 1: Fundamentos jurídicos de Esfera El acceso a*.

Es esencial disponer de agua segura e instalaciones de saneamiento apropiadas para:

- sustentar la vida, la salud y la dignidad;
- evitar la muerte por deshidratación;
- reducir el riesgo de enfermedades relacionadas con el agua, el saneamiento y la higiene; y
- satisfacer adecuadamente las necesidades de agua para el consumo, para cocinar y para la higiene personal y doméstica.

El derecho al agua y al saneamiento es parte de los derechos universales esenciales para la supervivencia y la dignidad humanas, y del cumplimiento de este derecho son responsables actores estatales y no estatales. Durante un conflicto armado, por ejemplo, está prohibido atacar, destruir, sustraer o inutilizar las instalaciones de agua o las obras de riego.

Vínculos con los Principios de Protección y la Norma Humanitaria Esencial

El uso del agua influye en la protección. Los conflictos armados y la desigualdad afectan a la seguridad del abastecimiento de agua para las personas y los grupos. La multiplicidad de demandas de agua para el consumo, así como para usos domésticos y para los medios de vida, puede acarrear problemas en el ámbito de la protección si las actividades a corto y largo plazo no se diseñan adecuadamente. La protección en las respuestas WASH suele considerarse desde la perspectiva de la protección y la seguridad personales, y reconoce que existe especial vulnerabilidad durante la gestión de la recogida de agua, la defecación o la higiene menstrual. Este tipo de elementos de protección personal son esenciales, pero también hay cuestiones de protección de carácter más general que están adquiriendo una importancia fundamental. Adoptar algunas medidas sencillas desde el principio, como poner cerraduras en las puertas de los retretes, un alumbrado adecuado y la segregación de las instalaciones, puede reducir el riesgo de abuso o violencia.

Una programación adaptada e inclusiva es esencial para evitar la discriminación, reducir riesgos potenciales y mejorar el uso o la calidad de los servicios. Por

ejemplo, hay que velar por que las personas con discapacidad puedan acceder a las instalaciones de higiene, y para que mujeres, los niños y las niñas dispongan de recipientes de tamaño apropiado para transportar agua. Involucrar a las personas y a las comunidades en todas las fases de la respuesta puede ayudar a incorporar las consideraciones de protección en los programas WASH. Las personas involucradas en la acción humanitaria deben recibir formación relativa a la protección de la infancia y saber cómo utilizar los sistemas de referencia en presuntos casos de violencia, abuso o explotación, incluidos los relacionados con menores.

Las organizaciones humanitarias deben considerar cuidadosamente la cooperación y coordinación civil-militar, especialmente en situaciones de conflicto. Las percepciones de neutralidad e imparcialidad pueden influir en la aceptación por parte de la comunidad. Puede que las organizaciones humanitarias tengan que aceptar ayuda militar, por ejemplo, para realizar tareas de transporte y distribución. No obstante, es preciso tener debidamente en cuenta el impacto en los principios humanitarios y tratar de mitigar los riesgos para la protección ⊕ *véanse Carta Humanitaria* y *Situaciones con fuerzas militares nacionales e internacionales en ¿Qué es Esfera?*

En la aplicación de las normas mínimas, deben respetarse los nueve compromisos de la Norma Humanitaria Esencial como base de la ejecución de programas WASH responsables.

1. Promoción de la higiene

En situaciones de crisis, las enfermedades relacionadas con el agua, el saneamiento y la higiene provocan importantes enfermedades y muertes que podrían evitarse. La promoción de la higiene que favorece conductas, la participación de la comunidad y medidas tendentes a reducir el riesgo de estas enfermedades son fundamentales para que la respuesta WASH tenga éxito.

Es improbable que un método estandarizado que esté, orientado fundamentalmente a transmitir mensajes y distribuir artículos de higiene sea muy eficaz. Los riesgos y la manera en que se perciben varían según el contexto. Las personas tienen distintas experiencias vitales, estrategias de afrontamiento y normas culturales y conductuales. Es importante adaptar los métodos de acuerdo con un análisis del contexto, además de la experiencia, las estrategias de afrontamiento y las normas de las personas afectadas. Una promoción eficaz de la higiene se basa en:

- el trabajo con la comunidad para movilizar la acción y contribuir a la toma de decisiones;
- la comunicación y retroalimentación bilateral sobre riesgos, prioridades y servicios, y
- el acceso y uso de instalaciones, servicios y materiales WASH.

La promoción de la higiene debería partir del propio conocimiento que tengan las personas en materia de riesgos y prevención de enfermedades a fin de promover comportamientos positivos de búsqueda de atención sanitaria.

Hacer un seguimiento regular de las actividades y los resultados para comprobar que hay una evolución en la promoción de la higiene y en los programas WASH. Coordinar con los actores del sector salud para hacer un seguimiento de la incidencia de enfermedades relacionadas con WASH, como las enfermedades diarreicas, el cólera, las fiebres tifoideas, el tracoma, los parásitos intestinales y la esquistosomiasis ⊕ *véase Atención esencial de salud – Enfermedades transmisibles - Normas 2.1.1 a 2.1.4* y *Sistemas de salud - Norma 1.5*.

Promoción de la higiene - Norma 1.1: Promoción de la higiene

Las personas son conscientes de los principales riesgos de salud pública relacionados con el agua, el saneamiento y la higiene, y pueden adoptar medidas individuales, familiares y comunitarias para reducirlos.

Acciones clave

1 Identificar los principales riesgos de salud pública y las prácticas de higiene actuales que contribuyan a estos riesgos.

- Desarrollar un perfil de la comunidad para determinar qué personas y grupos son vulnerables a qué riesgos relacionados con WASH y por qué.
- Identificar factores que puedan motivar comportamientos positivos y medidas preventivas.

2 Trabajar con la población afectada para diseñar y gestionar la promoción de la higiene y la respuesta WASH general.

- Desarrollar una estrategia de comunicación utilizando tanto los medios de comunicación de masas como el diálogo con la comunidad a fin de compartir información práctica.
- Identificar y formar a las personas influyentes, los grupos de la comunidad y los agentes de extensión.

3 Utilizar la retroalimentación facilitada por la comunidad y los datos de vigilancia de la salud para adaptar y mejorar la promoción de la higiene.

- Hacer un seguimiento del acceso y el uso de las instalaciones WASH y de cómo las actividades de promoción de la higiene afectan el comportamiento y la práctica.
- Adaptar las actividades e identificar las necesidades no satisfechas.

Indicadores clave

Porcentaje de familias afectadas que describen correctamente tres medidas para prevenir enfermedades relacionadas con WASH

Porcentaje de la población destinataria que cita correctamente dos momentos clave para lavarse las manos

Porcentaje de la población destinataria que se observa que utiliza los lavabos al salir de los retretes comunitarios

Porcentaje de hogares afectados que disponen de agua y jabón para lavarse las manos

Porcentaje de la población afectada que obtiene agua de fuentes de abastecimiento mejoradas

Porcentaje de hogares que almacenan agua potable en recipientes limpios y cubiertos

Porcentaje de personas cuidadoras que dicen desechar los excrementos de los menores de forma segura

Porcentaje de familias que utilizan productos de incontinencia (compresas y pañales, botellas urinarias, cuñas urinarias para la cama, sillas de ruedas con orinal) que dicen desechar los excrementos de adultos incontinentes de forma segura

Porcentaje de hogares afectados que desechan los residuos sólidos adecuadamente

Porcentaje de personas que han aportado retroalimentación y dicen que el mismo ha sido utilizado para adaptar y mejorar las instalaciones y los servicios WASH

El entorno local está libre de heces de humanos y animales

Notas de orientación

Comprender y gestionar los riesgos WASH: priorizar y reducir los riesgos WASH en la fase inicial de una crisis puede ser difícil. Hay que centrarse en el uso de agua segura, en la gestión de excrementos y en el lavado de las manos, ya que seguramente son estos factores los que más influyen en la prevención de la transmisión de enfermedades. Para evaluar los riesgos de salud pública relacionados con WASH, y las medidas para reducirlos, será necesario conocer:

- el uso actual de las instalaciones y los servicios WASH;
- el acceso a artículos esenciales de higiene doméstica ⊕ *véase WASH - Promoción de la higiene - Normas 1.2 y 1.3*;
- las estrategias de afrontamiento, costumbres y creencias locales actuales;
- las estructuras sociales y las dinámicas de poder en la comunidad;
- dónde van las personas para obtener atención de salud (incluyendo curanderos tradicionales, farmacias, clínicas);
- quién es el responsable de la operación y el mantenimiento de las infraestructuras WASH;
- los datos de vigilancia de enfermedades relacionadas con WASH;
- las barreras sociales, físicas y de comunicación para el acceso a las instalaciones y los servicios WASH, especialmente para las mujeres y las niñas, las personas mayores y las personas con discapacidad;
- las variaciones del nivel de renta; y
- las condiciones ambientales y las tendencias estacionales de las enfermedades.

Para mantener la motivación, la práctica y los cambios de comportamiento tienen que ser fáciles. Las instalaciones deben ser convenientes y accesibles para todas las personas usuarias, seguras, dignas, limpias y culturalmente apropiadas. Se debe incluir tanto a los hombres como a las mujeres en las actividades de promoción de la higiene, ya que el apoyo activo a la higiene por parte de los hombres puede tener una influencia decisiva en los comportamientos de la familia.

Movilización de la comunidad: trabajar con las estructuras existentes y asegurar que tanto los hombres como las mujeres disponen por igual de oportunidades pagadas o voluntarias. La movilización y la acción preventiva pueden ser facilitadas por. Los líderes comunitarios y religiosos respetados, los agentes de extensión y los actores locales de confianza, como grupos de mujeres o jóvenes.

Es frecuente asignar dos agentes de extensión por cada 1.000 personas. Los agentes de extensión y las personas voluntarias deben tener buenas aptitudes de comunicación, ser capaces de establecer relaciones respetuosas con las comunidades locales y conocer en profundidad las necesidades e inquietudes locales. Si es necesario, los incentivos para los agentes de extensión deberán ser acordados a través de un foro de coordinación local para promover la equidad y evitar problemas.

Los trabajadores comunitarios de salud pueden tener roles similares a los de los agentes de extensión WASH, pero diferentes responsabilidades ⊕ *véase Sistemas de salud - Norma 1.2: Recursos humanos de salud*.

Trabajar con menores: los menores pueden promover comportamientos saludables entre sus familiares y otros menores. El departamento de educación o los servicios sociales pueden detectar oportunidades para promover la higiene en las escuelas, en la atención residencial, en las unidades familiares encabezadas por menores y entre los menores que viven en la calle. Contar con los menores en la elaboración de los mensajes ⊕ *véanse el Manual INEE y el Manual CPMS*.

Canales y métodos de comunicación: proporcionar información en distintos formatos (escrito, gráfico, audio) y en varios idiomas para que sea lo más accesible posible. Adaptar los mensajes para los menores y las personas con discapacidad y elaborar mensajes de prueba a fin de comprobar que sean inteligibles al margen de diferencias de edad, sexo, nivel educativo e idioma.

El diálogo a nivel de la comunidad es útil para resolver problemas y planificar medidas. Los medios de comunicación de masas pueden reforzar la información general con mayor alcance. Ambos son útiles si se destinan a públicos concretos.

Diseñar mecanismos de retroalimentación apropiados con los usuarios y hacer un seguimiento de su eficacia. Comunicar la información de retroalimentación a la comunidad, animándoles a responder a su vez ⊕ *véase Norma Humanitaria Esencial - Compromiso 5*.

Lavarse las manos con jabón es una forma importante de prevenir la transmisión de enfermedades diarreicas. Los lavabos necesitan un suministro regular de agua y jabón y un desagüe seguro. Posicionar los lavabos de manera que la acción de lavarse las manos se produzca antes de tocar los alimentos (comer, preparar alimentos o alimentar a un menor) y después del contacto con los excrementos (después de utilizar el retrete o de limpiar las nalgas de un menor) ⊕ *véase Abastecimiento de agua - Norma 2.2: Calidad del agua*.

Promover el uso de los retretes: un aspecto clave para el personal de promoción de la higiene es el uso inclusivo de instalaciones y materiales de eliminación de excrementos. Además de la limpieza y el olor, hay aspectos que actúan como factores disuasorios del uso de los retretes, como la vergüenza, los tabúes culturales, la accesibilidad física y las cuestiones de privacidad y seguridad ⊕ *véase Gestión de excrementos - Norma 3.2: Acceso y uso de los retretes*.

Recoger, transportar y almacenar agua potable de forma segura es clave para reducir los riesgos de contaminación. Los hogares necesitan recipientes separados para recoger y almacenar el agua potable ⊕ *véase Promoción de la higiene - Norma 1.2* y *Abastecimiento de agua - Normas 2.1 y 2.2*.

Personas en tránsito: buscar oportunidades para interactuar con las personas en tránsito, ya sea viajando con ellas temporalmente o hablando con ellas en las áreas de descanso. Utilizar canales de comunicación como la radio, los mensajes SMS, las redes sociales o los teléfonos gratuitos para proporcionar información sobre higiene y solicitar retroalimentación. Diseñar el paquete de "artículos domésticos" con este fin, incluyendo teléfonos móviles o cargadores solares, que también les permitan comunicarse con sus familias, acceder a información y proporcionar retroalimentación.

Promoción de la higiene - Norma 1.2: Identificación, acceso y uso de artículos de higiene

Las personas afectadas disponen de artículos apropiados que contribuyen a la higiene, la salud, la dignidad y el bienestar, y los utilizan.

Acciones clave

1 Identificar los artículos de higiene esenciales que las personas, las familias y las comunidades necesitan.

- Considerar las diferentes necesidades de los hombres y las mujeres, las personas mayores, los menores y las personas con discapacidad.
- Identificar y proporcionar artículos comunitarios adicionales para mantener la higiene ambiental, como contenedores de residuos sólidos y equipos de limpieza.

2 Proporcionar acceso oportuno a artículos esenciales.

- Evaluar la disponibilidad de artículos en los mercados locales, nacionales o internacionales.

3 Trabajar con las poblaciones afectadas, las autoridades locales y otros actores para planificar la recogida o compra de artículos de higiene.

- Proporcionar información sobre el momento, el lugar, el contenido y los destinatarios previstos de la asistencia basada en el uso de dinero en efectivo y/o de los artículos de higiene.
- Coordinarse con otros sectores para proporcionar asistencia basada en el uso de dinero en efectivo y/o artículos de higiene, y decidir los mecanismos de distribución.

4 Preguntar a las personas afectadas por la idoneidad de los artículos de higiene elegidos, y su satisfacción con el mecanismo para obtenerlos.

Indicadores clave

Todos los hogares afectados tienen acceso a la cantidad mínima de artículos de higiene esenciales

- dos recipientes de agua por hogar (de 10 a 20 litros, uno para recoger agua y otro para almacenarla);
- 250 gramos de jabón de baño por persona y mes
- 200 gramos de jabón de colada por persona y mes
- Jabón y agua en el lavabo (un lavabo por retrete compartido o uno por hogar)
- Orinal, recogedor o pañales para desechar las heces de niños/as

Porcentaje de personas afectadas que declaran o se observa que utilizan regularmente artículos de higiene tras la distribución

Porcentaje de ingresos que destinan los hogares a comprar artículos de higiene para necesidades prioritarias identificadas

Notas de orientación

Determinar artículos esenciales: los artículos y kits de higiene deben adaptarse a la cultura y al contexto. En la fase inicial, se deben priorizar los artículos esenciales (como el jabón, los recipientes de agua y los materiales para la menstruación y la incontinencia) por encima de los artículos que es "agradable" tener (como un cepillo para el cabello, champú o pasta y cepillo de dientes). Algunos grupos tendrán requisitos específicos ⊕ *véase Notas de orientación - Grupos en riesgo a continuación*.

Recipientes de agua: buscar recipientes de 10 a 20 litros para recoger y almacenar agua potable y agua de uso doméstico. Los recipientes deben ser de tamaño y tipo adecuados a la edad y capacidad de carga de las personas que suelen encargarse de recoger el agua. Deben disponer de tapa y estar limpios y cubiertos. Los recipientes de almacenamiento deben tener cuello estrecho o un grifo para garantizar la seguridad de la recogida, almacenamiento y consumo de agua potable.

Si el abastecimiento de agua es intermitente, se deben proporcionar recipientes de almacenamiento de mayor tamaño. En contextos urbanos o cuando los suministros estén centralizados, el almacenamiento doméstico deberá ser suficiente para el consumo ordinario (incluidos periodos de consumo máximo, en su caso) entre reabastecimientos.

Grupos en riesgo: algunas personas necesitarán diferente o mayor cantidad de artículos de higiene personal por razón de su edad, enfermedad, discapacidad, movilidad o incontinencia. Es posible que las personas con discapacidad o afectadas por barreras a la movilidad necesiten artículos adicionales, incluido

más jabón, artículos de incontinencia, recipientes para el agua, cuñas urinarias, sillas de ruedas con orinal o cubiertas de plástico para los colchones. Preguntar a las personas afectadas o a sus cuidadores si necesitan ayuda para recoger y desechar sus residuos de manera que se respete su dignidad. Consultar con ellas y con sus familias o cuidadores cuál sería la ayuda más apropiada.

Programación de artículos de higiene basada en el mercado: el suministro de artículos de higiene debería apoyar a los mercados locales, en la medida de lo posible (por ejemplo, con la entrega de dinero en efectivo o cupones, o mejorando la infraestructura de los almacenes). Los planes de acceso y uso de artículos de higiene deberían basarse en una evaluación del mercado y en el análisis de los ingresos de los hogares, incluyendo las funciones asignadas a cada género en las decisiones sobre el gasto. Hacer un seguimiento para determinar si el mercado está suministrando o no los productos en la cantidad y calidad necesarias, y realizar los ajustes que sean necesarios ⊕ *véase Prestación de asistencia a través de los mercados*.

Distribución: priorizar la seguridad y protección de la población en la organización de cualquier distribución ⊕ *véase el Principio de Protección 1*.

Crear un equipo específico encargado de las distribuciones. Informar a las personas con antelación del momento y lugar de la distribución, de la lista de artículos disponibles y de los criterios de reparto, en su caso. Contrarrestar la discriminación o la estigmatización, y si es necesario, repartir a las familias o por líneas de distribución distintas. Detectar y actuar sobre cualquier barrera que limite el acceso a los lugares de reparto o sistemas de distribución, especialmente a las mujeres y las niñas, las personas mayores y las personas con discapacidad.

Reponer consumibles: establecer un suministro regular de consumibles, como jabón y materiales para la menstruación y la incontinencia.

Coordinación de distribuciones conjuntas: planificar consultas comunitarias compartidas para comprender las necesidades y los mecanismos de afrontamiento en distintos sectores. Satisfacer varias necesidades al mismo tiempo para comodidad de la población destinataria y para ahorrar tiempo y dinero en los distintos sectores. Velar por que las familias puedan transportar a su hogar todos los artículos en condiciones de seguridad, una vez terminada la distribución.

Personas en tránsito: si las personas están en tránsito, confirmar que los artículos de higiene son transportables (como jabón de tamaño de viaje). Dejar que seleccionen los artículos que deseen, en lugar de entregar kits estandarizados. Establecer un sistema de recogida y desecho de residuos de envases.

Promoción de la higiene - Norma 1.3: Atención a la higiene menstrual e incontinencia

Las mujeres y niñas en edad de menstruación, y los hombres y las mujeres con incontinencia tienen acceso a productos de higiene y a instalaciones WASH adecuados para su dignidad y bienestar.

Acciones clave

1. Conocer las prácticas, normas sociales y mitos relacionados con la atención a la higiene menstrual y a la incontinencia, y adaptar los suministros e instalaciones de higiene.
2. Consultar con las mujeres, las niñas y las personas con incontinencia sobre el diseño, emplazamiento y gestión de las instalaciones (retretes, baños, colada, desechos y abastecimiento de agua).
3. Proporcionar acceso a materiales adecuados de atención a la higiene menstrual y la incontinencia, jabón (de baño, colada y manos) y otros artículos de higiene.

- En las distribuciones, organizar los suministros en localizaciones discretas para garantizar la dignidad y reducir el estigma, y mostrar cómo se utilizan correctamente aquellos artículos que resulten desconocidos.

Indicadores clave

Porcentaje de mujeres y niñas en edad de menstruación que tienen acceso a materiales adecuados para atender a su higiene menstrual

Porcentaje de destinatarias que están satisfechas con los materiales e instalaciones de atención a la higiene menstrual

Porcentaje de personas con incontinencia que utilizan materiales e instalaciones de incontinencia apropiados

Porcentaje de personas destinatarias que están satisfechas con los materiales e instalaciones de atención a la incontinencia

Notas de orientación

Atención a la higiene menstrual y la incontinencia en una crisis: una atención adecuada a la higiene menstrual y la incontinencia ayuda a las personas a vivir con dignidad y a realizar sus actividades cotidianas. Además de proporcionar acceso a artículos de higiene, es importante consultar con los usuarios acerca de los mecanismos de desecho, tanto en el hogar y en instalaciones e instituciones comunitarias como las escuelas. Se deberían adaptar los retretes y organizar espacios destinados a las instalaciones para lavar y secar la ropa ⊕ *véase Gestión de excrementos - Normas 3.1 y 3.2.*

Tabúes acerca de la menstruación: las creencias, normas y tabúes relacionados con la menstruación influirán en el éxito de la respuesta. Puede que no sea posible investigar estas cuestiones durante la fase inicial o aguda de la crisis, pero debería hacerse lo antes posible.

Puede que el término ***incontinencia*** no sea de uso frecuente en algunos contextos, ni siquiera en la profesión médica. La incontinencia es un complejo problema social y de salud que se produce cuando una persona no puede controlar sus excreciones de orina o heces. Puede acarrear un alto grado de estigma, aislamiento social, estrés e incapacidad para acceder a servicios y a oportunidades educativas y laborales. La prevalencia puede parecer baja, ya que muchas personas la mantienen en secreto, pero puede que haya una gran variedad de personas que vivan con la incontinencia. Entre ellas:

- las personas mayores;
- las personas con discapacidad y las personas afectadas por barreras a la movilidad;
- las mujeres que han dado a luz, incluidas las niñas, que tienen mayor riesgo de padecer fístulas;
- las personas con enfermedades crónicas (como asma, diabetes, derrame cerebral o cáncer);
- las mujeres y las niñas que hayan sufrido violencia de género o mutilación genital;
- las personas que se hayan sometido a operaciones quirúrgicas (como la extirpación de la próstata);
- las mujeres que están pasando por la menopausia; y
- los jóvenes y los menores afectados psicológicamente por un conflicto o desastre.

Una atención inadecuada a la higiene de la incontinencia puede ser un factor importante de transmisión de enfermedades en emergencias. Es crucial disponer de acceso a una mayor cantidad de agua y jabón. Las personas con incontinencia y sus cuidadores necesitan cinco veces más cantidad de agua y jabón que otras. Las personas incontinentes e inmóviles deben consultar con especialistas en salud o discapacidad para aprender a prevenir y controlar las infecciones y las llagas, que pueden ser mortales.

Suministros e instalaciones: analizar las opciones con las personas afectadas para conocer sus preferencias en cuanto a materiales desechables o reutilizables; mecanismos de desecho en hogares, escuelas, centros de salud e instalaciones comunitarias; instalaciones para lavar y secar la ropa; y retretes e instalaciones de baño.

Considerar las normas y preferencias específicas de la edad, ya que el tipo y cantidad de los suministros puede cambiar con el tiempo. Realizar demostraciones de uso de los materiales desconocidos.

Harán falta diferentes tipos de pañales y compresas para la incontinencia fecal y la urinaria, y para los diferentes niveles de gravedad de la incontinencia.

El tamaño es importante para que su uso sea seguro uministrar pañales y compresas para la incontinencia fecal y urinaria de distintos tipos y tamaños. Ha de considerar se la proximidad de los retretes para las personas con incontinencia. Es posible que algunas personas sean capaces de evitar episodios de incontinencia si pueden llegar a un retrete rápidamente. Puede ser necesario suministrar una silla de ruedas con orinal, una cuña urinaria y/o una botella urinaria.

Suministros mínimos: *para la atención a la higiene menstrual y la incontinencia:*

- un recipiente con tapa específico para poner prendas en remojo y para guardar prendas y compresas o pañales; y
- cuerda y pinzas para ponerlos a secar.

Para la higiene menstrual:

- o tela de algodón absorbente (4 metros cuadrados al año), o compresas desechables (15 al mes) o compresas sanitarias reutilizables (seis al año), según prefieran las mujeres y niñas;
- ropa interior (seis al año);
- jabón adicional (250 gramos al mes) ⊕ *véase Promoción de la higiene - Norma 1.2: Identificación, acceso y uso de artículos de higiene*.

En lo que respecta a la incontinencia, los suministros dependerán del tipo y gravedad de la misma, así como de las preferencias de las personas. Un mínimo recomendado es:

- o tela de algodón suave absorbente (8 metros cuadrados al año) o pañales o compresas desechables (150 al mes) o ropa interior reutilizable (12 al año);
- ropa interior (12 al año);
- jabón adicional (500 gramos de jabón de baño y 500 gramos de jabón de colada al mes);
- dos protectores de colchón impermeables lavables;
- recipientes para agua adicionales;
- lejía o un producto desinfectante similar (3 litros de producto sin diluir al año);
- cuñas urinarias y botellas urinarias (para hombre y mujer), silla de ruedas con orinal (según sea oportuno).

Reposición de suministros: planificar cómo y cuándo reponer los materiales. Se puede utilizar la asistencia basada en el uso de dinero en efectivo o el reparto de productos en especie de diferentes maneras a lo largo del tiempo. Explorar las opciones que puedan existir de que los materiales sean suministrados por pequeñas empresas o de que las personas puedan fabricarse sus propios materiales de protección ⊕ *véase Prestación de asistencia a través de los mercados*.

Escuelas, espacios seguros y centros de aprendizaje: el apoyo a WASH en escuelas y espacios seguros debería tener en cuenta la infraestructura WASH y la formación impartida al profesorado. Las instalaciones deberían tener un mecanismo de

desecho discreto (un contenedor con tapa, con un sistema de recogida y desecho o una tolva o embudo desde el retrete hasta una incineradora). Se deben Instalar instalaciones WASH bien mantenidas y segregadas por sexo, con ganchos y estantes para los suministros de higiene menstrual.

Se debe animar al profesorado a que adopte la educación sobre higiene menstrual como parte de sus enseñanzas normales. Formar al profesorado para que:

- apoye las prácticas de higiene menstrual de las niñas;
- almacene suministros de higiene menstrual en la escuela;
- apoye a los estudiantes que padezcan de incontinencia debido a los efectos psicológicos de la crisis ⊕ *véase el Manual INEE*.

Alojamiento: se debe trabajar con el sector de alojamiento para velar por que se ofrezcan una privacidad adecuada para la atención a la higiene menstrual y la incontinencia en el hogar o alojamiento comunitario. Esto puede incluir el uso de biombos o zonas separadas para cambiarse.

Personas en tránsito: ofrecer materiales de atención a la higiene menstrual y la incontinencia a medida que vayan pasando por los puntos de suministro.

2. Abastecimiento de agua

El abastecimiento de agua en cantidad y calidad inadecuadas es la causa subyacente de la mayoría de los problemas de salud pública en situaciones de crisis. 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. La prioridad es proporcionar agua en cantidad adecuada, aunque sea de calidad intermedia. Esto puede ser necesario hasta que se cumplan las normas mínimas de cantidad y calidad del agua.

Cuando ocurre un conflicto o desastre natural o se carece de sistemas de mantenimiento funcionales, los grifos, los pozos y las tuberías se encuentran a menudo en mal estado. En un conflicto, es posible que las partes combatientes utilicen la privación del acceso al agua como estrategia deliberada. Algo que está extrictamente prohibido por el derecho humanitario internacional.

Consultar con los miembros de la comunidad y con las partes interesadas pertinentes para saber cómo utilizan y obtienen el agua, si tienen limitaciones de acceso y si dichas limitaciones pueden variar estacionalmente.

Abastecimiento de agua - Norma 2.1: Acceso y cantidad de agua

Las personas tienen acceso equitativo y asequible a una cantidad adecuada de agua segura para beber y para sus necesidades domésticas.

Acciones clave

1 Identificar las fuentes más apropiadas de aguas subterráneas o superficiales, teniendo en cuenta sus posibles impactos ambientales.

- Considerar las variaciones estacionales en la oferta y la demanda de agua, y los mecanismos para obtener agua potable, agua de uso doméstico y agua para los medios de vida.
- Conocer diferentes fuentes de abastecimiento, proveedores y operadores y el acceso al agua en las comunidades y los hogares.

2 Determinar cuánta agua hace falta y los sistemas necesarios para entregarla.

- Trabajar con las partes interesadas para localizar puntos de agua que permitan un acceso seguro y equitativo a todos los miembros de la comunidad.
- Establecer sistemas de operación y mantenimiento que asignen responsabilidades claras e incluyan futuras necesidades de acceso sostenible.

3 Velar por que existan desagües apropiados en los puntos de agua de las zonas de lavado, en las zonas de baño y cocina, y en los lavabos, tanto de los hogares como de la comunidad.

- Buscar oportunidades para reutilizar el agua, como huertas, riegos o fabricación de ladrillos.

Indicadores clave

Volumen medio de agua utilizada para beber y para la higiene doméstica por hogar

- Mínimo de 15 litros por persona y día
- Determinar la cantidad según el contexto y la fase de la respuesta

Número máximo de personas que utilizan una instalación de suministro de agua

- 250 personas por grifo (según un caudal de 7,5 litros/minuto)
- 500 personas por bomba manual (según un caudal de 17 litros/minuto)
- 400 personas por pozo abierto de extracción manual (según un caudal de 12,5 litros/minuto)
- 100 personas por instalación para lavar la ropa
- 50 personas por instalación de baño

Porcentaje de ingresos del hogar utilizados para comprar agua, para beber y para la higiene doméstica

- Objetivo del 5% o menos

Porcentaje de hogares destinatarios que saben dónde y cuándo obtendrán agua la próxima vez

Distancia desde cualquier hogar al punto de agua más cercano

- < 500 metros

Tiempo de espera en las fuentes de agua

- < 30 minutos

Porcentaje de puntos comunitarios de distribución de agua exentos de agua estancada

Porcentaje de sistemas/instalaciones de agua que disponen de un sistema de gestión funcional y sujeto a rendición de cuentas

Notas de orientación

En la selección de la fuente de agua deben tenerse en cuenta los siguientes factores:

- disponibilidad, seguridad, proximidad y sostenibilidad de una cantidad suficiente de agua;

- necesidad y viabilidad del tratamiento del agua, ya sea a escala masiva o de los hogares; y
- factores sociales, políticos o jurídicos que afecten a la fuente (el control de las fuentes de agua puede ser controvertido, sobre todo durante un conflicto).

A menudo hace falta un conjunto de enfoques y fuentes en la fase inicial de una crisis para satisfacer las necesidades de supervivencia. Las fuentes de aguas superficiales, a pesar de requerir más tratamiento, pueden ser la solución más rápida. Son preferibles las fuentes de agua subterránea o los suministros por gravedad de manantiales. Necesitan menos tratamiento y el suministro por gravedad no requiere bombeo. Se deben supervisar regularmente todas las fuentes a fin de evitar extracciones excesivas ⊕ *véase Alojamiento y asentamiento - Norma 2: Localización y planificación del asentamiento*.

Necesidades: la cantidad de agua necesaria para beber, para la higiene y para usos domésticos dependerá del contexto y de la fase de respuesta. Influirán factores como los usos y hábitos anteriores a la crisis, el diseño de los sistemas de contención de excrementos y los hábitos culturales ⊕ *véase Conocer y controlar los riesgos WASH en la promoción de la higiene - Norma 1.1* y *Gestión de excrementos - Norma 3.2*.

Una práctica establecida es un mínimo de 15 litros por persona y día. No se trata nunca de un "máximo" y puede que no se adecúe a todos los contextos o fases de una respuesta. Por ejemplo, no es conveniente cuando pueda haber personas desplazadas durante muchos años. En la fase aguda de una sequía, 7,5 litros por persona y día puede ser apropiado durante un corto tiempo. En un contexto urbano de renta media, 50 litros por persona y día puede ser la cantidad mínima aceptable para mantener la salud y la dignidad.

Las consecuencias de suministrar diferentes cantidades de agua deben analizarse en función de las tasas de morbilidad y mortalidad para las enfermedades relacionadas con WASH. Coordinar con otros actores WASH para acordar un mínimo común de cantidad en el contexto. Para obtener orientaciones sobre cómo determinar cantidades de agua para uso humano, ganadero, institucional y otros usos ⊕ *véase Atención esencial de salud – Enfermedades transmisibles - Normas 2.1.1 a 2.1.4* y *WASH - Apéndice 3*. En relación con las necesidades de agua de emergencia para el ganado ⊕ *véase el Manual LEGS*.

Necesidades mínimas de agua básica para la supervivencia

Necesidades	Cantidad (litros/persona/día)	Adaptar al contexto en función de
Supervivencia: ingesta de agua (beber y comer)	2,5 a 3	El clima y la fisiología individual
Prácticas de higiene	2 a 6	Normas sociales y culturales
Cocina básica	3 a 6	Tipo de alimentos y normas sociales y culturales
Agua básica total	**7,5 a 15**	

Las necesidades de agua variarán en una misma población, especialmente en el caso de las personas con discapacidad o afectadas por barreras a la movilidad, y entre grupos con diferentes prácticas religiosas.

Medición: no basta con dividir la cantidad de agua suministrada entre la población servida. Las encuestas a hogares, la observación y los grupos de discusión en la comunidad son métodos más eficaces para obtener datos de uso y consumo de agua que medir el volumen de agua transportada en camiones o bombeada, o el uso de bombas manuales. Triangular los informes de los sistemas hídricos con los informes de los hogares.

Acceso y equidad: los puntos de agua incluyen instalaciones comunitarias de baño, cocina y colada, y retretes, así como centros institucionales como escuelas o instalaciones de salud.

Los objetivos cuantitativos mínimos (véanse los indicadores clave indicados anteriormente) presuponen que el punto de agua está accesible durante unas ocho horas al día de suministro de agua constante. Estos objetivos han de utilizarse con precaución, ya que no garantizan una cantidad mínima de agua ni un acceso equitativo.

Las respuestas en materia abastecimiento de agua y saneamiento deben atender las necesidades de la población de acogida y de la población desplazada de forma equitativa a fin de evitar que se generen tensiones y conflictos.

Durante el diseño, considerar que las necesidades varían según los grupos de edad y el sexo, así como en el caso de las personas con discapacidad o de aquellas afectadas por barreras a la movilidad. Localizar puntos de agua accesibles suficientemente cerca de los hogares a fin de limitar la exposición a riesgos de protección.

Informar a la población afectada de cuándo y dónde pueden esperar que se entregue el agua, de su derecho a un reparto equitativo, y de cómo pueden proporcionar retroalimentación.

Tiempo de ida y vuelta y de espera: un tiempo de ida y vuelta y de espera excesivo indica que o bien la producción de las fuentes de agua o el número de puntos de agua es inadecuado. Esto puede dar lugar a que se reduzca el consumo individual de agua, aumente el consumo de fuentes superficiales desprotegidas y se reduzca el tiempo dedicado a tareas como la educación o a actividades generadoras de ingresos. El tiempo de espera también afecta al riesgo de violencia en la zona del grifo de agua ⊕ *véase el Principio de Protección 1* y *Norma Humanitaria Esencial - Compromiso 1*.

Recipientes de agua apropiados: ⊕ *véase Promoción de la higiene - Norma 1.2: Identificación, acceso y uso de artículos de higiene*. Si se utiliza el tratamiento doméstico de agua y almacenamiento seguro (TDAS), ajustar el número y el tamaño de los recipientes. Por ejemplo, un proceso de coagulación, floculación y desinfección necesitará dos cubos, un paño filtrante y un mezclador.

Programación del agua basada en el mercado: analizar cómo las familias acceden al agua y los recipientes antes y después de la crisis. Esta sencilla evaluación de mercado debería servir de base a las decisiones sobre cómo proporcionar acceso sostenible al agua a corto y largo plazo.

Determinar cómo utilizar, apoyar y desarrollar el mercado del agua, considerando un enfoque combinado de asistencia basada en el uso de dinero en efectivo para las familias, subvenciones y desarrollo de capacidades técnicas con proveedores, u otros medios.

Vigilar los precios mensuales del mercado (agua, combustible) en relación con el gasto de los hogares a lo largo del tiempo, y utilizar estas tendencias como información de base para modificar el diseño del programa ⊕ *véase Prestación de asistencia a través de los mercados*.

Pago: los costos generados por el agua deben situarse, como máximo, entre el 3% y 5% de los ingresos del hogar. Averiguar cómo sufragan los hogares unos costos más elevados durante la crisis y adoptar medidas para contrarrestar mecanismos de afrontamiento negativos ⊕ *véase el Principio de Protección 1*. Velar por que los sistemas financieros se gestionen con transparencia.

Gestión de los sistemas e infraestructuras de agua: trabajar con la comunidad y otras partes interesadas para decidir el emplazamiento, diseño y uso de los puntos de agua (tanto planes inmediatos como a largo plazo). Esto incluye instalaciones de baño, cocina y colada, retretes e instituciones como escuelas, mercados e instalaciones de salud. Utilizar la retroalimentación para adaptar y mejorar el acceso a las instalaciones de agua.

Considerar las estructuras anteriores y actuales de gobernanza del agua, la capacidad y voluntad de las personas de pagar por el agua y los servicios de saneamiento, y los mecanismos de recuperación de costos. Considerar la inversión de capital en sistemas de suministro de agua que ofrezcan ahorros o economías de escala a largo plazo. Comparar alternativas como el bombeo solar o el abastecimiento de agua corriente con transporte en camiones, especialmente en crisis prolongadas en zonas urbanas y asentamientos comunitarios.

Proporcionar a las personas los medios necesarios para operar y mantener los sistemas de agua a través de comités WASH o asociaciones con el sector privado o público.

Uso de agua embotellada: el agua tratada es más eficaz en función del costo, más apropiada y técnicamente mejor que el agua embotellada, por razones de transporte, coste, calidad y generación de residuos. Se pueden hacer excepciones a corto plazo (por ejemplo, con personas en tránsito). Establecer un sistema apropiado de gestión de los residuos de plástico.

Instalaciones para la colada, el lavado y el baño: si no es posible disponer de un baño privado en el hogar, establecer instalaciones separadas para hombres y mujeres que garanticen la seguridad, la privacidad y la dignidad.

Consultar con las personas usuarias, especialmente las mujeres, las niñas y las personas con discapacidad, para decidir la localización, el diseño y la seguridad de las instalaciones. Considerar el acceso a agua caliente para bañarse y para hacer la colada en contextos específicos, como en respuestas contra la sarna y durante variaciones climáticas.

Desagües de los puntos de agua, zonas para la colada, instalaciones de baño y lavabos: en la construcción y rehabilitación de los puntos de distribución y uso de agua, velar por que las aguas residuales no creen peligros para la salud ni favorezcan la reproducción de vectores problemáticos. Establecer un plan general de desagües en coordinación con los planificadores del terreno, el sector de alojamiento y/o las autoridades municipales.

Diseñar los sistemas e infraestructuras WASH de forma que cumplan los requisitos de desagüe. Por ejemplo, la presión en el grifo, el tamaño del punto de agua o del área de colada, y la altura desde el grifo hasta el fondo de los recipientes de agua deben ser apropiados ⊕ *véase Alojamiento y asentamiento - Norma 2: Localización y planificación del asentamiento*.

Abastecimiento de agua - Norma 2.2: Calidad del agua

El agua tiene un sabor agradable y es de calidad suficiente para beber y cocinar, así como para la higiene personal y doméstica, sin generar riesgos para la salud.

Acciones clave

1 Identificar los riesgos de salud pública asociados a la disponibilidad de agua y la forma más adecuada de reducirlos.

- Proteger las fuentes de agua y renovar periódicamente las encuestas sanitarias en la fuente y en los puntos de agua.

2 Determinar el método más apropiado de garantizar la disponibilidad de agua potable en el punto de uso o consumo.

Opciones de tratamiento son el tratamiento y distribución del agua al por mayor, con sistemas seguros de recogida y almacenamiento en el hogar, o el tratamiento y almacenamiento seguro del agua en el hogar.

3 Reducir al mínimo la contaminación del agua posterior a la entrega en el punto de uso o consumo.

- Equipar los hogares con recipientes seguros para recoger y almacenar agua potable, así como los medios de extraer agua para beber de manera segura.
- Medir parámetros de calidad del agua (cloro residual libre, CRL, y unidades formadoras de coliformes, UFC) en el punto de entrega y en el punto de uso o consumo.

Indicadores clave

Porcentaje de personas afectadas que recogen agua potable de fuentes de abastecimiento protegidas

Porcentaje de hogares que se observa que almacenan el agua de forma segura en recipientes limpios y cubiertos en todo momento

Porcentaje de pruebas de calidad del agua que cumplen las normas mínimas de calidad del agua

- <10 UFC/100 ml en el punto de entrega (agua no clorada)
- 0,2 a 0,5 mg/l de CRL en el punto de entrega (agua clorada)
- Turbidez inferior a 5 UNT

Notas de orientación

Mantener una cadena de agua segura: las enfermedades relacionadas con el agua entrañan un riesgo para la integridad de la cadena de agua. Las barreras a la transmisión fecal–oral incluyen sistemas de contención de excrementos, cubrir los alimentos, lavarse las manos en momentos críticos y procedimientos seguros de recogida y almacenamiento del agua ⊕ *véase Promoción de la higiene - Norma 1.1, Gestión de los excrementos - Norma 3.2* y *Apéndice 2: El diagrama F*.

Una evaluación de riesgos de la cadena de agua, desde la fuente de abastecimiento hasta el recipiente de almacenamiento de agua potable, incluye:

1. encuesta sanitaria en el punto de agua;
2. observación del uso de recipientes separados para recoger y almacenar agua;
3. observación del uso de recipientes limpios y cubiertos para el agua potable; y
4. pruebas de calidad del agua.

Cuando exista una probabilidad elevada de que el agua no sea segura, estas acciones pueden poner de relieve riesgos aparentes sin necesidad de realizar pruebas de calidad del agua en el hogar, que requieren un trabajo intensivo.

Una encuesta sanitaria evalúa circunstancias y prácticas que pueden constituir un riesgo de salud pública en el punto de agua. Considera la estructura del punto de agua, el desagüe, el vallado, las prácticas de defecación, desagüe y gestión de residuos sólidos como posibles fuentes de contaminación Asimismo, evalúa los contenedores en los hogares.

Calidad del agua: a la hora de poner en servicio una nueva fuente de agua, comprobar los parámetros físicos, bacteriológicos y químicos del agua. Esto ha de hacerse antes y después de las fluctuaciones estacionales locales. No descuidar el análisis de los parámetros químicos (como los niveles de fluoruros y arsénico), ya que pueden provocar problemas de salud a largo plazo.

Las bacterias fecales coliformes (más del 99% de ellas son *E. coli*) indican el nivel de contaminación del agua por residuos humanos y animales, y la posible presencia

de otros patógenos nocivos. Si hay presencia de coliformes fecales, se ha de tratar el agua. Aunque no se detecte *E. coli*, sin un desinfectante residual, el agua es propensa a recontaminarse.

Cuando el agua sea clorada (antes de la distribución o del tratamiento en el hogar), realizar controles puntuales en los hogares midiendo el CRL y tratar cuando sea necesario. La frecuencia de suministro del agua, la temperatura y la duración del almacenamiento son factores que afectan a las mediciones de CRL en el hogar (disipación del cloro).

Promoción de fuentes protegidas: puede que las personas prefieran fuentes de agua desprotegidas como ríos, lagos y pozos por razones de sabor, proximidad y conveniencia social. Hay que entender su forma de pensar y elaborar mensajes y actividades que promuevan las fuentes de agua protegidas.

Sabor agradable del agua: si el agua potable no tiene buen sabor (debido a niveles de salinidad, cloro o sulfuro de hidrógeno a los que las personas no están acostumbradas), puede que las personas usuarias prefieran beber de fuentes de agua que tenga mejor sabor, pero que no sea segura. Utilizar actividades participativas con la comunidad y de higiene para promover el agua potable.

Desinfección del agua: si existe un riesgo significativo de contaminación en la fuente o posterior a la entrega, el agua debe tratarse con un desinfectante residual, como el cloro si existe un riesgo significativo de contaminación en la fuente o posterior a la entrega. Este riesgo se determinará por la densidad de población, los sistemas de eliminación de excrementos, las prácticas de higiene y la prevalencia de enfermedades diarreicas. La turbidez debe ser inferior a 5 UNT. Si es mayor, antes de considerar el tratamiento, se enseñará a las personas usuarias a filtrar, sedimentar y decantar el agua para reducir la turbidez. Si no hay otra alternativa, se considerará una dosis doble de cloración durante un corto tiempo. Hay que ser conscientes de que la disipación del cloro varía según la duración del almacenamiento y el rango de temperaturas. Estos factores han de tenerse en cuenta en la dosificación y en los tiempos de contacto ⊕ *véase el apéndice 6: Árbol de decisiones de tratamiento y almacenamiento de agua en el hogar.*

Cantidad frente a calidad: si no es posible cumplir las normas mínimas de cantidad y calidad del agua, hay que priorizar la cantidad sobre la calidad. Incluso el agua de calidad intermedia puede utilizarse para prevenir la deshidratación, reducir el estrés y evitar enfermedades diarreicas.

Contaminación posterior a la entrega: el agua que es segura en el punto de entrega puede contaminarse durante la recogida, almacenamiento y extracción de agua potable. Esto ha de reducirse al mínimo con prácticas seguras de recogida y almacenamiento. Limpiar los depósitos de almacenamiento del hogar o del asentamiento de forma periódica y enseñar a la comunidad a hacerlo ⊕ *véase Promoción de la higiene - Normas 1.1* y *1.2*.

Tratamiento doméstico de agua y almacenamiento seguro (TDAS): utilizar el TDAS cuando no sea posible operar un sistema de tratamiento centralizado. Las opciones

TDAS que reducen la diarrea y mejoran la calidad microbiológica del agua almacenada en el hogar son el hervido, la cloración, la desinfección solar, el filtrado cerámico, el filtrado lento en arena, el filtrado por membranas y la floculación y desinfección. Trabajar con otros sectores para acordar cuánto combustible necesitan los hogares para hervir agua y cómo obtenerlo. Evita introducir una opción de tratamiento del agua desconocida en situaciones de crisis y epidemias. El uso efectivo de las opciones TDAS requiere un seguimiento, apoyo y supervisión periódicos, y es condición indispensable para adoptar el TDAS como método alternativo de tratamiento del agua ⊕ *véase el apéndice 6: Árbol de decisiones de tratamiento y almacenamiento de agua en el hogar.*

Calidad del agua para las instituciones: tratar todos los suministros de agua para escuelas, hospitales, centros de salud y centros de alimentación con cloro u otro desinfectante residual ⊕ *véase el apéndice 3: Cantidades mínimas de agua: cifras de supervivencia y cuantificación de las necesidades de agua.*

Contaminación química y radiológica: cuando los registros hidrogeológicos o el conocimiento de acciones industriales o militares indiquen que los suministros de agua pueden entrañar riesgos químicos o radiológicos para la salud pública, realizar un análisis químico. La decisión de utilizar agua posiblemente contaminada para suministros a largo plazo solo deberá tomarse después de haber realizado un análisis minucioso de las implicaciones para la salud, y de haberla validado con las autoridades locales.

3. Gestión de excrementos

Un entorno libre de excrementos humanos es esencial para la dignidad, la seguridad, la salud y el bienestar de las personas. Esto incluye el medio ambiente natural y también los espacios donde las personas viven, aprenden y trabajan. Gestionar los excrementos de forma inocua es una prioridad WASH. En situaciones de crisis, es tan importante como el suministro de agua segura.

Todas las personas deben tener acceso a retretes apropiados, seguros, limpios y fiables. Defecar con dignidad es una cuestión muy personal. Su idoneidad viene determinada por las prácticas culturales, los hábitos y costumbres cotidianos de las personas, sus percepciones y si han utilizado instalaciones de saneamiento anteriormente. La vertido incontrolado de heces entraña un elevado riesgo para la salud, especialmente cuando hay una alta densidad de población, con una población desplazada y en entornos húmedos o mojados.

En el sector WASH se utilizan diferentes términos para definir las instalaciones de gestión de excrementos. En este Manual, "retrete" es cualquier instalación o dispositivo que contenga inmediatamente los excrementos y cree la primera barrera entre las personas y los residuos ⊕ *véase el apéndice 1: El diagrama F*. La palabra "retrete" se utiliza en lugar de la palabra "letrina" en todo el Manual.

La contención de los excrementos humanos lejos de las personas crea una barrera inicial contra las enfermedades relacionadas con los excrementos y reduce las vías directas e indirectas de transmisión ⊕ *véase el apéndice 1: El diagrama F*. Los sistemas de contención de los excrementos deben integrarse con los sistemas de recogida, transporte, tratamiento y eliminación para reducir al mínimo los riesgos de salud pública y el impacto ambiental.

La presencia de heces humanas en los espacios donde las personas viven, aprenden y trabajan puede ser indicativa de problemas de protección. Puede que las personas no se sientan seguras al utilizar las instalaciones, sobre todo en zonas densamente pobladas.

En este capítulo, excremento humano se define como materia residual excretada por el organismo, especialmente heces, orina y desechos menstruales. Las normas de esta sección abarcan toda la cadena de los excrementos, desde la contención inicial hasta el tratamiento último.

Gestión de los excrementos - Norma 3.1: Entorno libre de excrementos humanos

Todos los excrementos se contienen de forma segura sobre el terreno para evitar que contaminen el medio ambiente, los espacios para vivir, aprender y trabajar, y el entorno comunitario.

Acciones clave

1. Establecer instalaciones en asentamientos comunitarios de nueva construcción o en aquellos donde las infraestructuras han sufrido daños importantes, a fin de contener los excrementos de forma inmediata.
2. Descontaminar de forma inmediata cualquier espacio para vivir, aprender y trabajar o fuente de aguas superficiales que se haya contaminado con heces.
3. Diseñar y construir todas las instalaciones de gestión de excrementos de acuerdo con una evaluación de riesgos de contaminación potencial de cualquier fuente cercana de aguas superficiales o subterráneas.
   - Evaluar la topografía local, las condiciones del terreno y las aguas superficiales y subterráneas (incluidas las variaciones estacionales) para evitar contaminar las fuentes de agua y obtener información que sirva de base a las decisiones técnicas.
4. Contener y desechar las heces de bebés, niñas y niños pequeños de manera segura.
5. Diseñar y construir todas las instalaciones de gestión de excrementos con vistas a reducir al mínimo el acceso a los mismos por vectores problemáticos.

Indicadores clave

No hay heces humanas presentes en los espacios donde las personas viven, aprenden y trabajan

Todas las instalaciones de contención de excrementos están adecuadamente situadas y a una distancia adecuada de cualquier fuente de aguas superficiales o subterráneas

Notas de orientación

Fases: inmediatamente después de una crisis, es urgente controlar la defecación indiscriminada al aire libre stablecer zonas de defecación, emplazar y construir retretes comunitarios e iniciar una campaña de higiene concertada. Prevenir la defecación cerca de cualquier fuente de agua (ya sea potable o no) y de instalación

de tratamiento y almacenamiento de agua. No establecer zonas de defecación en zonas de los asentamientos en pendiente o en contra del viento. No establecerlas a lo largo de las carreteras públicas, cerca de instalaciones comunitarias (sobre todo de salud y nutrición) o cerca de zonas de almacenamiento y preparación de alimentos.

Realizar una campaña de promoción de la higiene que fomente la eliminación segura de los excrementos y genere demanda de mayor número de retretes.

En crisis urbanas, evaluar el alcance de los daños sufridos por los sistemas de alcantarillado existentes. Considerar la instalación de retretes portátiles o utilizar fosas sépticas o depósitos de contención que puedan desenlodar se regularmente.

Distancia a las fuentes de agua: velar por que la materia fecal de las instalaciones de contención (letrinas tipo zanja, foso o depósito, fosas sépticas y pozos filtrantes) no contamine las fuentes de agua. La contaminación fecal no supone un problema inmediato de salud pública salvo que la fuente de agua se agote, pero deben evitarse daños ambientales.

Siempre que sea posible, realizar pruebas de permeabilidad del suelo para determinar con qué rapidez se mueven los residuos por la tierra (tasa de infiltración). Los resultados se utilizarán para determinar la distancia mínima entre las instalaciones de contención y las fuentes de agua. La tasa de infiltración dependerá de los niveles de saturación del suelo, de cualquier extracción de la fuente, y de la naturaleza de los excrementos (los más acuosos se moverán con más rapidez que los menos acuosos).

Si no es posible realizar pruebas de permeabilidad del suelo, la distancia entre las instalaciones de contención y las fuentes de agua deberá ser como mínimo de 30 metros y el fondo de los fosos deberá situarse al menos 1,5 metros por encima del nivel freático. Aumentar estas distancias en el caso de rocas fisuradas y piedra caliza, y se reducirlas en caso de tierra fina.

Cuando el nivel freático está muy elevado o en caso de inundación, la infraestructura de contención ha de ser estanca para reducir al mínimo la contaminación de las aguas subterráneas. Otra opción es construir retretes o fosas sépticas en elevación para contener los excrementos y evitar que contaminen el medio ambiente. Evitar que los desagües o vertidos de las fosas sépticas contaminen las fuentes de aguas superficiales o subterráneas.

Si se sospecha que se ha producido contaminación, detectar y controlar inmediatamente su origen e iniciar el tratamiento del agua. Algunos contaminantes del agua pueden ser controlados con métodos de purificación, como la cloración. Sin embargo, es necesario identificar y controlar el origen de contaminantes, como los nitratos. La metahemoglobinemia es una afección aguda, pero reversible, que está relacionada con la presencia de elevados niveles de nitratos en el agua potable, por ejemplo ⊕ *véase Abastecimiento de agua - Norma 2.2: Calidad del agua*.

Contención de las heces de menores y lactantes: Las heces de menores y lactantes son normalmente más peligrosas que las de las personas adultas. Las infecciones relacionadas con los excrementos son más frecuentes entre menores y puede que estos no hayan desarrollado anticuerpos. Proporcionar a los progenitores y a las personas cuidadoras información sobre la eliminación segura de las heces de lactantes, las prácticas de lavado de la ropa y el uso de pañales, orinales o recogedores a fin de eliminarlas con seguridad.

Gestión de excrementos - Norma 3.2: Acceso y uso de los retretes

Las personas disponen de retretes adecuados, apropiados y aceptables que permiten un acceso rápido y seguro en todo momento.

Acciones clave

1. Determinar las opciones técnicas más apropiadas para los retretes.

- Diseñar y construir los retretes a fin de reducir al mínimo las amenazas para la seguridad de las personas usuarias y de las personas encargadas del mantenimiento, especialmente las mujeres y las niñas, los menores, las personas mayores y las personas con discapacidad.
- Segregar todos los retretes comunitarios o compartidos por sexo y edad, cuando proceda.

2. Cuantificar el número de retretes que necesita la población afectada en función de los riesgos de salud pública, hábitos culturales y procedimientos de recogida y almacenamiento de agua.

3. Consultar con las partes interesadas representativas sobre el emplazamiento, diseño y ejecución de retretes comunitarios o compartidos.

- Considerar el acceso y uso por edad, sexo y discapacidad, y el uso de las personas afectadas por barreras a la movilidad, las personas que viven con el VIH, las personas con incontinencia, y las minorías sexuales o de género.
- Localizar los retretes comunitarios lo suficientemente cerca de los hogares para que se pueda acceder a ellos con seguridad y lo suficientemente lejos para que los hogares no se vean estigmatizados por la proximidad a los mismos.

4. Proporcionar instalaciones apropiadas dentro de los retretes para lavar y secar o desechar materiales de higiene menstrual y de incontinencia.

5. Velar por que sea viable satisfacer las necesidades de abastecimiento de agua de las opciones técnicas.

- Incluir un suministro de agua adecuado para lavarse las manos con jabón, para la limpieza anal, y para las descargas de los retretes o los mecanismos de sellado higiénico, cuando esa sea la opción elegida.

Indicadores clave

Ratio de retretes compartidos

- Mínimo 1 retrete por cada 20 personas

Distancia entre la vivienda y el retrete compartido

- Máximo 50 metros

Porcentaje de retretes que tienen cerrojos internos y alumbrado adecuado

Porcentaje de retretes declarados seguros por mujeres y niñas

Porcentaje de mujeres y niñas satisfechas con las opciones de atención a la higiene menstrual en los retretes que utilizan regularmente

Notas de orientación

¿Qué es adecuado, apropiado y aceptable? El tipo de retrete adoptado dependerá de la fase de la respuesta, de las preferencias de los usuarios previstos, de la infraestructura existente, de la disponibilidad de agua para las descargas y los cierres hidráulicos de los retretes, de la formación del suelo y de la disponibilidad de materiales de construcción.

En general, los retretes son adecuados, apropiados y aceptables si:

- su uso es seguro para toda la población, incluidos los menores, las personas mayores, las mujeres embarazadas y las personas con discapacidad;
- están situados de manera que se reduzcan al mínimo las amenazas para los usuarios, especialmente las mujeres y las niñas y las personas con otros problemas de protección específicos;
- están a una distancia máxima de 50 metros de las viviendas;
- ofrecen privacidad conforme a las expectativas de las personas usuarias;
- son fáciles de usar y mantener limpios (en general, los retretes limpios se utilizan con más frecuencia);
- no presentan ninguna amenaza para el medio ambiente;
- tienen espacio adecuado para diferentes usuarios;
- tienen cerrojos interiores;
- disponen de fácil acceso al agua para lavarse las manos, para la limpieza anal y para la descarga del retrete;
- permiten limpiar, secar y desechar de forma digna los materiales de higiene menstrual de las mujeres y las niñas y los materiales de incontinencia de las personas adultas y los menores;
- reducen al mínimo la reproducción de moscas y mosquitos, y
- reducen al mínimo el olor.

Las personas que padecen enfermedades crónicas, como el VIH, deben disponer de fácil acceso a un retrete. Con frecuencia sufren diarrea crónica y tienen una movilidad reducida.

Hacer un seguimiento del uso y del porcentaje de personas que dicen que los retretes se ajustan a sus necesidades. Se utilizará esta información para averiguar qué grupos no están satisfechos y cómo mejorar la situación. Se debe considerar el acceso y uso por sexo y edad, y el acceso y uso de las personas con discapacidad o afectadas por barreras a la movilidad, las personas que viven con el VIH y las personas con incontinencia.

Accesibilidad: la opción técnica elegida debe respetar el derecho de todas las personas, incluidas las personas con discapacidad, a acceder con seguridad a las instalaciones de saneamiento.

Puede que sea necesario construir, adaptar o comprar retretes accesibles (o adiciones para los retretes ya existentes) para los menores, las personas mayores y las personas con discapacidad o incontinencia. A modo orientativo, también deberían ponerse a disposición retretes neutrales al género, de un solo acceso, con rampas o entradas a ras de suelo, con accesibilidad mejorada en el interior de la superestructura a una **ratio mínima de 1 retrete por cada 250 personas**.

Instalaciones seguras: colocar los retretes en lugares inadecuados puede aumentar la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas frente a ataques, sobre todo por la noche. Velar por que todos los grupos en riesgo, inclusive las mujeres, y las niñas y los niños, las personas mayores y otras personas con problemas de protección específicos, se sientan y estén seguros cuando utilicen los retretes tanto de día como de noche. Alumbrar las instalaciones adecuadamente y estudiar la posibilidad de entregar linternas a los grupos en riesgo. Preguntar a la comunidad, sobre todo a las personas en mayor situación de riesgo, cómo creen que se podría mejorar la seguridad. Consultar con las partes interesadas de escuelas, centros de salud y clínicas, espacios amigables para la infancia, mercados y centros nutricionales.

Obsérvese que no es suficiente consultar únicamente con las mujeres y los menores acerca de las instalaciones WASH seguras y dignas, ya que, en muchos contextos, los hombres controlan lo que pueden hacer las mujeres y los menores. Hay que estar al tanto de estas jerarquías sociales y dinámicas de poder e interactuar activamente con los responsables de la toma de decisiones para reforzar el derecho de las mujeres y los menores a acceder con seguridad a retretes y duchas.

El alumbrado en las instalaciones comunitarias puede mejorar el acceso, pero también puede atraer a personas que deseen utilizar la luz con otros fines. Trabajar con la comunidad, sobre todo con las personas que tienen mayor riesgo de ver amenazada su seguridad, con el fin de encontrar formas adicionales de reducir su exposición a los riesgos.

Cuantificar el número de retretes necesarios: considerar cómo adaptar la necesidad de retretes en el contexto para reflejar los cambios en el entorno donde vivían las personas antes y después de la crisis, las necesidades en áreas públicas y cualquier riesgo concreto para la salud pública. Durante las primeras

fases de una crisis de evolución rápida, **los retretes comunitarios son una solución inmediata con una ratio mínima de 1 por cada 50 personas**, que debe incrementarse tan pronto como sea posible. Una **ratio mínima a medio plazo es de 1 por cada 20 personas**, con una ratio de 3:1 entre retretes de mujeres y de hombres ⊕ *véase el apéndice 4*.

¿Familiares, compartidos o comunitarios? Se considera que lo ideal es disponer de retretes familiares, por razones de seguridad, protección, comodidad y dignidad del usuario, y por la relación demostrada que existe entre la propiedad y el mantenimiento. A veces lo normal puede ser que existan instalaciones compartidas entre un pequeño grupo de viviendas. Se pueden diseñar y construir retretes comunitarios o compartidos con la intención de proporcionar los retretes familiares en el futuro. Por ejemplo, dejando corredores de saneamiento en los asentamientos se crea el espacio necesario para construir instalaciones comunitarias cerca de los alojamientos, y posteriormente construir instalaciones familiares según permitan los presupuestos. Los corredores de saneamiento garantizan el acceso para la extracción de lodos, el mantenimiento y el desmantelamiento.

También serán necesarios retretes comunitarios en algunos espacios públicos o comunitarios, como las instalaciones de salud, las zonas de mercado, los centros de alimentación, los entornos de aprendizaje y las zonas de recepción o administrativas ⊕ *véase el apéndice 4: Número mínimo de retretes en la comunidad, en lugares públicos e instituciones*.

Las instalaciones comunitarias de saneamiento construidas durante una respuesta rápida tendrán requisitos específicos de operación y mantenimiento. Como medida provisional, con una estrategia clara de salida, se puede acordar con la comunidad que haya personas encargadas de limpiar los retretes a cambio de una remuneración.

Agua y material de limpieza anal: el diseño de la instalación debe contemplar suficiente agua y papel higiénico u otro material de limpieza anal. Se debe consultar con los usuarios acerca del material de limpieza más apropiado y garantizar su eliminación segura y la sostenibilidad del suministro.

Lavarse las manos: la instalación debe disponer de medios para lavarse las manos, como agua y jabón (o alternativas como ceniza), después de utilizar los retretes o de limpiar las nalgas de un menor que haya defecado y antes de comer y preparar alimentos.

Atención de la higiene menstrual: los retretes deben incluir recipientes adecuados para desechar los materiales menstruales a fin de evitar que se obstruyan las tuberías del alcantarillado o crear problemas para desenlodar los fosos o las fosas sépticas. Se debe consultar con las mujeres y las niñas sobre el diseño de los retretes en relación con el espacio disponible, el acceso al agua para lavarse y los puntos de secado.

Gestión de los excrementos - Norma 3.3: Gestión y mantenimiento de los sistemas de recogida, transporte, eliminación y tratamiento de los excrementos

Las instalaciones, infraestructuras y sistemas de gestión de excrementos se gestionan y mantienen de forma segura para garantizar la prestación del servicio y el mínimo impacto para el medio ambiente.

Acciones clave

1. Establecer sistemas de recogida, transporte, tratamiento y eliminación que se correspondan con los sistemas locales, mediante la colaboración con las autoridades locales responsables de la gestión de excrementos.
   - Aplicar las normas nacionales y velar por que las cargas adicionales que se impongan sobre los sistemas existentes no afecten negativamente ni a las comunidades ni al medio ambiente.
   - Acordar con las autoridades locales y las personas propietarias de las tierras si se ha de utilizar suelo para procesos de tratamiento y eliminación fuera del asentamiento.
2. Definir sistemas para la gestión de los retretes a corto y largo plazo, especialmente las subestructuras (fosos, depósitos, fosas sépticas y pozos filtrantes).
   - Diseñar y dimensionar las subestructuras de modo que se garantice que se puedan contener todos los excrementos con seguridad y desenlodar los fosos.
   - Establecer roles y responsabilidades claros y que rindan cuentas y definir las fuentes de financiación de las futuras labores de operación y mantenimiento.
3. Extraer los lodos de la instalación de contención con seguridad, considerando tanto a quienes se encargan de la recogida como a las personas de su alrededor.
4. Velar por que las personas dispongan de información, medios, herramientas y materiales para construir, limpiar, reparar y mantener sus retretes.
   - Realizar campañas de promoción de la higiene con respecto al uso, limpieza y mantenimiento de los retretes.
5. Confirmar que se puede obtener el agua que sea necesaria para el transporte de excrementos de las fuentes de agua disponibles, sin imponer una presión indebida sobre dichas fuentes.

Indicadores clave

Todos los excrementos humanos se desechan de manera segura para la salud pública y el medio ambiente

Notas de orientación

Desenlodar es extraer los excrementos (sin tratar y parcialmente tratados) del foso, depósito o fosa y transportarlos a una instalación de tratamiento y eliminación fuera del asentamiento. Si es necesario desenlodar, debe contemplarse desde el principio en los procesos y presupuestos de operación y mantenimiento.

Las aguas grises o aguas residuales domésticas se clasifican como lodos de alcantarillado cuando se mezclan con excrementos humanos. A menos que el asentamiento esté situado en un terreno donde ya exista un sistema de alcantarillado, no debe permitirse que las aguas residuales domésticas se mezclen con excrementos humanos. Los lodos de alcantarillado son más difíciles y costosos de tratar que las aguas residuales domésticas.

Planificación: inicialmente, planificar un volumen de excrementos de 1 o 2 litros por persona y día. A largo plazo, planificar entre 40 y 90 litros por persona y año (el volumen de los excrementos se reduce con la descomposición). El volumen real dependerá de si se utiliza agua para arrastrarlos o no, de si la limpieza anal se realiza con algún material o solo con agua, de si se utiliza agua y otros materiales para limpiar los retretes y de la dieta de los usuarios. Debe evitarse que las aguas generadas en el hogar por las labores de limpieza y cocina, o por la colada y el baño, entren en las instalaciones de contención, ya que el exceso de agua implica mayor cantidad de lodos que extraer. Dejar medio metro en la parte superior del foso para material de relleno.

Para situaciones de salud pública concretas, como los brotes de cólera, ⊕ *véase WASH - Norma 6: WASH en entornos de atención de salud.*

Mercados locales: utilizar materiales y mano de obra disponibles localmente para la construcción de los retretes cuando sea oportuno. De este modo se favorece la participación en el uso y mantenimiento de las instalaciones.

Contención de excrementos en entornos difíciles: en caso de inundación o crisis urbana, puede ser especialmente difícil proporcionar instalaciones de contención de excrementos. En este tipo de situaciones, se deben considerar los retretes elevados, los retretes de separación de orina, los depósitos de contención de lodos de alcantarillado y las bolsas de plástico desechables provisionales con sistemas apropiados de recogida y eliminación, apoyar estos diferentes enfoques con actividades de promoción de la higiene.

Los excrementos como recurso: los excrementos también son un recurso potencial. Existen tecnologías que permiten transformar los lodos procesados en energía, por ejemplo, como ladrillos combustibles o biogás.

Los procesos de saneamiento ecológico o compostación recuperan fracciones orgánicas y nutrientes de una combinación de residuos humanos y residuos orgánicos de cocina. El compost resultante puede utilizarse como mejorador del suelo o fertilizante para huertas o jardines domésticos.

4. Control de vectores

Un vector es un agente portador de enfermedades. Los vectores crean una ruta entre la fuente de una enfermedad y las personas. Las enfermedades transmitidas por vectores son una importante causa de enfermedad y muerte en numerosos contextos humanitarios. La mayoría de los vectores son insectos tales como mosquitos, moscas y piojos, pero también pueden ser roedores. Algunos de ellos pueden incluso infligir dolorosas picaduras. Los vectores pueden ser sintomáticos de problemas en la gestión de los residuos sólidos, los desagües o los excrementos, de que no se ha elegido un terreno adecuado o de problemas de seguridad y protección más generales.

Las enfermedades transmitidas por vectores pueden ser complejas y para resolver los problemas relacionados con ellos puede hacer falta asesoramiento especializado. Sin embargo, la propagación de estas enfermedades puede evitarse con medidas sencillas y eficaces.

Los programas de control de vectores pueden no tener efecto alguno si no se acierta a actuar sobre el vector correcto, si se usan métodos ineficaces o si se actúa contra el vector correcto en el momento o lugar equivocados. Los controles deben estar dirigidos y basados en los ciclos de vida y ecologías de los vectores.

Los programas de control deben tratar de reducir la densidad de población de los vectores, los focos de reproducción de los vectores y los contactos entre humanos y vectores. Para diseñarlos, hay que consultar los estudios existentes y solicitar asesoramiento experto a organizaciones de salud nacionales e internacionales. Solicitar información local sobre pautas de las enfermedades, focos de reproducción y variaciones estacionales de la población de vectores y de la incidencia de las enfermedades.

Las normas que recoge esta sección están enfocadas a reducir o eliminar los vectores problemáticos para prevenir las enfermedades transmitidas por vectores y reducir las molestias. El control de vectores es necesario en varios sectores ⊕ *véase Alojamiento y asentamiento - Norma 2, Atención esencial de salud - Enfermedades transmisibles - Norma 2.1.1* y *Asistencia alimentaria - Norma 6.2*.

Control de vectores - Norma 4.1: Control de vectores a nivel de asentamiento

Las personas viven en un entorno donde se actúa sobre las zonas de reproducción y alimentación de vectores para reducir los riesgos de que se produzcan problemas relacionados con los vectores.

Acciones clave

1. Evaluar los riesgos de propagación de enfermedades por vectores en una zona definida.

- Determinar si la tasa de incidencia de una enfermedad en esa zona es mayor de la normal establecida por la OMS o a nivel nacional.
- Entender los focos de reproducción y el ciclo de vida de los vectores potenciales, sobre todo cómo se alimentan, de acuerdo con la información aportada por los expertos locales y el conocimiento de los vectores importantes.

2 Armonizar las acciones de control de vectores en el contexto humanitario con los planes o sistemas locales de control de vectores y con los programas, políticas o directrices nacionales.

3 Determinar si el control químico o no químico de los vectores fuera de los hogares es pertinente conforme al conocimiento de los ciclos de vida de los vectores.

- Informar a la población acerca de los riesgos que puede entrañar el control químico de los vectores, así como del calendario de aplicación de los productos químicos.
- Formar y equipar a todo el personal que manipule productos químicos con equipos y prendas de protección personal.

Indicador clave

Porcentaje de focos de reproducción identificados donde se altera el ciclo de vida del vector

Notas de orientación

Asentamientos comunitarios: la elección del terreno es importante para minimizar la exposición de la población afectada al riesgo de enfermedades transmitidas por vectores. Este debe ser uno de los factores clave a la hora de considerar posibles terrenos. Para controlar la malaria, por ejemplo, emplazar los asentamientos comunitarios 1 o 2 kilómetros en contra del viento de los grandes focos de reproducción, como pantanos o lagos, pero comprobar la disponibilidad otra fuente de agua limpia. Considerar cómo puede afectar a la creación la creación de un nuevo asentamiento a la presencia de vectores problemáticos en las comunidades de acogida vecinas ⊕ *véase Alojamiento y asentamiento - Norma 2: Localización y planificación del asentamiento*.

Evaluación de los factores de riesgo: basar las decisiones relativas a las respuestas de control de vectores en una evaluación de enfermedades potenciales y otros riesgos, así como en las evidencias clínicas y epidemiológicas de problemas asociados a enfermedades transmitidas por vectores. Revisar los casos presuntos y confirmados en la zona definida durante los dos años anteriores. Otros factores que influyen en este riesgo son:

- el estado inmunitario de la población, incluida la exposición anterior y el estrés nutricional o de otra índole;

- el movimiento de personas desde una zona no endémica a una zona endémica
- el tipo y la prevalencia del patógeno, tanto en vectores como en humanos;
- la especie, las cifras de población, el comportamiento y la ecología del vector (estación, focos de reproducción) y cómo pueden interactuar; y
- una mayor exposición a los vectores a consecuencia de la proximidad, del patrón de asentamiento, del tipo de alojamiento y de las medidas de protección y prevención individual existentes.

Eliminar o modificar las zonas de reproducción y alimentación de vectores: muchas actividades WASH pueden tener un gran impacto sobre las zonas de reproducción y alimentación de vectores, como por ejemplo:

- eliminar las zonas mojadas o con agua estancada alrededor de los puntos de distribución de agua, zonas de baño y zonas de colada;
- gestionar el almacenamiento de los residuos sólidos en los hogares durante la recogida y el transporte, y en los centros de tratamiento y vertederos;
- proporcionar tapas para los recipientes de agua;
- gestionar los excrementos;
- limpiar las peanas y superestructuras de los retretes para no favorecer la presencia de vectores;
- sellar los fosos de los retretes para evitar que puedan llegar heces al medio ambiente y que puedan entrar en ellos vectores problemáticos;
- organizar programas de promoción de la higiene relativos a la limpieza general; y
- mantener los pozos cubiertos y/o tratados con larvicidas, por ejemplo, en zonas donde el dengue sea endémico.

Las tres principales especies de mosquitos responsables de transmitir enfermedades son:

- *Culex* (filariasis y virus del Nilo Occidental), que se reproducen en agua estancada con materia orgánica, como es el caso de los retretes;
- *Anófeles* (malaria y filariasis), que se reproducen en aguas superficiales relativamente exentas de contaminación, como charcos, arroyos lentos y pozos; y
- *Aedes* (dengue, fiebre amarilla, chikungunya y virus del Zika), que se reproducen en recipientes de agua como botellas, cubos y neumáticos.

Control biológico y no químico: el control biológico introduce organismos que se alimentan de las especies de vectores destinatarias o las parasitan, compiten con ellas o reducen sus poblaciones. Por ejemplo, los peces larvívoros y los crustáceos de agua dulce pueden controlar los mosquitos *Aedes* (vectores del dengue). Una de las estrategias más prometedoras es el uso de la bacteria endosimbiótica *Wolbachia*, que se ha utilizado para reducir la transmisión del virus del dengue.

El control biológico ha sido eficaz en determinados contextos operacionales y las pruebas indican que es efectivo a gran escala. Aunque el control biológico evita la contaminación química del medio ambiente, puede haber limitaciones operativas y consecuencias ecológicas no deseadas. Los métodos de control biológico solo son eficaces contra los mosquitos vectores en sus fases de inmadurez y normalmente se limitan al uso en grandes recipientes de agua de hormigón o arcilla vitrificada o en pozos. Es esencial que las comunidades locales muestren su disposición a aceptar la introducción de organismos en los recipientes de agua. Es aconsejable contar con la participación de la comunidad para distribuir los organismos de control y para supervisar y reabastecer los contenedores, cuando sea necesario.

Respuestas de ingeniería ambiental: la reproducción de los vectores puede reducirse con distintas medidas de ingeniería ambiental básica, como, por ejemplo:

- la correcta eliminación de los excrementos de humanos y animales, el adecuado funcionamiento de los retretes, el mantener cerrada la tapa del foso en el retrete;
- la correcta eliminación de los residuos sólidos para controlar insectos y roedores;
- el asegurar un buen desagüe en los asentamientos, y
- el desagüe del agua estancada y la eliminación de la vegetación alrededor de los canales abiertos y de los estanques con el fin de controlar los mosquitos.

Este tipo de medidas reducirán la densidad de población de algunos vectores. Puede que no sea posible lograr un impacto suficiente sobre todas las zonas de reproducción, alimentación y descanso de vectores, ni siquiera a largo plazo. En ese caso, sse deben considerar medidas localizadas de control químico o de protección individual. La fumigación de los espacios infectados puede reducir el número de moscas adultas y evitar una epidemia diarreica o contribuir a minimizar la carga de morbilidad, si se emplea durante una epidemia. Con la fumigación de interiores con insecticidas de acción residual se reduce la densidad de mosquitos adultos que transmiten malaria o dengue. Los cebos tóxicos sirven para reducir las poblaciones de roedores.

Protocolos nacionales e internacionales: la OMS ha publicado claros protocolos y normas internacionales relativos tanto a la elección y la aplicación de sustancias químicas en el control de vectores como a la protección del personal y las necesidades de formación. Las medidas de control de vectores deben tener en cuenta dos cuestiones principales: la eficacia y la seguridad. Si las normas nacionales que regulan la elección de sustancias químicas no alcanzan el nivel de exigencia de las normas internacionales, procede consultar con la autoridad nacional competente y tratar de obtener autorización para cumplir las normas internacionales.

Se debe proteger a todo el personal que manipule sustancias químicas impartiendo formación, proporcionando les prendas de protección e instalaciones de baño y limitando el número de horas que pasan manipulando esas sustancias.

Coordinación con el tratamiento de la malaria: implementar estrategias de control de los vectores de la malaria al mismo tiempo que el diagnóstico y tratamiento tempranos con medicamentos contra la malaria ⊕ *véase Atención esencial de salud – Enfermedades transmisibles - Norma 2.1.1: Prevención.*

Control de vectores - Norma 4.2: Acciones domésticas y personales para el control de vectores

Todas las personas afectadas tienen los conocimientos y los medios necesarios para protegerse a sí mismas y a sus familias de los vectores que pueden entrañar un riesgo importante para su salud o bienestar.

Acciones clave

1. Evaluar las practicas actuales preventivas o disuasorias de la presencia de vectores en los hogares como parte de un programa general de promoción de la higiene.
   - Identificar las barreras existentes para adoptar comportamientos y los factores de motivación más eficaces.
2. Utilizar campañas de sensibilización participativas y accesibles para informar a la población acerca de los vectores problemáticos, los momentos y lugares de alto riesgo de transmisión, y las medidas preventivas.
   - Realizar un seguimiento específico de grupos de alto riesgo.
3. Llevar a cabo una evaluación de las medidas preventivas efectivas y pertinentes en el mercado local.
   - Considerar el fortalecimiento de los mercados para proporcionar una fuente sostenible de medidas preventivas.
   - Elaborar un plan de compra, distribución y aplicación de artículos de control de vectores, en colaboración con la comunidad, las autoridades locales y otros sectores, si los mercados locales no pueden satisfacer la demanda.
4. Formar a las comunidades para que realicen seguimientos, informes y retroalimentación sobre los vectores problemáticos y el programa de control de vectores.

Indicadores clave

Porcentaje de personas afectadas que pueden describir correctamente los modos de transmisión y las medidas eficaces de control de vectores en el hogar

Porcentaje de personas que han adoptado medidas apropiadas para protegerse frente a las enfermedades transmitidas por vectores

Porcentaje de hogares que tienen debidamente protegidos los alimentos almacenados

Notas de orientación

Medidas individuales de protección contra la malaria: la adopción de medidas oportunas y sistemáticas de protección como las tiendas de campaña, cortinas y mosquiteros tratados con insecticidas contribuye a prevenir la malaria. Los mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración también ofrecen cierta protección contra los piojos y las ladillas, las pulgas, las garrapatas, las cucarachas y las chinches. Se deben utilizar otros métodos de protección como prendas de manga larga, productos de fumigación domésticos, espirales para quemar, pulverizadores de aerosol y repelentes contra los mosquitos. Apoyar el uso de estos métodos con las personas más expuestas al riesgo, como los niños y niñas menores de cinco años, las personas con deficiencias inmunitarias y las mujeres embarazadas.

Grupos de alto riesgo: algunos segmentos de la comunidad serán más vulnerables a las enfermedades transmitidas por vectores que otros, especialmente los bebés y lactantes, las personas mayores, las personas con discapacidad, las personas enfermas y las mujeres embarazadas y lactantes. Identificar a los grupos de alto riesgo y tomar medidas concretas para reducir dicho riesgo. Tener cuidado de evitar la estigmatización.

Movilización social y comunicación: hacen falta cambios de comportamiento a nivel individual y comunitario para reducir tanto los hábitats de las larvas de los vectores como la población de vectores adultos. Las actividades de movilización social y de comunicación deberían integrarse plenamente en los esfuerzos de prevención y control de vectores, utilizando muy diversos canales.

Medidas de protección individual para otros vectores: la protección más eficaz contra las ladillas es una buena higiene personal y lavar regularmente las prendas de vestir y la ropa de cama. Las infestaciones se pueden controlar mediante tratamientos personales (aplicación de productos en polvo), coladas masivas o campañas de despioje. Desarrollar y utilizar protocolos de tratamiento para los recién llegados a un asentamiento. Un entorno doméstico limpio, un sistema eficaz de eliminación de residuos y el almacenamiento apropiado de alimentos cocinados y sin cocinar son factores disuasorios para la entrada de ratas y otros roedores e insectos (como cucarachas) en las casas o alojamientos ⊕ *véase Promoción de la higiene - Norma 1.1*: Promoción de la higiene.

5. Gestión de residuos sólidos

Por gestión de residuos sólidos se entiende el proceso utilizado para gestionar y eliminar residuos sólidos orgánicos e inorgánicos, domésticos, institucionales y comunitarios, médicos, peligrosos y no peligrosos. Ello implica:

- planificar los sistemas de gestión de residuos sólidos;
- manipular, separar, almacenar, clasificar y procesar los residuos en origen;
- la transferencia a un punto de recogida, y
- el transporte y eliminación final, reutilización, readaptación o reciclado.

Los residuos pueden generarse a nivel de los hogares, de las instituciones o de la comunidad.

La gestión inadecuada de los residuos sólidos entraña un riesgo de salud pública, ya que puede crear hábitats favorables para insectos, roedores y otros vectores de enfermedades ⊕ *véase Control de vectores - Norma 4.1: Control de vectores a nivel de asentamiento*. Los residuos sin tratar pueden contaminar las aguas superficiales y las subterráneas. Los menores pueden jugar en zonas con residuos sólidos deficientemente gestionados, con el consiguiente riesgo de sufrir lesiones o enfermedades. Los recicladores de residuos, que ganan dinero recogiendo materiales reutilizables en los vertederos, pueden correr riesgo de lesionarse o de contraer enfermedades infecciosas.

Los residuos sólidos pueden bloquear los sistemas de desagüe, generando aguas superficiales estancadas y contaminadas, que pueden servir de hábitat para vectores y crear otros riesgos de salud pública.

Estas normas no comprenden el tratamiento o eliminación de efluentes o lixiviados químicos. ⊕ *Véase el apartado de* Referencias *y lecturas complementarias*. En relación con los residuos médicos, ⊕ véase *WASH - Norma 6: WASH en entornos de atención de salud*.

Gestión de residuos sólidos - Norma 5.1: Entorno libre de residuos sólidos

Los residuos sólidos se contienen de forma segura para evitar que contaminen el medio ambiente y los espacios para vivir, aprender y trabajar, además del entorno comunitario.

Acciones clave

1. Diseñar el programa de eliminación de residuos sólidos en función de los riesgos de salud pública, la evaluación de los residuos generados por hogares e instituciones, y las prácticas existentes.

- Evaluar las capacidades locales de reutilización, readaptación, reciclado o compostación.

- Conocer los papeles asignados a los hombres, las mujeres, los niños y las niñas en la gestión de los residuos sólidos a fin de evitar crear riesgos de protección adicionales.

2 Trabajar con las autoridades locales o municipales y los proveedores de servicios para asegurarse de no sobrecargar los sistemas e infraestructuras existentes, especialmente en zonas urbanas.

- Velar por que las instalaciones de tratamiento y eliminación de residuos fuera del asentamiento puedan ser utilizadas por todo el mundo.
- Establecer un calendario para cumplir lo más rápidamente posible con las normas o políticas de salud locales relativas a la gestión de los residuos sólidos.

3 Organizar campañas periódicas o selectivas de limpieza de residuos sólidos con las infraestructuras de apoyo necesarias.

4 Proporcionar prendas de protección e inmunizar a las personas encargadas de recoger y eliminar los residuos sólidos, así como a las que participen en su reutilización o readaptación.

5 Velar por que los centros de tratamiento se gestionen de forma apropiada, adecuada y segura.

- Utilizar cualquier método seguro y apropiado de tratamiento y eliminación, como el enterramiento, los vertidos controlados o la incineración.
- Administrar los centros de gestión de residuos de forma adecuada para prevenir o minimizar los riesgos para la protección, especialmente de los menores.

6 Minimizar el material de embalaje y reducir la carga de residuos sólidos colaborando con las organizaciones responsables del reparto de alimentos y artículos domésticos.

Indicador clave

No se acumulan residuos sólidos en torno a los puntos vecinales o comunitarios designados para la recogida pública

Notas d e orientación

Las personas en tránsito descartarán los artículos que sean pesados o que ya no sean necesarios. La generación de residuos sólidos en los puntos de reparto puede incrementar las tensiones con las poblaciones de acogida. El volumen de residuos sólidos aumentará si los artículos domésticos repartidos no satisfacen necesidades reales. Estos residuos sólidos pueden ser de materiales diferentes a los que se generan localmente y puede que sea necesario tratarlos o eliminarlos de manera diferente.

Zonas urbanas: la infraestructura de gestión de los residuos sólidos urbanos puede integrarse en otros sistemas de servicio. Trabajar con las autoridades y los sistemas existentes para manejar la carga adicional de residuos sólidos.

Protección para las personas manipuladoras de residuos: proporcionar prendas de protección a todas las personas que participen en la gestión de residuos sólidos. Como mínimo, se facilitarán guantes. Lo ideal es que además se faciliten botas y mascarillas de protección. Cuando sea necesario, proporcionar inmunización contra el tétanos y la hepatitis B. Velar por la disponibilidad de agua y jabón para lavarse las manos y la cara. Formar e informar al personal sobre las formas correctas de transportar y eliminar los residuos, y los riesgos que entraña su incorrecta gestión ⊕ *véase Atención esencial de salud - Enfermedades transmisibles - Norma 2.1.1: Prevención*.

Las personas manipuladoras de residuos pueden ser estigmatizadas como sucias o pobres. Mantener consultas con la comunidad puede ayudar a cambiar actitudes. También será útil cuidar de que las personas manipuladoras de residuos dispongan de equipos apropiados y puedan mantener la limpieza.

Asentamientos comunitarios y zonas rurales: En asentamientos comunitarios y zonas con menor densidad de población puede ser posible, e incluso preferible, eliminar los residuos sólidos a nivel de los hogares. El tamaño de las fosas de enterramiento o incineración de residuos sólidos domésticos debe estar basado en el tamaño del hogar y en una evaluación del flujo de residuos. Las fosas domésticas también deben vallarse debidamente para evitar que accedan a ellas los niños y las niñas, y los animales, y lo ideal es que estén situadas al menos a 15 metros de las viviendas.

En el caso de los puntos de recogida vecinales o comunitarios, proporcionar en principio un contenedor de 100 litros por cada 40 hogares. Más adelante, proporcionar un contenedor por cada diez hogares, ya que es probable que la producción de residuos domésticos aumente con el tiempo. A título indicativo, debe haber un equipo de mantenimiento formado por 2,5 personas por cada 1.000 personas.

Reutilización, readaptación y reciclado: fomentar la reutilización, readaptación o reciclado de los residuos sólidos por parte de la comunidad, salvo que ello presente un importante riesgo de salud pública. Considerar las oportunidades de negocio a pequeña escala o los ingresos complementarios que pueden obtenerse del reciclado de residuos, y la posibilidad de compostar los residuos orgánicos a nivel doméstico o comunitario.

Gestión de residuos sólidos - Norma 5.2: Acciones domésticas y personales para gestionar los residuos sólidos de forma segura

Las personas pueden recoger de forma segura y posiblemente tratar los residuos sólidos en sus hogares.

Acciones clave

1 Proporcionar a los hogares un almacenamiento cubierto conveniente y de dimensiones adecuadas para los residuos domésticos o contenedores para pequeños grupos de hogares.

- Considerar la preferencia de los hogares sobre el número y el tamaño de los contenedores de reutilización y reciclado.

2 Establecer puntos de recogida pública en la vecindad, claramente marcados y vallados donde las familias puedan depositar sus residuos diariamente.

3 Organizar un sistema de recogida periódica de los residuos domésticos y de otra índole de los puntos designados de recogida pública.

4 Velar por que las fosas de enterramiento o incineración de residuos de los hogares o de la comunidad se gestionen de forma segura.

Indicadores clave

Porcentaje de hogares con acceso a un punto vecinal o comunitario designado para la recogida de residuos sólidos a una distancia aceptable de su vivienda

Porcentaje de familias que declaran que el almacenamiento doméstico de residuos es apropiado y adecuado

Notas de orientación

Planificación: la cantidad de residuos sólidos que generan las personas depende de cómo obtienen y cocinan los alimentos y de las actividades que realizan en el hogar o en sus proximidades. Las variaciones pueden ser estacionales y a menudo son reflejo de los calendarios de reparto o de los mercados. Hay que suponer que una persona genera medio kilo de residuos sólidos al día. Esto equivale a entre 1 y 3 litros por persona y día, teniendo en cuenta una densidad típica de residuos de sólidos de 200 a 400 kg/m^3.

Gestión de residuos sólidos - Norma 5.3: Sistemas de gestión de residuos sólidos a nivel comunitario

Los puntos designados para la recogida pública no están desbordados de residuos, y el tratamiento o eliminación final de los residuos es seguro.

Acciones clave

1 Velar por que instituciones como las escuelas y los espacios de aprendizaje, los espacios amigables para la infancia y las oficinas administrativas dispongan de almacenamiento cubierto adecuado y apropiado, claramente marcado, para los residuos generados en ese lugar.

2 Establecer almacenamientos claramente marcados y vallados para los residuos generados en las zonas comunitarias, especialmente en los mercados formales o informales, centros de tránsito y centros de registro.

Indicadores clave

Porcentaje de escuelas y centros de aprendizaje con un almacenamiento de residuos apropiado y adecuado

Porcentaje de mercados públicos con un almacenamiento de residuos apropiado y adecuado

Porcentaje de fosas o incineradoras de residuos sólidos en escuelas, centros de aprendizaje, mercados públicos y otras instituciones públicas que se gestionan de manera segura

Notas de orientación

Residuos de mercado: los mercados necesitan especial atención, ya que las zonas comunitarias a menudo carecen de una propiedad designada que tenga la responsabilidad de gestionar los residuos sólidos. La mayoría de los residuos de los mercados ha de tratarse de la misma manera que los residuos sólidos domésticos.

Residuos de mataderos: velar por que el sacrificio sea higiénico y conforme a la legislación local. Buena parte de los residuos sólidos generados por mataderos y lonjas de pescado pueden tratarse como residuos sólidos domésticos, pero hay que prestar especial atención a sus residuos líquidos. En su caso, desechar estos residuos en una fosa tapada junto al matadero o planta de procesado de pescado. La sangre y otros residuos líquidos han de correr hasta la fosa por un canal cubierto por losetas, a fin de reducir la entrada de insectos en la fosa. Debe haber agua disponible con fines de limpieza.

6. WASH en brotes de enfermedad y en entornos de atención de salud

Los actores de WASH y del sector salud trabajan para reducir los riesgos de salud pública, prevenir la transmisión de enfermedades y controlar los brotes que puedan producirse. Es necesaria una buena coordinación con las estructuras y los socios gubernamentales –de los dos sectores– para abordar los riesgos de salud pública en la comunidad y en los entornos de atención de salud. Esta norma se basa en las normas WASH 1 a 5, en el capítulo Salud, que se deberán consultar en su totalidad como orientación de todas las intervenciones técnicas.

La prevención y control de infecciones (PCI) es una actividad clave en la prevención de enfermedades en cualquier situación, así como en las respuestas a brotes. Es crucial para el paciente, para el trabajador de salud y para la comunidad. Es responsabilidad de los organismos de salud velar por que se cumplan las normas mínimas en los entornos de atención de salud, pero, a menudo, esta labor requiere la colaboración y el apoyo estructurados de los actores WASH.

Unas prácticas WASH adecuadas y aplicadas sistemáticamente, tanto en la comunidad como en el entorno de atención de salud, reducirán la transmisión de enfermedades infecciosas y ayudarán a controlar brotes. Las acciones mínimas recogidas en esta norma se aplican a la respuesta continuada y ponen de relieve aspectos que hay que intensificar en caso de brote.

Respuesta a un brote basada en la comunidad

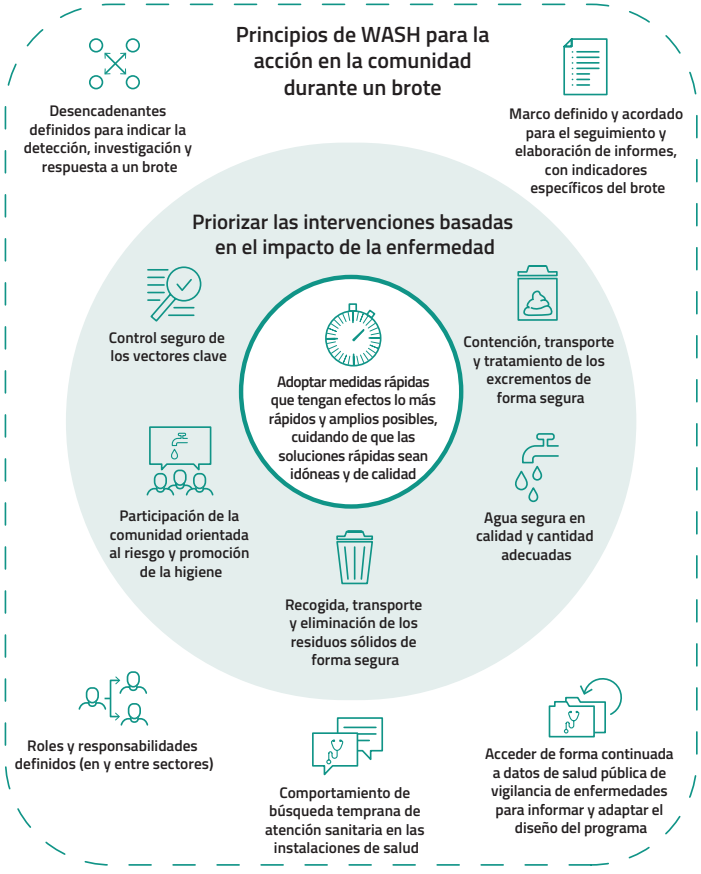
No siempre es práctico responder a cada componente de WASH. Hay que concentrarse en el riesgo inmediato para la salud pública y fomentar la confianza y la rendición de cuentas en las comunidades. Priorizar la respuesta en función de los resultados epidemiológicos, la evaluación de los factores de riesgo, las vías de transmisión (especialmente otras aparte de la fecal-oral), el impacto esperado de cada intervención y los recursos disponibles.

La participación de la comunidad sigue siendo un componente esencial de la respuesta a un brote a fin de prevenir la propagación de la enfermedad. Las percepciones y creencias existentes en la comunidad pueden facilitar o dificultar una respuesta, por lo que es importante entenderlas y afrontarlas. Puede que sea necesario modificar algunas normas sociales para prevenir la transmisión de enfermedades. Por ejemplo, trabajar con la comunidad para encontrar formas alternativas de saludo que sustituyan al apretón de manos.

Fomentar medidas específicas de prevención y tratamiento de enfermedades en la comunidad afectada. Por ejemplo, el uso de mosquiteros para prevenir la malaria o el consumo de sale rehidratantes por vía oral y de zinc (en el caso de los menores) contra la diarrea. Si los agentes de extensión en la comunidad se dedican activamente a detectar casos o realizan tareas relacionadas, deberán recibir formación. Integrar

todos los datos en la actividad general de investigación y respuesta al brote. Para poder dar una respuesta oportuna a un brote, es crucial realizar un rápido seguimiento de su propagación y a quién afecta, así como integrar los datos en un sistema común para evitar duplicar recuentos o pasar por alto zonas clave ⊕ *véase Atención esencial de salud - Enfermedades transmisibles - Norma 2.1.4: Preparación para un brote y respuesta*.

Cuando se produzca un brote de una enfermedad, hay que seguir siempre las orientaciones técnicas actualizadas, ya que las enfermedades emergentes tendrán diferentes riesgos e impactos. Existen amplias orientaciones sobre PCI en la prevención y el control de enfermedades concretas, y es prioritario seguirlas ⊕ *véase Referencias más adelante*. Esta norma establece las cuestiones mínimas a considerar y describe la colaboración entre los sectores WASH y de la salud. El diagrama siguiente ofrece una visión general de acciones WASH clave basadas en la comunidad, cuando se produce un brote. Para las acciones relacionadas con la salud, ⊕ *véase Atención esencial de salud - Enfermedades transmisibles - Normas 2.1.1 a 2.1.4*



Principios de WASH para la acción en la comunidad durante un brote (Figura 5)

WASH en brotes de enfermedad y entornos de atención de salud - Norma 6: WASH en entornos de atención de salud

Todos los entornos de atención de salud mantienen normas WASH mínimas para la prevención y el control de infecciones, incluidos los brotes de enfermedades.

Acciones clave

1 Establecer un abastecimiento de agua fiable, de cantidad y calidad suficientes, y apropiado para el entorno de atención de salud.

- Almacenar agua segura para al menos 48 horas (0,5 mg/l de cloro residual libre) para garantizar un suministro constante.
- **Brotes:** aumentar las cantidades de agua y adaptar las soluciones de clorado según el tipo de enfermedad, el riesgo y las necesidades.

2 Proporcionar suficientes instalaciones de eliminación de excrementos para limitar la transmisión de enfermedades.

- Proporcionar sillas de ruedas con orinal y cubos adaptados como retretes para las personas afectadas por barreras a la movilidad.
- Limpiar las instalaciones de saneamiento (retretes, duchas, zona de lavado) con agua y detergente. Evitar el uso de detergentes fuertes en los retretes.
- **Brotes:** establecer instalaciones de eliminación de excrementos en cada zona del entorno de atención de salud.
- **Brotes:** adaptar materiales y suministros a la enfermedad concreta, como camas para el cólera y cubos para excrementos o vómitos.
- **Brotes:** determinar cualquier precaución adicional necesaria para limpiar, desmantelar y desenlodar las instalaciones y los equipos para excrementos.

3 Proporcionar suficientes materiales y equipos de limpieza para que los trabajadores de salud, pacientes y visitantes mantengan la higiene.

- Poner lavabos en puntos clave con agua segura, jabón o gel higienizante. Secar con aire o utilizar toallitas desechables.
- **Brotes:** poner lavabos en cada zona.
- **Brotes:** establecer prácticas higiénicas adicionales, como baños o pulverizadores clorados para los pies (según la enfermedad) y lavabos de manos para antes de ponerse o quitarse los equipos de protección personal (EPP).
- **Brotes:** proporcionar a los pacientes determinados artículos de higiene y formación para usarlos.

4 Mantener un entorno limpio e higiénico.

- Limpiar los suelos y las superficies de trabajo horizontales cada día con agua y detergente.
- Limpiar y desinfectar las superficies potencialmente contaminadas con una solución de cloro al 0,2%.

- Limpiar, desinfectar o esterilizar los materiales médicos reutilizables, dependiendo del riesgo, antes de cada uso.
- Desinfectar toda la ropa de hogar con una solución de cloro al 0,1% después de ponerla en remojo si está visiblemente sucia; esterilizar toda la ropa blanca para quirófanos.
- **Brotes:** aumentar la fuerza de los desinfectantes para limpiar suelos y superficies contaminadas. Considerar mecanismos especiales para desinfectar la ropa de hogar.

5 Manipular, tratar y desechar los residuos correctamente.

- Segregar los residuos de la atención de salud en el punto de generación utilizando el método de los "tres cubos".
- Formar a todos los trabajadores de salud en la segregación y gestión de residuos.
- Velar por que los equipos designados lleven EPP para recoger, tratar y desechar los residuos (como mínimo, guantes y botas).
- **Brotes:** aumentar las precauciones para manipular residuos, utilizando EPP completos en función del tipo de enfermedad.

6 Velar por que todos los trabajadores de salud, pacientes y personas cuidadoras utilicen EPP apropiados.

- Proporcionar EPP correspondientes al tipo de exposición y categoría de precauciones de aislamiento.
- Enseñar a los trabajadores de salud, pacientes y otras personas de la instalación a elegir, utilizar y quitarse los EPP.
- **Brotes:** evaluar el tipo de exposición prevista y adaptar los EPP al tipo de transmisión.

7 Manejar y enterrar los cadáveres de forma digna, culturalmente apropiada y segura de acuerdo con las prácticas de salud pública.

- Considerar las tradiciones locales y la necesidad de identificar y devolver las personas fallecidas a sus familias.
- **Brotes:** encontrar alternativas con la comunidad si las prácticas habituales no son seguras.
- **Brotes:** formar a los equipos y dotar dotarles con EPP apropiados para realizar enterramientos.

Indicadores clave

Todos los trabajadores de salud se lavan las manos con jabón o gel higienizante, antes y después del contacto con cada paciente

Todos los pacientes y las personas cuidadoras se lavan las manos antes de manipular o consumir alimentos y después de ir al retrete

Todos los lavabos tienen jabón o gel higienizante (o solución de cloro al 0,05% en caso de brote)

Número de lavabos

- Mínimo: un lavabo por cada diez personas hospitalizadas

Calidad del agua potable en el punto de suministro

- Mínimo: 0,5 a 1mg/l CRL

Cantidad de agua segura disponible

- Mínimo: 5 litros por paciente ambulatorio y día
- Mínimo: 60 litros por paciente y día en un centro de tratamiento del cólera
- Mínimo: 300 a 400 litros por paciente y día en un centro de tratamiento de fiebre hemorrágica viral

Número de retretes accesibles

- Mínimo: cuatro en instalaciones ambulatorias (segregados para hombres, mujeres, menores y trabajadores de salud)
- Mínimo: 1 por cada 20 personas hospitalizadas (segregados para hombres, mujeres, menores y trabajadores de salud)

Notas de orientación

Programar la prevención y el control de infecciones es esencial en todos los entornos de atención de salud, incluidas las ambulancias y los programas de salud comunitarios. Es necesario elaborar directrices sobre las precauciones normalizadas, las precauciones en función de la transmisión y las técnicas clínicas asépticas. Incluir un equipo dedicado a la prevención y el control de infecciones en cada entorno, así como a la formación para los trabajadores de salud. Se debería hacer un seguimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y de la resistencia antimicrobiana, por medio de sistemas de vigilancia. Cada entorno debería tener una dotación de personal y una carga de trabajo adecuadas. Solo debería haber un paciente por cama. La atención de salud debería prestarse en un entorno seguro y apropiado, construido con suficientes infraestructuras y equipos WASH para mantener prácticas de higiene seguras ⊕ *véase Sistemas de salud - Normas 1.1* y *1.2*.

Cantidad y calidad del agua: para calcular las cantidades de agua necesarias, consultar el ⊕ *apéndice 3: Cantidades mínimas de agua.* Las clínicas móviles deberían aplicar las mismas normas WASH a los pacientes ambulatorios, incluido el acceso a una fuente de agua segura y a retretes. Cada instalación debe disponer de un suministro (y almacenamiento) para un mínimo de 48 horas. Para brotes como el ébola y el cólera, deben ser 72 horas. Para los fundamentos de los programas comunitarios WASH, ⊕ *véase Abastecimiento de agua - Normas 2.1 y 2.2* como base de los programas WASH comunitarios.

Hacen falta las siguientes soluciones de cloro para distintos usos en entornos de atención de salud.

solución de cloro	actividad del centro de salud
0,05%	Lavarse las manos Lavado de la ropa (después de limpiar)
0,2% (cólera) **0,5% (ébola)**	Secar las superficies de trabajo horizontales después de limpiar (solo en caso de cólera) Limpiar materiales, delantales, botas, utensilios de cocina y platos Lavado de cuñas urinarias, cubos Limpiar las superficies contaminadas con fluidos corporales Preparación de los cadáveres (ébola)
2%	Preparación de los cadáveres (cólera) Añadida a cubos de excrementos y vómitos (cólera)
1%	Solución madre para clorar el agua

Gestión de excrementos: ⊕ *véase Gestión de excrementos - Normas 3.1 a 3.3* para obtener indicaciones sobre la gestión de los excrementos en general, y ⊕ *Promoción de la higiene - Norma 1.3: Atención a la higiene menstrual e incontinencia* para obtener información concreta sobre materiales.

Las instalaciones de los retretes deben ser técnica y culturalmente apropiadas, con retretes separados, con cerrojo y bien iluminados, con espacio suficiente para que las personas cuidadoras asistan a los pacientes. Todas las instalaciones de saneamiento (retretes, duchas, zona de lavado) deben limpiarse con agua y detergente. Se debe evitar el uso de desinfectantes fuertes dentro de los retretes (especialmente en el caso de las fosas sépticas), ya que alteran los procesos de biodegradación natural de algunos patógenos.

Durante los brotes, adoptar precauciones adicionales cuando se limpien, desmantelen o desenloden las instalaciones y los equipos de gestión de excrementos (por ejemplo, solución de cloro para limpiar, tratamiento con cal viva o cloro).

Aguas grises: como mínimo se deben eliminar las aguas grises utiliando un filtro de grasas y un pozo filtrante. Asegúrese de que esté cercado para evitar que la gente lo manipule.

Los residuos de la atención de salud contienen organismos infecciosos, como los virus del VIH y la hepatitis B, que también pueden contaminar el suelo y las fuentes de agua. Como mínimo, se debe utilizar el método de tres cubos para recoger y segregar los residuos en cuanto se generen:

Categoría	Ejemplo	Color/etiqueta del contenedor
Residuos generales **No peligrosos**	Papel	Negro
Materiales punzantes usados **Peligrosos, infecciosos**	Agujas, escalpelos, bombas de infusión, vidrios rotos, viales vacíos	Amarillo, etiquetado "PUNZANTES", a prueba de fugas y de perforaciones
No punzantes **Peligrosos, infecciosos**	Materiales contaminados por fluidos corporales, como bastoncillos, vendajes, suturas, cultivos de laboratorios	Amarillo, etiquetado y a prueba de fugas

Puede que sea necesaria una segregación adicional, por ejemplo, de residuos patológicos (tejido humano), farmacéuticos y químicos (reactivos de laboratorio). Recoger los residuos segregados de la zona médica al menos una vez al día e inmediatamente si son muy infecciosos. Utilizar carritos para transportar los residuos por una ruta predeterminada hasta zonas designadas con acceso restringido al público. Los contenedores de residuos, los carritos y las zonas de almacenamiento deben desinfectarse regularmente. Vacunar a todas las personas manipuladoras de residuos de atención de salud contra la hepatitis B y el tétanos.

Tratar y desechar los residuos según las instalaciones disponibles:

Categoría	Tratamiento y eliminación
General	Reciclar, quemar o enterrar Vertedero municipal
Materiales punzantes usados	Foso de punzantes Encapsular y enterrar en el vertedero Incinerar (no viales) y enterrar en un foso de cenizas (con precaución, ya que puede que los punzantes no hayan sido despuntados)
Infecciosos (No punzantes)	Foso de enterramiento (cubrir los residuos con cal viva) Incinerar y enterrar en un foso de cenizas Tratar en autoclave o químicamente
Patológicos	Según las normas socioculturales: Fosos de enterramiento (por ejemplo, foso de placenta) o cementerios Cremación
Farmacéuticos	Seguir las directrices nacionales si es posible o devolver al proveedor Encapsular y desechar en el vertedero Incineradoras especiales (>1.200 grados centígrados)
Residuos químicos	Seguir las directrices nacionales si es posible o devolver al proveedor Se pueden incinerar o encapsular pequeñas cantidades Tratar en depuradora o en horno giratorio

Las incineradoras deben superar los 900 grados centígrados y tener cámaras dobles. Las incineradoras de baja calidad generan emisiones tóxicas y contaminantes atmosféricos y no consiguen una esterilización completa. Todos los fosos e incineradoras deben ser construidos conforme a la normativa nacional e internacional vigente, y ser operados, mantenidos y desmantelados de forma segura.

Los equipos de protección personal (EPP) son obligatorios para cumplir con los protocolos PCI y para asegurar que no se agrava el riesgo para los pacientes, sus familiares y el personal.

Evaluar el tipo de exposición previsto (salpicaduras, atomizaciones, tacto o contacto) y la categoría de transmisión de enfermedades. Utilizar equipos de talla adecuada, duraderos y apropiados (por ejemplo, resistentes a líquidos o a prueba de líquidos).

Un EPP básico evita que el usuario entre en contacto con sangre, fluido corporal, secreciones o excreciones. Incluye guantes para tocar materiales infecciosos; batas/delantales para evitar que la ropa o la piel entren en contacto con materiales

infecciosos; protección facial, como una máscara, una pantalla o gafas de protección contra salpicaduras, gotitas o atomizaciones. También puede ser necesario llevar un EPP adicional (o un EPP básico en otros momentos) según el tipo de transmisión de la enfermedad: por contacto (p.ej., bata y guantes en el entorno del paciente); por gotitas (máscaras quirúrgicas a un metro del paciente), y aérea (respiradores de partículas).

Dejar los EPP desechables en contenedores de basuras (por ejemplo, barriles de 220 litros) a la entrada del vestuario. Recoger y llevar los contenedores a la zona de gestión de residuos designada. Dejar los EPP reutilizables, como guantes resistentes y gafas de protección, en contenedores con una solución de cloro al 0,5%. Limpiar, lavar, reparar y guardar adecuadamente los EPP reutilizables.

Debe haber una solución de cloro al 0,5% para lavarse las manos enguantadas después de cada paso del proceso de quitarse la ropa. Instalar otro lavabo con solución de cloro al 0,05% para lavarse por última vez al finalizar el proceso.

Gestión de los cadáveres: promover el enterramiento digno y culturalmente apropiado de las personas fallecidas, incluida la identificación de todas ellas. Dejar que las personas identifiquen a sus familiares y celebren los funerales. No enterrar los cuerpos de forma brusca en fosas comunes. El enterramiento en fosas comunes puede ser un obstáculo para obtener los certificados de defunción necesarios para presentar reclamaciones legales. Considerar los problemas legales que puedan derivarse del enterramiento de víctimas de violencia (⊕ *véase Sistemas de salud - Norma 1.1: Prestación de servicios de salud*).

Durante un brote puede ser necesario adoptar precauciones especiales, como la preparación del cadáver con solución de cloro, en función del patógeno de la enfermedad y su transmisión. Los rituales de purificación y atención a los muertos pueden aumentar las posibilidades de transmisión de la enfermedad, pero si no se respetan las sensibilidades culturales podría ocurrir que los enterramientos se llevaran a cabo en secreto y no quede constancia.

Los trabajadores de salud y los equipos de enterradores deberán llevar EPP en todo momento. Apoyar a los enterradores de la comunidad con servicios psicosociales. Trabajar con los líderes de la comunidad para prevenir la estigmatización de las personas que asumen esta labor.

Desmantelamiento: consultar con la comunidad, las autoridades locales y los actores humanitarios para decidir cómo desmantelar un entorno de atención de salud temporal durante una respuesta.

Apéndice 1
Lista de verificación para la evaluación de las necesidades iniciales de abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene

Esta lista de preguntas sirve principalmente para evaluar las necesidades, identificar los recursos y describir las circunstancias locales. No incluye cuestiones encaminadas a a determinar los recursos externos necesarios como complemento a los disponibles de forma inmediata en el entorno local.

General

- ¿Cuántas personas afectadas hay y dónde están? Desglosar los datos por sexo, edad, discapacidad, etc.
- ¿Cuáles son los movimientos probables de estas personas? ¿Cuáles son los factores de seguridad para las personas afectadas y para las posibles respuestas de socorro?
- ¿Cuáles son las enfermedades actuales, prevalentes o posibles relacionadas con WASH?
- ¿Quiénes son las personas clave con las que hay que consultar o contactar?
- ¿Quiénes son las personas de la población en situación de vulnerabilidad y por qué?
- ¿Existe acceso equitativo para todas las personas a las instalaciones existentes, incluidos los lugares públicos, los centros de salud y los colegios?
- ¿Qué riesgos especiales existen para la seguridad de ls mujeres, las niñas, los niños y los hombres? ¿Grupos en riesgo?
- ¿A qué prácticas estaba acostumbrada la población antes de la crisis en relación con el agua, el saneamiento y la higiene?
- ¿Cuáles son las estructuras de poder formales e informales (por ejemplo, líderes comunitarios, ancianos, grupos de mujeres)?
- ¿Cómo se toman las decisiones en los hogares y en la comunidad?
- ¿Existe acceso a los mercados locales? ¿Qué bienes y servicios WASH clave eran accesibles en el mercado antes y durante la crisis?
- ¿Tienen las personas acceso a dinero en efectivo o a crédito?
- ¿Existen variaciones estacionales que haya que conocer que puedan limitar el acceso o aumentar la demanda de mano de obra durante la época de cosecha, por ejemplo?
- ¿Quiénes son las autoridades clave con las que hay que tratar y colaborar?
- ¿Quiénes son los socios locales en la zona geográfica, por ejemplo, grupos de la sociedad civil que tengan capacidades similares en materia de WASH e interacción con la comunidad?

Promoción de la higiene

- ¿A qué prácticas estaban acostumbradas las personas antes de la crisis en relación con el agua, el saneamiento y la higiene?
- ¿Cuáles de las prácticas actuales son nocivas para la salud, quién las aplica y por qué?
- ¿Quién sigue practicando conductas positivas de higiene y qué les habilita y motiva a hacerlo?
- ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de cualquier propuesta de modificación de prácticas?
- ¿Qué canales formales e informales de comunicación y divulgación existen (por ejemplo, trabajadores comunitarios de salud, parteras tradicionales, curanderos tradicionales, clubes, cooperativas, iglesias y mezquitas)?
- ¿Qué acceso a los medios de comunicación de masas hay en la zona (por ejemplo, radio, televisión, vídeo, prensa)?
- ¿Qué organizaciones de medios locales u organizaciones no gubernamentales (ONG) hay?
- ¿A qué segmentos de la población podemos y debemos dirigirnos (por ejemplo, madres, menores, líderes comunitarios, líderes religiosos)?
- ¿Qué tipo de sistema de divulgación funcionaría en este contexto (por ejemplo, voluntarios, trabajadores o promotores de la higiene en la comunidad, clubes de salud en las escuelas, comités WASH) para lograr una movilización inmediata y a medio plazo?
- ¿Cuáles son las necesidades de aprendizaje del personal dedicado a la promoción de la higiene y de los agentes de extensión de la comunidad?
- ¿Qué artículos no alimentarios hay disponibles y cuáles se necesitan con más urgencia en función de las preferencias y las necesidades?
- ¿Dónde acceden las personas a los mercados para comprar sus artículos de higiene esenciales? ¿Ha cambiado este acceso (costo, diversidad, calidad) desde la crisis)?
- ¿Cómo acceden los hogares a los artículos de higiene esenciales? ¿Quién toma las decisiones relativas a qué artículos comprar y priorizar?
- ¿Cúan eficaces son las prácticas de higiene en los entornos de atención de salud (especialmente importante en situaciones epidémicas)?
- ¿Cuáles son las necesidades y preferencias de las mujeres y las niñas en cuanto a las prácticas de higiene menstrual?
- ¿Cuáles son las necesidades y preferencias de las personas que viven con incontinencia?

Abastecimiento de agua

- ¿Cuál es la fuente actual de abastecimiento de agua y quiénes son los usuarios actuales?
- ¿Cuánta agua hay disponible por persona y día?
- ¿Cuál es la frecuencia diaria y semanal de disponibilidad del abastecimiento de agua?

- ¿Es el agua disponible en la fuente suficiente para satisfacer las necesidades a corto y largo plazo de todos los grupos?
- ¿Están los puntos de recogida de agua suficientemente cerca de donde viven las personas? ¿Son seguros?
- ¿Es el abastecimiento de agua actual fiable? ¿Cuánto tiempo durará?
- ¿Disponen las personas de suficientes recipientes de agua del tamaño y tipo apropiados (recogida y almacenamiento)?
- ¿Está la fuente de agua contaminada o en riesgo de contaminación (microbiológica, química o radiológica)?
- ¿Existe un sistema de tratamiento de agua? ¿Es necesario el tratamiento? ¿Es posible el tratamiento? ¿Qué tratamiento es necesario?
- ¿Es necesaria la desinfección? ¿Tiene la comunidad algún problema con respecto al sabor y al olor del agua debido al cloro?
- ¿Hay fuentes alternativas de agua en las proximidades?
- ¿Qué creencias y prácticas tradicionales tienen que ver con la recogida, el almacenamiento y el uso del agua?
- ¿Hay algún obstáculo para utilizar las fuentes de abastecimiento de agua disponibles?
- ¿Es posible trasladar a la población si las fuentes de agua son inadecuadas?
- ¿Cuáles son las alternativas si las fuentes de agua son inadecuadas?
- ¿Hay alguna creencia o práctica tradicional relacionada con la higiene (por ejemplo, durante el brote de cólera de Haití, la enfermedad se relacionó con la cultura del vudú)? ¿Es alguna de estas creencias o prácticas útil o nociva?
- ¿Cuáles son los principales problemas de higiene relacionados con el abastecimiento de agua?
- ¿Compran las personas agua? De ser así, ¿dónde, a qué costo y con qué fin? ¿Ha cambiado este acceso (el costo, la calidad, la regularidad del suministro)?
- ¿Tienen las personas los medios para utilizar el agua de forma higiénica?
- ¿Tienen los puntos de agua y las zonas de baño y colada desagües adecuados?
- ¿Son las condiciones del suelo adecuadas para la gestión, dentro o fuera del asentamiento, del agua problemática que proviene de los puntos de agua y de las zonas de baño y colada? ¿Se ha realizado una prueba de percolación de la tierra?
- En caso de desplazamiento rural, ¿cuál es la fuente habitual de agua para el ganado?
- ¿Habrá algún efecto ambiental debido a una posible intervención del suministro de agua, a la extracción y uso de las fuentes de agua?
- ¿Qué otros usuarios utilizan actualmente las fuentes de agua? ¿Existe riesgo de conflicto si las fuentes se utilizan para nuevas poblaciones?
- ¿Qué oportunidades hay de colaborar con el sector privado y/o público en el suministro de agua? ¿Qué dificultades y oportunidades existen que puedan servir de base al análisis y a las recomendaciones de respuesta?

- ¿Qué funciones de operación y mantenimiento son necesarias? ¿Qué capacidad existe para realizarlas a corto y largo plazo? ¿Quién será el responsable de ellas?
- ¿Existe o puede existir un mecanismo o sistema financiero para recuperar los costos de operación y mantenimiento?
- ¿Cómo accede la población de acogida al agua y se asegura de que es segura en el punto de uso?

Eliminación de excrementos

- ¿Está el entorno libre de heces?
- Si se defeca al aire libre, ¿hay una zona designada?
- ¿Hay alguna instalación presente? De ser así, ¿se utiliza? ¿Es suficientes? ¿Funciona correctamente? ¿Se puede ampliar o adaptar?
- ¿Son las instalaciones seguras y dignas: están iluminadas y equipadas con cerrojos o biombos? ¿Pueden las personas acceder a las instalaciones de los retretes de día y de noche? Si de noche no, ¿cuáles son las alternativas?
- ¿Qué prácticas de gestión de excrementos utiliza la población de acogida?
- ¿Supone la práctica actual de defecación una amenaza para los suministros hídricos (subterráneos o superficiales) o para los espacios donde viven las personas y para el medio ambiente en general?
- ¿Hay que tener en cuenta alguna norma sociocultural en el diseño del retrete?
- ¿Conocen las personas el diseño, construcción y uso de los retretes?
- ¿Qué materiales locales hay disponibles para construir retretes?
- ¿Se acepta la compostación y se practica?
- ¿A partir de qué edad comienzan los menores a utilizar el retrete?
- ¿Qué ocurre con las heces de los lactantes y los/as niños/as pequeños/as?
- ¿Cuál es la pendiente del terreno?
- ¿Cuál es el nivel freático?
- ¿Son las condiciones del suelo adecuadas para la eliminación de excrementos in situ?
- ¿Fomentan los actuales métodos de eliminación de excrementos los vectores?
- ¿Hay a o agua disponibles para la limpieza anal? ¿Cómo se desechan normalmente?
- ¿Se lavan las personas las manos después de defecar y antes de preparar y consumir alimentos? ¿Hay agua y jabón u otros materiales de limpieza disponibles junto al retrete o en el hogar?
- ¿Qué hacen las mujeres y las niñas para manejar su menstruación? ¿Disponen de artículos o instalaciones apropiados para ello?
- ¿Existen instalaciones o equipos concretos disponibles para que el saneamiento sea accesible a las personas con discapacidad, las personas que

viven con el VIH, las personas que viven con incontinencia o las personas inmóviles en centros médicos?
- Evaluar las consideraciones ambientales: por ejemplo, la extracción de materias primas como arena y grava con fines de construcción, y la protección del medio ambiente respecto de las materias fecales.
- ¿Hay trabajadores cualificados en la comunidad, como albañiles o carpinteros, y trabajadores no cualificados?
- ¿Hay personas disponibles para vaciar fosos o desenlodar camiones? ¿Se eliminan actualmente los residuos fecales recogidos de forma apropiada y segura?
- ¿Cuál es la estrategia apropiada para gestionar los excrementos, incluyendo la contención, el vaciado, el tratamiento y la eliminación?

Enfermedades transmitidas por vectores

- ¿Cuáles son los riesgos de enfermedades transmitidas por vectores y cuál es su gravedad?
- ¿Qué pautas diarias o estacionales siguen los vectores locales en relación con la reproducción, el descanso y la alimentación?
- ¿Hay creencias y prácticas tradicionales (por ejemplo, la creencia de que el agua sucia causa la malaria) relacionadas con los vectores y las enfermedades transmitidas por vectores? ¿Es alguna de estas creencias o prácticas útil o nociva?
- Si los riesgos de enfermedades transmitidas por vectores son altos, ¿tienen las personas en riesgo acceso a protección individual?
- ¿Es posible realizar cambios en el entorno local (especialmente, por ejemplo, mediante drenaje, limpieza de malezas, eliminación de excrementos, eliminación de residuos sólidos) para inhibir la reproducción de vectores?
- ¿Es necesario controlar vectores por medios químicos? ¿Qué programas, regulaciones y recursos existen en relación con el uso de sustancias químicas para el control de vectores?
- ¿Qué información y precauciones de seguridad es necesario facilitar a los hogares?

Gestión de residuos sólidos

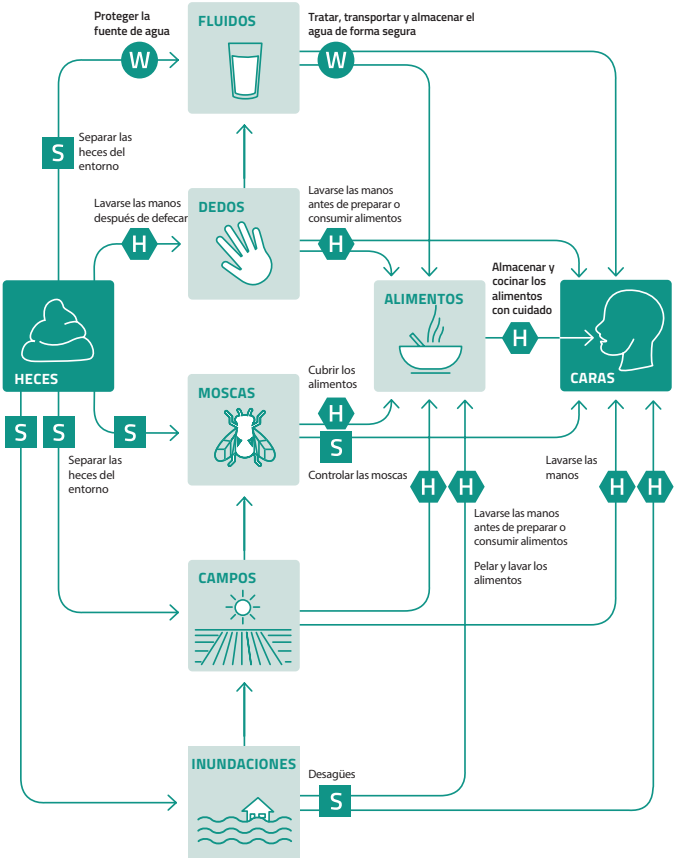
- ¿Son los residuos sólidos acumulados un problema?
- ¿Cómo desechan las personas lo residuos? ¿Qué tipo y cantidad de residuos sólidos se generan?
- ¿Se pueden desechar los residuos sólidos en el asentamiento o es necesario recogerlos y desecharlos fuera del mismo?
- ¿Cuál es la práctica normal de eliminación de residuos de las personas afectadas (por ejemplo, fosos de compostación o de basuras, sistemas de recogida, contenedores)?
- ¿Existen instalaciones y actividades médicas que produzcan residuos? ¿Cómo se eliminan? ¿Quién es la persona responsable?

- ¿Dónde se tiran los artículos sanitarios desechables (por ejemplo, pañales de bebés, artículos de higiene menstrual y de incontinencia)? ¿Es su eliminación discreta y efectiva?
- ¿Qué efecto tiene el sistema actual de eliminación de residuos sólidos en el medioambiente/medio ambiente? See previous comments re. spelling of medio ambiente/medioambiente?
- ¿Qué capacidad de gestión de residuos sólidos tienen los sectores público y privado?

Apéndice 2
El diagrama F: Transmisión fecal-oral de enfermedades diarreicas

W AGUA
S SANEAMIENTO
H HIGIENE

Las barreras pueden detener la transmisión de la enfermedad. Pueden ser primarias (previenen el contacto inicial con las heces) o secundarias (previenen su ingestión por otra persona). Se pueden controlar con intervenciones de agua, saneamiento e higiene.



NOTA Este diagrama es un resumen de vías: puede haber otras que sean importantes. Por ejemplo, el agua potable puede contaminarse, porque el recipiente esté sucio y los alimentos pueden infectarse por manipularlos con utensilios de cocina sucios.

Los 5 factores principales: heces, fluidos, dedos, moscas y alimentos (Figura 5)
Fuente: Water, Engineering and Development Centre (WEDC)

Apéndice 3
Cantidades mínimas de agua: cifras de supervivencia y cuantificación de las necesidades de agua

Necesidades de supervivencia: ingesta de agua (beber y comer)	**2,5 a 3 litros por persona y día (según el clima y la fisiología individual)**
Prácticas de higiene básicas	2 a 6 litros por persona y día (según las normas sociales y culturales)
Necesidades básicas de cocina	3 a 6 litros por persona y día (según el tipo de alimento y las normas sociales y culturales)
Centros de salud y hospitales	5 litros por paciente ambulatorio 40 a 60 litros por paciente hospitalizado y día 100 litros por intervención quirúrgica y parto Pueden hacer falta cantidades adicionales para los equipos de lavado de ropa, las descargas de los retretes, etc.
Centros de cólera	60 litros por paciente y día 15 litros por persona cuidadora y día
Centro de fiebres hemorrágicas virales	300 a 400 litros por paciente y día
Centros de alimentación terapéutica	30 litros por paciente hospitalizado y día 15 litros por persona cuidadora y día
Clínica móvil con visitas infrecuentes	1 litro por paciente y día
Clínica móvil con visitas frecuentes	5 litros por paciente y día
Puntos de rehidratación oral (PRO)	10 litros por paciente y día
Centros de recepción/ tránsito	15 litros por persona y día si la estancia es superior a un día 3 litros por persona y día si la estancia se limita a las horas diurnas
Escuelas	3 litros por alumno y día para beber y lavarse las manos (no se incluye el uso para retretes: véase Retretes públicos más adelante)
Mezquitas	2 a 5 litros por persona y día para lavarse y beber
Retretes públicos	1 a 2 litros por usuario y día para lavarse las manos 2 a 8 litros por cubículo y día para limpiar retretes
Todos los retretes de descarga	20 a 40 litros por usuario y día para los retretes de descarga convencionales conectados a la red de alcantarillado 3 a 5 litros por usuario y día para los retretes de cierre hidráulico
Lavado anal	1 a 2 litros por persona y día
Ganado	20 a 30 litros por animal de tamaño medio o grande al día 5 litros por animal pequeño al día

Apéndice 4
Número mínimo de retretes: comunidad, lugares públicos e instituciones

Lugar	Corto plazo	Medio y largo plazo
Comunidad	1 retrete por cada 50 personas (comunitario)	1 retrete por cada 20 personas (compartido por familias) 1 retrete por cada 5 personas o 1 familia
Zonas de mercado	1 retrete por cada 50 puestos	1 retrete por cada 20 puestos
Hospitales/centros médicos	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 menores	1 retrete por cada 20 adultos 1 retrete por cada 10 menores
Centros de recepción/ tránsito	1 retrete por cada 50 personas Relación mujeres/hombres 3:1	
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 and Reed (2002)

Note: Cuando el contexto lo permita, se instalarán retretes compartidos por familias o, aún mejor, retretes familiares desde el principio, a fin de crear aceptación, sentimiento de apropiación e intervenciones de saneamiento culturalmente apropiadas.

Nótese que en la comunidad, el parámetro de 50 (a corto plazo) y 20 (a largo plazo) retretes por unidad familiar se aplica a las instalaciones de baño.

Apéndice 5
Enfermedades relacionadas con el agua y el saneamiento

1. Clasificación ambiental de infecciones relacionadas con el agua

Categoría	Infección	Agente patógeno
1) Fecal-oral (transmitida por el agua o vinculada con la falta de higiene)		
a) Diarreas y disenterías	Disentería amébica	Protozoo
	Balantidiasis	Protozoo
	Enteritis por Campylobacter	Bacteria
	Cólera	Bacteria
	Criptosporidiosis	Protozoo
	Diarrea por *E. coli*	Bacteria
	Giardiasis	Protozoo
	Diarrea por rotavirus	Virus
	Salmonelosis	Bacteria
	Sigelosis	Bacteria
	Yersiniosis	Bacteria
b) Fiebres entéricas	Fiebres tifoideas	Bacteria
	Fiebres paratifoideas	Bacteria
	Poliomielitis	Virus
	Hepatitis A	Virus
	Leptospirosis	Espiroqueta
	Ascariasis	Helminto
	Tricocéfalo	Helminto
2) Vinculada a la falta de higiene		
a) Infecciones cutáneas y oculares	Enfermedades cutáneas infecciosas	Varios
	Enfermedades oculares infecciosas	Varios
b) Otras	Tifus transmitido por piojos	Rickettsia
	Fiebre recurrente transmitida por piojos	Espiroqueta
3) De origen acuático		
a) Penetrante en la piel	Esquistosomiasis	Helminto
b) Por ingestión	Dracunculosis	Helminto
	Clonorquiasis	Helminto
	Difilobotriasis	Helminto
	Paragonimiasis	Helminto
	Otras	Helminto
4) Insecto vector relacionado con el agua	Enfermedad del sueño	Protozoo
a) Picadura cerca del agua		

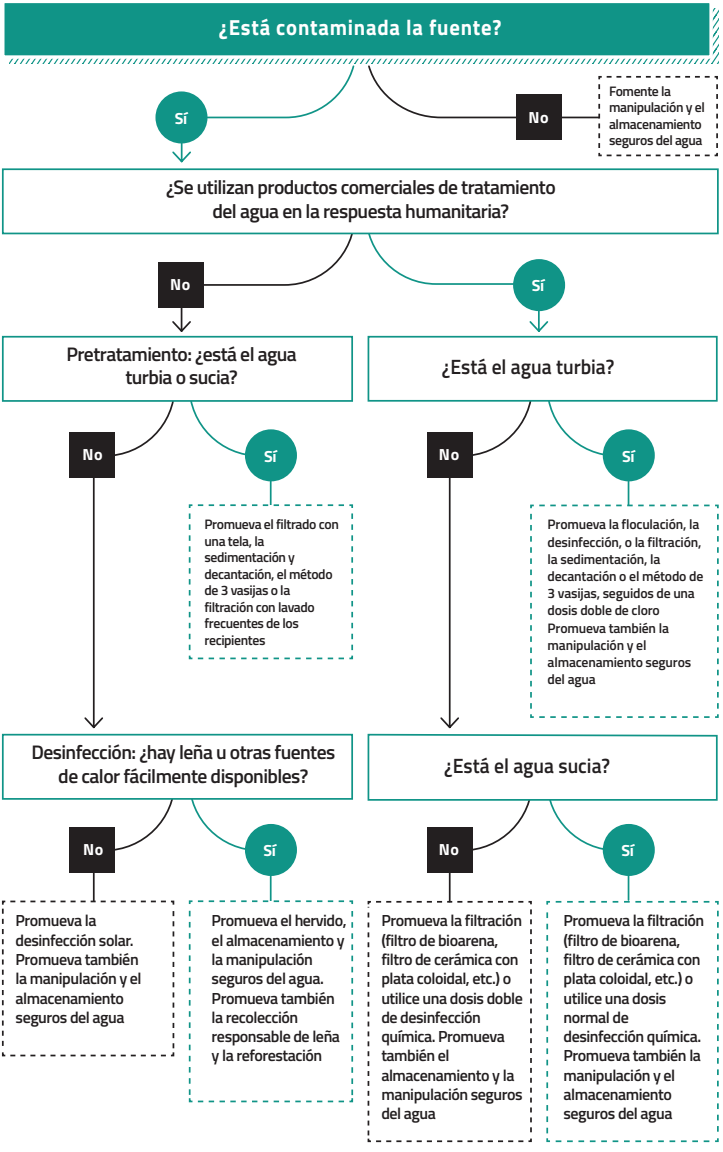
Categoría	Infección	Agente patógeno
b) Reproducción en el agua	Filariasis Malaria Oncocercosis Virus transmitidos por mosquitos Fiebre amarilla Dengue Otras	Helminto Protozoo Helminto Virus Virus Virus

2. Clasificación ambiental de infecciones relacionadas con los excrementos

Categoría	Infección	Agente patógeno	Mecanismos de transmisión dominantes	Medida de control principal (medidas de ingeniería en cursiva)
1) Fecal–oral (no bacteriana) No latente, baja dosis de infección	Poliomielitis Hepatitis A Diarrea por rotavirus Disentería amébica Giardiasis Balantidiasis Enterobiasis Himenolepiasis	Virus Virus Virus Protozoo Protozoo Protozoo Helminto Helminto	Contacto entre personas Contaminación doméstica	Suministro de agua doméstico Mejorar la vivienda Instalar retretes Educación en salud
2) Fecal-oral (bacteriana) No latente, dosis infecciosa media o alta Moderada-mente persis-tente y capaz de multiplicarse	Diarreas y disenterías Enteritis por Campylobacter Cólera Diarrea por *E. coli* Salmonelosis Sigelosis Yersiniosis Fiebres entéricas Fiebres tifoideas Fiebres paratifoideas	 Bacteria Bacteria Bacteria Bacteria Bacteria Bacteria Bacteria Bacteria	Contacto entre personas Contaminación doméstica Contaminación del agua Contaminación de los cultivos	Suministro de agua doméstico Mejorar la vivienda Instalar retretes Tratamiento de los excrementos antes de ser reutilizados o vertidos Educación en salud
3) Helmintos transmitidos por la tierra Latentes y persistentes sin un huésped intermedio	Ascariasis (ascáride común) Tricocéfalo Anquilostoma Estrongiloidiasis	Helminto Helminto Helminto Helminto	Contaminación del patio Contaminación del suelo en una zona de defecación común Contaminación de los cultivos	Instalación de retretes con suelos limpios Tratamiento de los excrementos antes de su aplicación a la tierra

Categoría	Infección	Agente patógeno	Mecanismos de transmisión dominantes	Medida de control principal (medidas de ingeniería en cursiva)
4) Tenias en la carne de vacuno y porcino Latentes y persistentes con una vaca o un cerdo como huésped intermedio	Teniasis	Helminto	Contaminación del patio Contaminación del campo Contaminación del forraje	Instalar retretes Tratamiento de los excrementos antes de su aplicación a la tierra Cocinar e inspeccionar la carne
5) Helmintos acuáticos Latentes y persistentes con huésped/es intermedio/s acuático/s	Esquistosomiasis Clonorquiasis Difilobotriasis Paragonimiasis	Helminto Helminto Helminto Helminto	Contaminación del agua	Instalar retretes Tratamiento de los excrementos antes de ser vertidos Control de los animales que albergan la infección Cocinar
6) Insectos vectores relacionados con los excrementos	Filariasis (transmitida por los mosquitos *Culex pipiens*) Infecciones de las categorías 1-4, sobre todo 1 y 2, que pueden ser transmitidas por moscas y cucarachas	Helminto Varios	Los insectos se reproducen en varios puntos con contaminación fecal	Identificación y eliminación de los focos de reproducción potenciales Uso de mosquiteros

Apéndice 6
Árbol de decisiones de tratamiento y almacenamiento de agua en el hogar



Árbol de toma de decisiones relativas al tratamiento y almacenamiento domésticos del agua (Figura 6)
Fuente: Adaptado de IFRC (2008) Manual para el tratamiento y almacenamiento seguro del agua en situaciones de emergencia

Referencias y lecturas complementarias

Generales/Derecho al agua

The Rights to Water and Sanitation (Information Portal). www.righttowater.info

Resolución adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas 64/292. El derecho humano al agua y el saneamiento. 2010. http://www.un.org

Impacto de WASH en la salud

Bartram, J. Cairncross, S. *"Hygiene, sanitation, and water: forgotten foundations of health." PLoS Med*, vol. 7, 2010, e1000367.

Blanchet, K. et al. *An Evidence Review of Research on Health Interventions in Humanitarian Crises*. LSHTM, Harvard School of Public Health, 2013. www.elrha.org

Campbell, O.M. Benova, L. et al. "*Getting the basic rights: the role of water, sanitation and hygiene in maternal and reproductive health: a conceptual framework." Trop Med Int Health*, vol. 20, 2015, pp. 252-67.

Fewtrell, L. Kaufmann, et al. *"Water, sanitation, and hygiene interventions to reduce diarrhoea in less developed countries: a systematic review and meta-analysis." Lancet Infectious Diseases*, vol. 5, 2005, pp. 42-52. www.thelancet.com

Ramesh, A. Blanchet, K. et al. *"Evidence on the Effectiveness of Water, Sanitation, and Hygiene (WASH) Interventions on Health Outcomes in Humanitarian Crises: A Systematic Review." PLoS One*, vol. 10, 2015, e0124688.

Wolf, J. Pruss-Ustun, A. et al. *"Assessing the impact of drinking water and sanitation on diarrhoeal disease in low- and middle-income settings: systematic review and meta-regression." Trop Med Int Health*, vol. 19, no. 9, 2014.

Programación WASH eficaz

Agua, saneamiento e higiene para las poblaciones en riesgo. ACF, 2005. http://www.missions-acf.org

Davis, J. Lambert, R. *Engineering in Emergencies (2nd ed).* ITDG Publishing & RedR UK, 2002.

Public Health Engineering in Precarious Situations. MSF, 2010. http://refbooks.msf.org

WASH Manual for Refugee Settings: Practical Guidance for Refugee Settings. UNHCR, 2017. http://wash.unhcr.org

Compendium of accessible WASH technologies. WaterAid and WEDC, 2014. www.wateraid.org

Yates, T et al. *Efficacy and effectiveness of water, sanitation, and hygiene interventions in emergencies in low- and middle-income countries: a systematic review* https://www.developmentbookshelf.com

Protección y WASH

Humanitarian Inclusion Standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium (ADCAP), 2018. https://www.cbm.org

House, S. Ferron, S. Sommer, M. Cavill, S. *Violence, Gender & WASH: A Practitioner's Toolkit - Making water, sanitation and hygiene safer through improved programming and services.* WaterAid/SHARE, 2014. http://violence-WASH.lboro.ac

Jones, H.E. Reed, R. *Water and sanitation for disabled people and other vulnerable groups: Designing services to improve accessibility.* Loughborough University, UK, 2005. wedc-knowledge.lboro.ac

Promoción de la higiene/cambios de conducta

Curtis, V. Cairncross, S. *"Effect of washing hands with soap on diarrhoea risk in the community: a systematic review." Lancet Infect Dis*, vol. 3, 2003, pp. 275-81.

De Buck, E. Hannes, K. et al. *Promoting handwashing and sanitation behaviour change in low- and middle income countries. A mixed method systematic review. Systematic Review 36.* International Initiative for Impact Evaluation, Junio 2017. www.3ieimpact.org

Ferron, S. Morgan, J. O'Reilly, M. *Hygiene Promotion: A Practical Manual from Relief to Development.* ITDG Publishing, Rugby, UK, 2000 y 2007.

Freeman, M.C. Stocks, M.E. et al. *"Hygiene and health: systematic review of handwashing practices worldwide and update of health effects." Trop Med Int Health*, vol. 19, 2014, pp. 906-16.

Harvey, P. Baghri, S. Reed, B. *Emergency Sanitation: Assessment and Programme Design*. WEDC, 2002. https://wedc-knowledge.lboro.ac

Rabie, T. Curtis, V. *"Handwashing and risk of respiratory infections: a quantitative systematic review." Trop Med Int Health*, vol. 11, 2006, pp. 258-67.

Hygiene Promotion Guidelines. UNHCR, 2017. http://wash.unhcr.org

Hygiene Promotion in Emergencies. Training package. WASH Cluster. http://washcluster.net

Watson, J.A. Ensink, J.H. Ramos, M. Benelli, P. Holdsworth, E. Dreibelbis, R. Cumming, O. *"Does targeting children with hygiene promotion messages work? The effect of handwashing promotion targeted at children, on diarrhoea, soil-transmitted helminth infections and behaviour change, in low- and middle-income countries." Trop Med Int Health*, 2017.

Higiene menstrual

Mahon, T. Cavill, S. *Menstrual Hygiene Matters: Training guide for practitioners.* WaterAid. https://washmatters.wateraid.org

Sommer, M. Schmitt, M. Clatworthy, D. *A Toolkit for integrating Menstrual Hygiene Management (MHM) into Humanitarian Response.* Columbia University, Mailman School of Public Health and International Rescue Committee. Nueva York, 2017. www.rescue.org

Incontinencia

Groce, N. Bailey, N. Land, R. Trani, J.F. Kett, M. "*Water and sanitation issues for persons with disabilities in low- and middle-income countries: a literature review and discussion of implications for global health and international development." Journal of Water and Health*, vol. 9, 2011, pp. 617-27.

Hafskjold, Pop-Stefanija, B. et al. *"Taking stock: Incompetent at incontinence - why are we ignoring the needs of incontinence sufferers?" Waterlines*, vol. 35, no. 3, 2016. www.developmentbookshelf.com

Gestión de excrementos

Clasen, T.F. Bostoen, K. Schmidt, W.P. Boisson, S. Fung, I.C. Jenkins, M.W. Scott, B. Sugden, S. Cairncross, S. "*Interventions to improve disposal of human excreta for preventing diarrhoea." Cochrane Database Syst Rev*, 2010, CD007180.

Freeman, M.C. Garn, J.V. Sclar, G.D. Boisson, S. Medlicott, K. Alexander, K.T. Penakalapati, G. Anderson, D. Mahtani, A.G. Grimes, J.E.T. Rehfuess, E.A. Clasen, T.F. "*The impact of sanitation on infectious disease and nutritional status: A systematic review and meta-analysis." Int J Hyg Environ Health*, vol. 220, 2017, pp. 928-49.

Gensch, R. Jennings, A. Renggli, S. Reymond, Ph. *Compendium of Sanitation Technologies in Emergencies.* German WASH Network and Swiss Federal Institute of Aquatic Science and Technology (Eawag), Berlin, Germany, 2018.

Graham, J.P. Polizzotto, M.L. *"Pit latrines and their impacts on groundwater quality: A systematic review." Environmental Health Perspectives*, vol. 121, 2013. http://hsrc.himmelfarb.gwu.edu

Harvey, P., *Excreta Disposal in Emergencies: A Field Manual.* An Inter-Agency Publication, WEDC, 2007. http://wash.unhcr.org

Simple Pit Latrines. WASH Fact sheet 3.4. WHO. www.who.int

Tratamiento del agua

Branz, A. Levine, M. Lehmann, L. Bastable, A. Imran Ali, S. Kadir, K. Yates, T. Bloom, D. Lantagne, D. *"Chlorination of drinking water in emergencies: a review of knowledge to develop recommendations for implementation and research needed." Waterlines*, vol. 36, no. 1, 2017. https://www.developmentbookshelf.com

Lantagne, D.S. Clasen, T.F. *"Use of household water treatment and safe storage methods in acute emergency response: Case study results from Nepal, Indonesia, Kenya, and Haiti." Environmental Science and Technology*, vol. 46, no. 20, 2012.

Lantagne, D.S. Clasen, T.F. *"Point-of-use water treatment in emergencies." Waterlines*, vol. 31, no. 1-2, 2012.

Rayner, J. Murray, A. Joseph, M. Branz, A.J. Lantagne, D. *"Evaluation of household drinking water filter distributions in Haiti." Journal of Water, Sanitation and Hygiene for Development*, vol. 6, no. 1, 2016.

Calidad del agua

Bain, R. Cronk, R. Wright, J. Yang, H. Slaymaker, T. Bartram, J. *"Fecal Contamination of Drinking-Water in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis." PLoS Med*, vol. 11, 2014, e1001644.

Kostyla, C. Bain, R. Cronk, R. Bartram, J. "*Seasonal variation of fecal contamination in drinking water sources in developing countries: a systematic review.*" PubMed, 2015.

Guías para la calidad del agua de consumo humano. OMS, 2017. http://www.who.int

Control de vectores

Lacarin, C.J. Reed, R.A. *Emergency Vector Control Using Chemicals*. WEDC, Loughborough University, 1999. UK. https://wedc-knowledge.lboro.ac.

Dengue: Guías para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Nueva edición. Capítulo 3, Manejo de vectores y suministro de servicios para el control de vectores. OMS, Ginebra, 2009. http://www.who.int

Thomson, M. *Disease Prevention Through Vector Control: Guidelines for Relief Organisations.* Oxfam GB, 1995. https://policy-practice.oxfam.org

Vector Control: Aedes aegypti vector control and prevention measures in the context of Zika, Yellow Fever, Dengue or Chikungunya: Technical Guidance. WASH WCA Regional Group, 2016. http://washcluster.net

Handbook for Integrated Vector Management. WHO, 2012. www.who.int

Malaria Control in Humanitarian Emergencies: An Inter-agency Field Handbook. WHO, 2005. www.who.int

Gestión de residuos sólidos

Notas técnicas sobre Agua, Saneamiento e Higiene en emergencias, no.127: Manejo de desechos sólidos. OMS y OPS, 2013. https://www.paho.org

Disaster Waste Management Guidelines. UNOCHA, MSB and UNEP, 2013. www.eecentre.org

WASH en brotes de enfermedades

Brown, J. Cavill, S. Cumming, O. Jeandron, A. *"Water, sanitation, and hygiene in emergencies: summary review and recommendations for further research." Waterlines*, vol. 31, 2012.

Lantagne, D. Bastable, A. Ensink, J. Mintz, E. *"Innovative WASH Interventions to Prevent Cholera." WHO Wkly Epid Rec*. October 2, 2015.

Management of a Cholera Epidemic. MSF, 2017. https://sherlog.msf.org

Guide to Community Engagement in WASH: A practitioners guide based on lessons from Ebola. Oxfam, 2016. https://policy-practice.oxfam.org

Normas básicas de higiene del entorno en la asistencia sanitaria. OMS, 2008. http://www.who.int

Taylor, D.L. Kahawita, T.M. Cairncross, S. Ensink, J.H. *"The Impact of Water, Sanitation and Hygiene Interventions to Control Cholera: A Systematic Review." PLoS One*, vol. 10, e0135676. Doi: 10.1371/journal.pone.0135676, 2015. http://journals.plos.org

Cholera Toolkit. UNICEF, 2017. www.unicef.org

Infection prevention and control (IPC) guidance summary: Ebola guidance package. WHO, 2014. www.who.int

Rapid Guidance on the Decommissioning of Ebola Care Facilities. WHO, 2015. http://apps.who.int

Yates, T. Allen, J. Leandre Joseph, M. Lantagne, D. *WASH interventions in disease outbreak response. Humanitarian Evidence Programme.* Oxfam GB, 2017. https://policy-practice.oxfam.org

Yates, T. Vujcic, J.A. Joseph, M.L. Gallandat, K. Lantagne, D. *"Water, sanitation, and hygiene interventions in outbreak response: a synthesis of evidence." Waterlines, vol.* 37, no. 1, pp. 5–30. https://www.developmentbookshelf.com

Prevención y control de infecciones

La gestión de cadáveres en situaciones de desastre: Guía práctica para equipos de respuesta. Segunda edición. CICR, FICR, 2016. https://www.icrc.org

Medical Waste Management. ICRC, 2011. https://www.icrc.org

Sterilisation Guidelines. ICRC, 2014. http://icrcndresourcecentre.org

Essential water and sanitation requirements for health structures. MSF, 2009.

Incineration in Health Structures of Low-Income Countries. MSF, 2012. https://sherlog.msf.org

Waste Zone Operators Manual. MSF, 2012. https://sherlog.msf.org

Laundries for Newbies. MSF, 2016. https://sherlog.msf.org

Ayuda Memoria para la prevención y control de infecciones en los centros asistenciales de salud. OMS, 2011. http://www.who.int

Directrices sobre componentes básicos para los programas de prevención y control de infecciones a nivel nacional y de establecimientos de atención de salud para pacientes agudos. OMS, 2016. http://apps.who.int

Marco OMS de autoevaluación de la higiene de las manos. OMS, 2010. http://www.who.int

Directrices de seguridad para la eliminación de productos farmacéuticos no deseados durante y después de una emergencia. OMS, 1999. http://apps.who.int

Safe management of wastes from health-care activities. Second edition. WHO, 2014. www.who.int

WASH in health care facilities. UNICEF, WHO, 2015. www.who.int

WASH y nutrición

WASH'NUTRITION 2017 Guidebook: Integrating water, sanitation, hygiene and nutrition to save lives. Action Against Hunger (ACF), 2017. www.actionagainsthunger.org

BABYWASH y los 1000 días: Paquete práctico para reducir la desnutrición crónica. Acción contra el hambre (ACF), 2017. https://www.accioncontraelhambre.org

Altmann, M. et al. *"Effectiveness of a household water, sanitation and hygiene package on an outpatient program for severe acute malnutrition: A pragmatic cluster - randomized*

controlled trial in Chad." The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, vol. 98, no. 4, Abr 2018, pp. 1005-12. https://www.ajtmh.org

Null, C. et al. (2018) *"Effects of water quality, sanitation, handwashing, and nutritional interventions on diarrhoea and child growth in rural Kenya: a cluster randomised control trial." The Lancet: Global Health*, vol. 6, no. 3, Marzo 2018, pp. e316-e329. https://www.sciencedirect.com

Oxfam and Tufts University WASH and Nutrition Series: Enteric Pathogens and Malnutrition. Technical memorandum 1. Oxfam, Tufts. https://oxfamintermon.s3.amazonaws.com

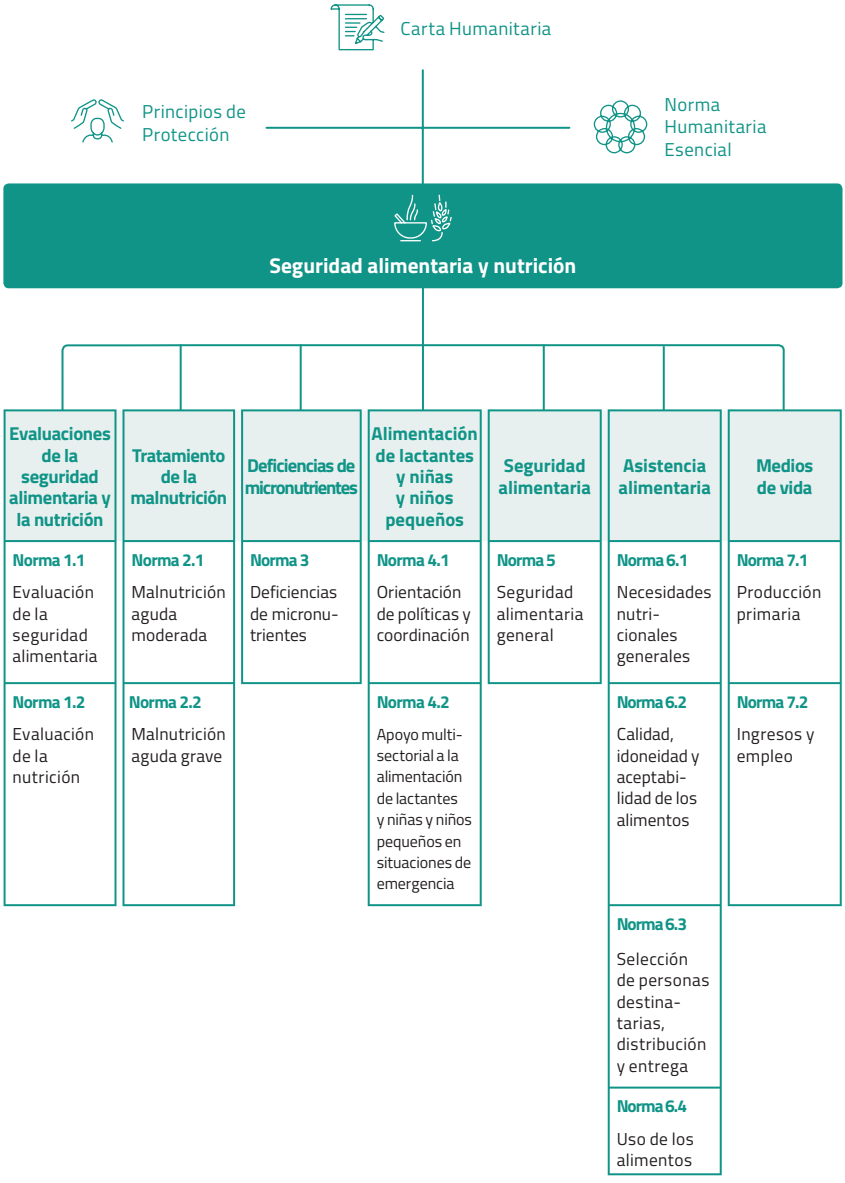
WASH, dinero en efectivo y mercados

CaLP CBA quality toolbox. http://pqtoolbox.cashlearning.org

Lecturas complementarias

Para consultar sugerencias de lecturas complementarias, diríjase a www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Seguridad alimentaria y nutrición



APÉNDICE 1 Listas de verificación para la evaluación de la seguridad alimentaria y los medios de vida
APÉNDICE 2 Lista de verificación para la evaluación de la seguridad de semillas
APÉNDICE 3 Lista de verificación para la evaluación de la nutrición
APÉNDICE 4 Cómo medir la malnutrición aguda
APÉNDICE 5 Medición de las deficiencias de micronutrientes y su importancia para la salud pública
APÉNDICE 6 Necesidades nutricionales

Índice

Conceptos esenciales en materia de seguridad alimentaria y nutrición 180
1. Evaluaciones de la seguridad alimentaria y la nutrición 185
2. Tratamiento de la malnutrición 193
3. Deficiencias de micronutrientes 204
4. Alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños (IYCF) 207
5. Seguridad alimentaria 216
6. Asistencia alimentaria 220
7. Medios de vida 236
Apéndice 1: Listas de verificación para la evaluación de la seguridad alimentaria y los medios de vida 245
Apéndice 2: Lista de verificación para la evaluación de la seguridad de semillas 247
Appendix 3: Lista de verificación para la evaluación de la nutrición 249
Apéndice 4: Cómo medir la malnutrición aguda 252
Apéndice 5: Medición de las deficiencias de micronutrientes y su importancia para la salud pública 256
Apéndice 6: Necesidades nutricionales 259
Referencias y lecturas complementarias 261

Conceptos esenciales en materia de seguridad alimentaria y nutrición

Toda persona tiene derecho a no padecer hambre y a tener una alimentación adecuada

Las normas mínimas de Esfera sobre seguridad alimentaria y nutrición son una expresión práctica del derecho a una alimentación adecuada en contextos humanitarios. Estas normas están basadas en los principios, convicciones, derechos y obligaciones declarados en la Carta Humanitaria, que incluyen el derecho a vivir con dignidad, el derecho a la protección y a la seguridad y el derecho a recibir asistencia humanitaria según las necesidades.

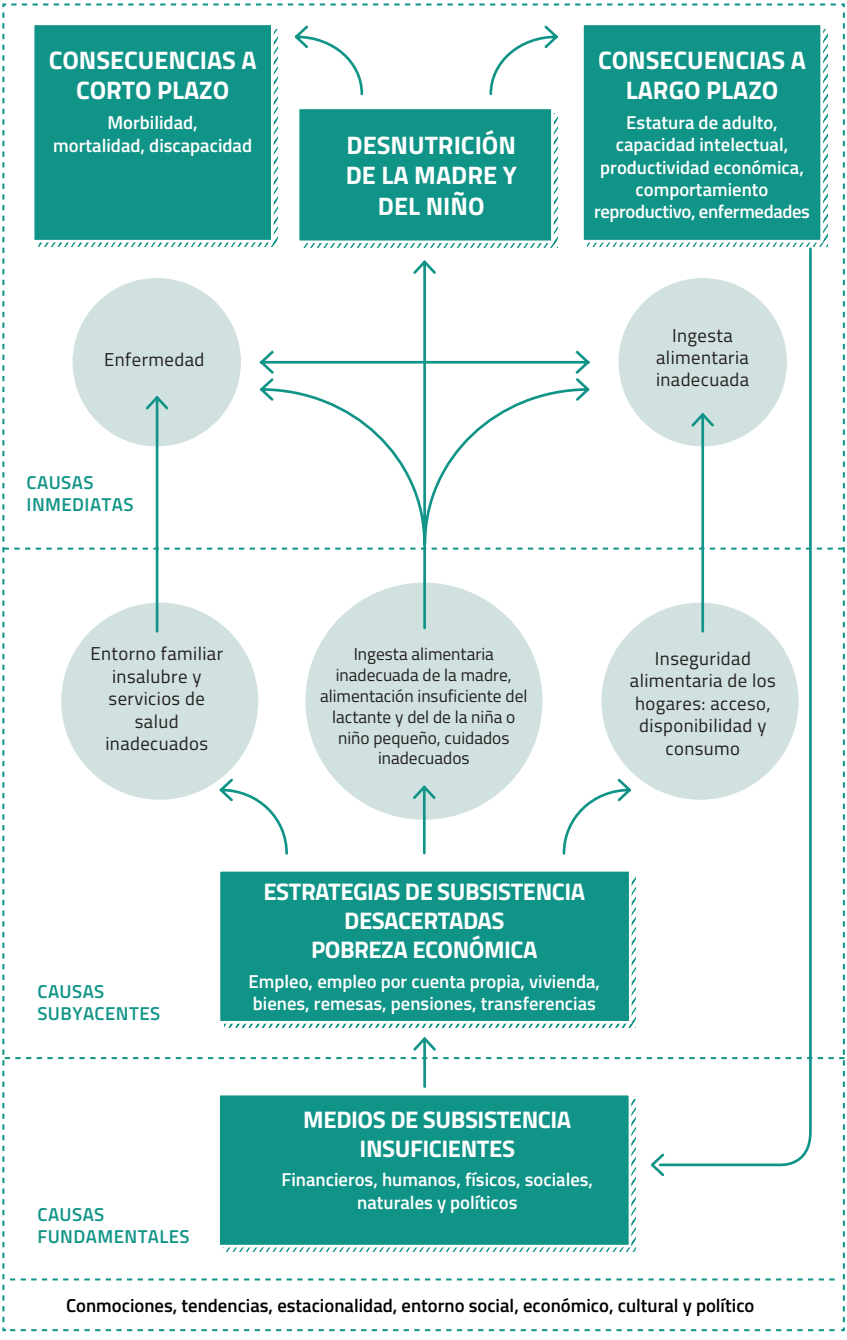
Para consultar la lista de los documentos jurídicos y normativos fundamentales en los que se sustenta la Carta Humanitaria, véase el anexo 1: Fundamentos jurídicos de Esfera. Véase ⊕ el *anexo 1*.

La desnutrición reduce la capacidad de las personas para recuperarse después de una crisis. Deteriora las funciones cognitivas, reduce la inmunidad contra las enfermedades, aumenta la propensión a padecer enfermedades crónicas, limita las opciones de ganarse la vida y reduce la capacidad de participar en la comunidad. Reduce la resiliencia y puede aumentar la dependencia de ayuda continuada.

Las causas de la desnutrición son complejas

Las causas inmediatas de la desnutrición son la ingesta alimentaria inadecuada y la enfermedad recurrente (véase figura 7). Las causas subyacentes son la inseguridad alimentaria a nivel del hogar, unas prácticas de alimentación y cuidados deficientes, un entorno familiar poco saludable y una atención de salud inadecuada.

Dichas causas subyacentes están interrelacionadas. Por tanto, aunque la inseguridad alimentaria es una causa de desnutrición, es improbable que la prestación de asistencia alimentaria suponga una solución duradera a menos que se aborden otras causas al mismo tiempo. Las respuestas alimentarias y nutricionales deben coordinarse con las respuestas en materia de WASH alojamiento y asentamiento, y salud. Por ejemplo, es necesario disponer de agua en cantidad y calidad adecuadas para preparar alimentos nutritivos y adoptar prácticas de alimentación seguras. El acceso a instalaciones de saneamiento e higiene reduce el riesgo de que se produzcan brotes de enfermedades. El acceso a alojamientos adecuados permite acceder a instalaciones para cocinar y ofrece protección contra condiciones meteorológicas extremas, con lo cual se reduce aún más el riesgo de padecer enfermedades. Cuando se tiene acceso a una buena atención de salud, es probable que la situación nutricional sea mejor.



Seguridad alimentaria y nutrición: Causas de desnutrición (Figura 7)

Esto a su vez mejora la capacidad de las personas para buscar oportunidades de subsistencia.

El control de las causas subyacentes prevendrá y reducirá la desnutrición. Para ello es fundamental conservar los medios de vida de las personas, porque aumenta su capacidad para controlar otras posibles causas de desnutrición. Entre los medios de vida cabe citar los equipos y máquinas, las materias primas, la tierra, el conocimiento y el acceso a mercados funcionales. Las respuestas en el ámbito de la seguridad alimentaria y la nutrición deben contribuir a proteger y desarrollar estos recursos y, por tanto, a favorecer diferentes estrategias de subsistencia, independientemente de si los índices de malnutrición son elevados o no.

Los cambios sociales, económicos, culturales y políticos en el entorno posterior a una crisis afectarán a las estrategias de afrontamiento de las familias y al acceso a medios de vida o a activos de medios de vida. La estabilización de esos factores externos contribuirá a aumentar las oportunidades de obtener ingresos y, en última instancia, a reducir la exposición de las personas a las causas de desnutrición.

Trabajar en zonas urbanas entraña retos concretos

El incremento de la urbanización está creando nuevos retos para el sector de la seguridad alimentaria y la nutrición. El medio urbano puede ofrecer mayores oportunidades de empleo y generación de ingresos. Sin embargo, con el aumento de las poblaciones urbanas, aumenta también la demanda de vivienda y servicios en esas zonas. En muchos casos, las actuales políticas y estrategias de planificación de los usos del suelo no son capaces de satisfacer la demanda imprevista. El exceso de población, la contaminación atmosférica, las deficiencias en la gestión de residuos y la falta de instalaciones de saneamiento en los barrios marginales aumentan las probabilidades de contraer enfermedades agudas. Esto reduce la capacidad de las personas de aprovechar sus oportunidades de ganarse la vida y suele activar las causas subyacentes de la desnutrición.

Algunos grupos son especialmente vulnerables a la desnutrición

Para ofrecer una respuesta alimentaria apropiada es necesario conocer plenamente las necesidades nutricionales particulares de las mujeres embarazadas y lactantes, de los bebés y niñas y niños pequeños, de las personas mayores y de las personas con discapacidad. Para mejorar la seguridad alimentaria a nivel de unidad familiar también es necesario entender cómo se reparten las funciones. Las mujeres, por ejemplo, suelen tener mayor participación en la planificación y preparación de los alimentos para sus familias.

Es importante desglosar los datos por sexo, edad y discapacidad, como mínimo. De este modo se aprecia quién necesita qué tipo de alimentos y quién puede carecer de importantes elementos nutricionales. El seguimiento posterior a la distribución se desglosa del mismo modo, para confirmar que los programas de intervención ofrecen un acceso equitativo a una alimentación y nutrición adecuadas.

Prevenir la desnutrición es igual de importante que tratar la malnutrición aguda. Las intervenciones en materia de seguridad alimentaria y nutrición pueden determinar la situación de nutrición y salud a corto plazo, y la supervivencia y el bienestar a largo plazo.

Estas normas mínimas no deben aplicarse de forma aislada

Las normas mínimas recogidas en este capítulo reflejan el contenido esencial del derecho a la alimentación y contribuyen al cumplimiento progresivo de este derecho a escala mundial.

El derecho a una alimentación adecuada está ligado a los derechos al agua y al saneamiento, a la salud y al alojamiento. Los avances en el cumplimiento de las normas mínimas de Esfera en un ámbito influyen en los avances en otros ámbitos. Por tanto, una respuesta eficaz requiere una coordinación y colaboración estrecha con otros sectores, y organismos de respuesta y con las autoridades locales. De este modo se contribuye a garantizar que se satisfagan las necesidades, que no se dupliquen esfuerzos y que se optimice la calidad de las respuestas de seguridad alimentaria y nutrición. Las referencias cruzadas a lo largo del Manual señalan los posibles vínculos.

Por ejemplo, si no se satisfacen las necesidades nutricionales, la necesidad de respuestas en materia de agua, saneamiento e higiene es mayor, debido a la vulnerabilidad de las personas al incremento de las enfermedades. Lo mismo cabe decir de las poblaciones donde el VIH es prevalente o donde existe una gran proporción de personas mayores o personas con discapacidad. En esas circunstancias, también será necesario ajustar los recursos de atención de salud. Las prioridades se deciden en virtud de la información compartida entre sectores y se revisan a medida que evoluciona la situación.

Cuando las normas nacionales sean menos exigentes que las normas mínimas de Esfera, las organizaciones humanitarias deberán colaborar con el gobierno para elevar la exigencia de forma progresiva.

El derecho internacional protege específicamente el derecho a una alimentación adecuada

El derecho a no padecer hambre y a tener una alimentación adecuada está protegido por el derecho internacional. Para que se cumpla, debe existir acceso físico y económico a alimentos adecuados en todo momento. Los Estados están obligados a garantizar este derecho cuando haya personas o grupos, incluidas las personas refugiadas o personas desplazadas internas, que no puedan acceder a alimentos adecuados, y en situaciones de crisis ⊕ *véase el anexo 1.*

Los Estados pueden solicitar asistencia internacional si sus propios recursos son insuficientes. Para ello, deben:

- respetar el acceso existente a alimentos adecuados y permitir que se mantenga el acceso;

- proteger el acceso de las personas a una alimentación adecuada velando por que ninguna organización o persona les prive de dicho acceso; y
- apoyar activamente a las personas para garantizarles medios de vida seguros y seguridad alimentaria, facilitándoles los recursos que necesiten.

La práctica de retener alimentos con el objeto de que la población civil no disponga de ellos como método de guerra que los civiles no dispongan de alimentación adecuada está prohibida por los Convenios de Ginebra. También está prohibido atacar, destruir, sustraer o inutilizar las cosechas, el ganado, las obras de riego, las instalaciones y reservas de agua potable, los artículos alimentarios y las zonas agrícolas que los producen.

En caso de ocupación, el derecho humanitario internacional obliga a la potencia ocupante a garantizar a la población una alimentación adecuada, incluso la importando suministros si los existentes en el territorio ocupado son inadecuados.

Vínculos con los Principios de Protección y la Norma Humanitaria Esencial

La asistencia alimentaria y nutricional puede dar lugar a graves violaciones de derechos humanos si se utiliza indebidamente, en particular por la explotación o el abuso por parte de las personas participantes en el programa. Los programas deben diseñarse contando con la población afectada e implementarse de manera que contribuya a su seguridad, dignidad e integridad. Es necesaria una adecuada gestión y una firme supervisión del personal y los recursos, así como el estricto cumplimiento y aplicación de un código de conducta or parte de toda persona implicada en la ejecución de programas de asistencia. Se deben establecer mecanismos claros de retroalimentación con la población afectada y responder rápidamente a cualquier inquietud. Las personas involucradas en la acción humanitaria deben recibir formación en protección de la infancia y saber cómo utilizar los sistemas de derivación en presuntos casos de violencia, abuso o explotación, inclusive los relacionados con menores ⊕ *véase el Principio de Protección 1* y *el Compromiso 5 de la Norma Humanitaria Esencial.*

La coordinación y cooperación Civil-militar, como el apoyo logístico, debe evaluarse cuidadosamente en todas las situaciones y, especialmente, en situaciones de conflicto ⊕ véase *Qué es Esfera* y *Principios de Protección.*

En la aplicación de las normas mínimas deben respetarse los nueve compromisos de la Norma Humanitaria Esencial como base de la ejecución de un programa de seguridad alimentaria y nutrición responsable.

1. Evaluaciones de la seguridad alimentaria y la nutrición

A lo largo de una situación de crisis hacen falta evaluaciones de la seguridad alimentaria y la nutrición, que reflejen la evolución del contexto y permitan adaptar las respuestas adecuadamente. En teoría, las evaluaciones de la seguridad alimentaria y la nutrición deberían solaparse, ya que identifican las barreras para una nutrición adecuada y para la disponibilidad, obtención y uso de alimentos. Las evaluaciones conjuntas de la seguridad alimentaria y la nutrición pueden incrementar la relación costo-eficacia y vincular la nutrición a la programación de seguridad alimentaria.

Estas evaluaciones deben regirse por principios generalmente aceptados, aplicar métodos internacionalmente aceptados, ser imparciales y representativas, y estar bien coordinadas entre organizaciones humanitarias y gobiernos. Las evaluaciones deben ser complementarias, coherentes y comparables. Las partes interesadas deben acordar una metodología adecuada, que debe incluir una muestra de la población afectada, con atención a los grupos en riesgo. Las evaluaciones multisectoriales pueden ayudar a evaluar crisis de gran escala y grandes zonas geográficas.

Las evaluaciones de seguridad alimentaria y nutrición pueden tener por objeto:

- comprender la situación, las necesidades actuales y cómo satisfacerlas;
- calcular cuántas personas necesitan asistencia;
- identificar a los grupos en mayor riesgo, o
- establecer una línea de base para hacer un seguimiento del impacto de una respuesta humanitaria.

Las evaluaciones pueden llevarse a cabo en distintas fases de una crisis. Por ejemplo:

- una evaluación inicial en los dos o tres primeros días para comenzar la distribución inmediata de asistencia alimentaria;
- una evaluación rápida en el plazo de dos o tres semanas, basada en hipótesis y estimaciones para sentar las bases para diseñar los programas;
- una evaluación detallada en un plazo de entre 3 y 12 meses, si la situación parece estar deteriorándose o hace falta más información para desarrollar programas de recuperación.

Una **evaluación detallada de la seguridad alimentaria** permite identificar estrategias en materia de medios de vida, activos y estrategias de afrontamiento. Analiza cómo estos han cambiado a raíz de la crisis y las consecuencias para la seguridad alimentaria del hogar. Una evaluación detallada debe determinar la mejor manera de proteger y/o promover estas estrategias en materia de medios de vida a fin de conseguir la seguridad alimentaria.

La **evaluación nutricional** detallada implica recoger y analizar datos representativos para establecer tasas de prevalencia de malnutrición aguda, alimentación de

lactantes y niñas y niños pequeños en situaciones de emergencia (IYCF-E, por sus siglas en inglés), y otras prácticas asistenciales. Estos datos, junto con el análisis del resto de causas subyacentes de la malnutrición y la evaluación de la salud y la seguridad alimentaria, presentan un análisis causal de la nutrición. Esto es útil para planificar, ejecutar y hacer un seguimiento de los programas nutricionales.

Los mercados desempeñan un papel crucial en la seguridad alimentaria y la nutrición, tanto en el medio urbano como en el rural. Todas las evaluaciones deben incluir un análisis de los mercados que cumpla la norma mínima para el análisis de mercados (MISMA, por sus siglas en inglés) o la norma de evaluación y análisis de las normas mínimas para la recuperación económica (MERS , por sus siglas en inglés) ⊕ *véase Prestación de asistencia a través de los mercados.*

Las siguientes normas de seguridad alimentaria y nutrición elaboran el Compromiso 1 de la Norma Humanitaria Esencial a fin de diseñar respuestas de seguridad alimentaria y nutrición apropiadas para las personas afectadas ⊕ para las listas de verificación para la evaluación, véanse los *apéndices 1, 2 y 3*, y el *Manual LEGS.*

Seguridad alimentaria y nutrición - Evaluación - Norma 1.1: Evaluación de la seguridad alimentaria

Cuando hay personas en riesgo de inseguridad alimentaria, se realizan evaluaciones para determinar el grado y alcance de dicha inseguridad alimentaria, identiticar quiénes son las personas más afectadas y definir la respuesta más adecuada.

Acciones clave

1. Recoger y analizar la información sobre inseguridad alimentaria en la fase inicial y durante la crisis.
   - Incluir el análisis de las cuestiones críticas relacionadas con la seguridad alimentaria, como la degradación medio ambiental, la seguridad y el acceso a los mercados.
2. Analizar cómo afecta la seguridad alimentaria al estado nutricional de la población afectada.
   - Incluir una revisión de las causas subyacentes de la desnutrición, que incluya la atención deficiente, el entorno familiar poco saludable y la falta de atención de salud o de acceso a sistemas de protección social.
   - Recopilar datos con más frecuencia en los contextos urbanos, donde la situación puede cambiar con más rapidez y ser más difícil de observar que en los contextos rurales.
3. Identificar posibles respuestas que puedan ayudar a salvar vidas y a proteger y promover los medios de vida.
   - Incluir evaluaciones de mercado y las capacidades del gobierno y de otros actores para responder a las necesidades.

4 Analizar los recursos y métodos disponibles para cocinar, incluido el tipo de cocina y de combustible, y la disponibilidad de cacerolas y utensilios.

- Analizar el modo en que la población adquiría y conservaba los alimentos y el combustible para cocinar, y qué ingresos tenía antes de la crisis, y cómo se las arregla ahora.
- Prestar atención a los derechos y necesidades de protección de las mujeres y las niñas, que suelen ser las responsables de obtener combustible y preparar los alimentos.

Indicadores clave

Se utilizan protocolos normalizados para analizar la seguridad alimentaria, los medios de vida y las estrategias de afrontamiento.

Porcentaje de informes analíticos que sintetizan resultados, incluida la metodología de evaluación y las limitaciones encontradas

Notas de orientación

Los datos anteriores a la crisis, combinados con los datos de los sistemas de información geográfica, pueden ofrecer una visión general del impacto potencial de una crisis. Sin embargo, es improbable que estén suficientemente desglosados para dar una idea clara de una situación urbana.

Fuentes de evaluación, herramientas y sistemas de información: fuentes de información pueden ser análisis de cosechas, imágenes de satélites, evaluaciones a nivel de hogar, discusiones de grupos focales y entrevistas con informantes clave. Herramientas útiles para realizar una valoración rápida de la seguridad alimentaria a nivel de hogar pueden ser el Puntaje del consumo de alimentos, el Puntaje de la diversidad dietética en el hogar y el Inventario reducido de estrategias de afrontamiento. Existen muchos sistemas locales y regionales de información sobre seguridad alimentaria, incluidos los sistemas de alerta temprana del riesgo de hambruna. Cuando sea posible, deberá utilizarse la Clasificación Integrada de las Fases de la Seguridad Alimentaria (CIF), así como protocolos estandarizados para clasificar la gravedad y las causas de la inseguridad alimentaria aguda en las zonas en cuestión. El diseño de los programas de seguridad alimentaria debe fundamentarse en un análisis claro de las respuestas a partir de las conclusiones de las evaluaciones.

La degradación medio ambiental puede provocar inseguridad alimentaria, y esta a su vez puede ocasionar degradación medio ambiental. Por ejemplo, recoger leña y producir carbón de manera tradicional permiten cocinar alimentos y obtener ingresos de su venta. Sin embargo, también pueden producir deforestación. Las respuestas deben proteger y contribuir a la seguridad alimentaria, limitando al mismo tiempo los impactos medio ambientales negativos.

Grupos en riesgo: desglosar los datos por sexo, edad, discapacidad, grupo de riqueza y otros factores relevantes. A la hora de garantizar el bienestar nutricional de las familias, los hombres y las mujeres pueden desempeñar papeles diferentes y complementarios. Hablar con ambos, por separado si es necesario, acerca de las prácticas relacionadas con la seguridad alimentaria, la preparación de los alimentos y los recursos familiares. Hay que ser consciente de que las personas mayores y las personas con discapacidad pueden verse excluidas en el reparto intrafamiliar de la asistencia alimentaria.

Incluir a los niños y a las niñas, sobre todo en el caso de familias encabezadas por menores, menores no acompañados y separados, menores con discapacidad y menores que viven bajo modalidades alternativas de cuidado. Es preciso tener en cuenta a los menores en diferentes contextos de crisis. Por ejemplo, durante los brotes de enfermedades infecciosas, se ha de incluir a los menores en observación, acogimiento provisional y centros de tratamiento. En escenarios de conflicto, incluir a los menores en centros de desmovilización.

Estrategias de afrontamiento: considerar los diferentes tipos de estrategia de afrontamiento, su eficacia y cualquier efecto negativo. Algunas estrategias de afrontamiento, como la venta de tierras, la migración de familias enteras o la deforestación pueden debilitar la seguridad alimentaria futura de manera permanente.

Algunas estrategias de afrontamiento utilizadas por, o impuestas a, las mujeres, las niñas y los niños pueden afectar a su salud, bienestar psicológico e integración social. Estas estrategias de afrontamiento pueden incluir el comercio sexual o sexo de "supervivencia", el casamiento de hijas a cambio de una dote, que las mujeres y las niñas sean las últimas en comer y coman menos, el trabajo infantil, la migración arriesgada y la venta y el tráfico de menores.

Indicadores indirectos: el consumo de alimentos refleja el aporte energético y la ingesta de nutrientes de las personas que componen el hogar. Durante las evaluaciones iniciales no es práctico medir la ingesta real de energía y nutrientes, por lo que han de utilizarse indicadores indirectos. Por ejemplo, el número de grupos de alimentos que consume una persona o una unidad familiar y la frecuencia del consumo en un periodo determinado reflejan la diversidad dietética. Los cambios en el número de comidas diarias consumidas y la diversidad dietética son buenos indicadores indirectos de la seguridad alimentaria, especialmente cuando se ponen en correlación con el nivel socioeconómico de una unidad familiar.

Para medir los patrones de consumo de alimentos pueden utilizarse herramientas como el Puntaje de la diversidad dietética en el hogar, la Escala del Componente de Acceso de la Inseguridad Alimentaria en el Hogar y el Puntaje del consumo de alimentos. La Escala de Hambre en los Hogares es otro buen indicador indirecto de la inseguridad alimentaria. Es posible que algunos de los indicadores que suelen utilizarse, como el Puntaje del consumo de alimentos, no reflejen adecuadamente la inseguridad alimentaria en un contexto urbano. Para entender las distintias

limitaciones en el acceso a los alimentos, triangular las medidas seleccionadas con medidas de las estrategia de afrontamiento.

Implementar la Proporción del gasto en alimentos y sus umbrales establecidos puede resultar demasiado complejo en los hogares urbanos. Esto se debe a que puede haber varias personas encargadas de la canasta de alimentos, miembros de la familia que consuman alimentos obtenidos fuera del hogar y muchas personas que contribuyan a los ingresos familiares.

Análisis de mercado y coste de la dieta: obtener información acerca del acceso a los mercados, el capital financiero, los medios de vida y la vulnerabilidad económica. Estos elementos están vinculados a los precios de los productos básicos, a las oportunidades de obtención de ingresos y a los índices salariales, que afectan a la seguridad alimentaria. Los sistemas de mercado, tanto formales como informales, pueden proteger los medios de vida suministrando bienes productivos, como semillas y herramientas ⊕ *véase Seguridad alimentaria y nutrición - Medios de vida - Normas 7.1 y 7.2*.

Incluir un análisis de mercado como parte de la evaluación inicial y las posteriores evaluaciones de contexto. Los análisis de mercado deben evaluar si los mercados locales pueden atender las necesidades nutricionales, establecer el costo mínimo y la asequibilidad de los alimentos que satisfacen las necesidades de nutrientes de una familia típica ⊕ *véase Prestación de asistencia a través de los mercados.*

Cada vez más en las zonas rurales y normalmente en las zonas urbanas, las respuestas se basan en el mercado. Utilizan proveedores, puestos de mercado, productos alimentarios locales y servicios de transporte para atender las necesidades de las personas afectadas. Por tanto, es importante comprender el acceso al mercado para los grupos en riesgo ⊕ *véase el Manual MISMA.*

Evaluación de la seguridad alimentaria y nutricional - Norma 1.2: Evaluación nutricional

Las evaluaciones nutricionales utilizan métodos aceptados para determinar el tipo, grado y alcance de la desnutrición, las personas en mayor situación de riesgo y la respuesta adecuada.

Acciones clave

1. Recopilar información anterior a la crisis y realizar evaluaciones iniciales para determinar la naturaleza y gravedad de la situación nutricional.

- Evaluar la capacidad nacional y local para liderar o apoyar una repuesta, así como otros actores del sector de la nutrición.
- Realizar un examen rápido de la circunferencia media del brazo superior (CMB, MUAC en inglés) y estudiar la Alimentación de lactantes y niñas y niños

pequeños en situaciones de emergencia (IYCF-E) a fin de valorar la situación nutricional al inicio de la crisis.

2 Identificar a los grupos que tengan mayor necesidad de apoyo nutricional.

- Recopilar información sobre las causas de la desnutrición de fuentes primarias o secundarias, incluidas las percepciones y opiniones de la comunidad.
- Interactuar con las comunidades para identificar a los grupos de riesgo, teniendo en cuenta la edad, el sexo, la discapacidad, la enfermedad crónica u otros factores.

3 Determinar una respuesta apropiada basada en el conocimiento del contexto y de la emergencia.

- Determinar si la situación está estable o en declive, revisando las tendencias de estado nutricional a lo largo del tiempo, en lugar de la prevalencia de la malnutrición en un momento concreto.
- Considerar las opciones de prevención y de tratamiento.

Indicadores clave

Se utilizan protocolos estandarizados para evaluar la malnutrición y determinar sus causas

Porcentaje de informes de evaluación que incluyen la metodología de evaluación y las limitaciones encontradas

Notas de orientación

Información contextual: la información sobre las causas de la desnutrición puede obtenerse de fuentes primarias y secundarias, como perfiles de salud y nutrición, informes de investigación, información de alerta temprana, documentos de centros de salud, informes de seguridad alimentaria y otras fuentes. A modo de ejemplo cabe citar:

- encuestas demográficas de salud;
- encuestas de grupos temáticos (o clusters) con varios indicadores;
- bases de datos nacionales con información sobre nutrición;
- otras encuestas nacionales sobre salud y nutrición;
- sistemas nacionales de vigilancia nutricional;
- índices de admisión y cobertura de los programas existentes para tratar la malnutrición; y
- datos sobre prevalencia, incidencia y mortalidad por VIH, incluidos los grupos en mayor riesgo o con mayor carga ⊕ *véase Atención esencial de salud - Salud sexual y reproductiva - Norma 2.3.3: VIH.*

Las instituciones locales y las propias comunidades deberían contribuir activamente a la evaluación, interpretando sus hallazgos y planificando respuestas en la medida de lo posible.

Respuesta rápida: en la primera fase de una crisis, las decisiones sobre el reparto general de alimentos o el tratamiento inmediato de la malnutrición deben basarse en una evaluación rápida, en las conclusiones iniciales y en la capacidad de respuesta existente. Posteriormente debe realizarse un análisis en profundidad, pero sin retrasar la respuesta en la fase aguda.

Alcance del análisis: deben llevarse a cabo evaluaciones en profundidad cuando se detecten déficits de información y en el caso de que se necesite información adicional para diseñar programas, para medir los resultados de los programas o con fines de incidencia. Determinar si hacen falta evaluaciones cualitativas o cuantitativas de escala poblacional para conocer el estado antropométrico, la situación de micronutrientes, la alimentación de lactantes y niños y niñas pequeños, las prácticas de cuidado maternal y los determinantes potenciales de la desnutrición. Coordinar con los sectores de salud, WASH y seguridad alimentaria para diseñar y preparar las evaluaciones.

Encuestas antropométricas: se utilizan para examinar las proporciones físicas del cuerpo y realizar una estimación de los índices de malnutrición crónica y aguda. Se pueden basar en un muestreo aleatorio o en reconocimientos específicos. Las encuestas deben indicar las puntuaciones z de los valores de peso por altura conforme a las normas de la OMS. Se utilizarán las puntuaciones Z de peso por altura, obtenidas con respecto a la referencia del Centro Nacional de Estadísticas de la Salud para comparar con encuestas anteriores. Se incluirán las indicaciones de emaciación y emaciación severa obtenidas a partir de los datos de la CMB. La práctica más ampliamente aceptada es la evaluación de los niveles de malnutrición en menores de entre 6 y 59 meses de edad como indicador indirecto de toda la población. Sin embargo, cuando haya otros grupos que afronten mayores riesgos nutricionales, deberá considerarse incluirlos también en la evaluación ⊕ *véase el apéndice 4: Cómo medir la malnutrición aguda.*

Determinar los índices de edema nutricional y registrar por separado. Documentar los intervalos de confianza relativos a los índices de malnutrición y demostrar el aseguramiento de la calidad de la encuesta. Se deben utilizar herramientas existentes, como el manual de la metodología de Seguimiento y Evaluación Normalizados de las actividades de socorro y rehabilitación (SMART, por sus siglas en inglés) la Encuesta estandarizada ampliada de nutrición (SENS, por sus siglas en inglés) para poblaciones de personas refugiadas, el software de Evaluación Nutricional de Emergencia (ENA, por sus siglas en inglés) o el software Epi Info.

Evaluaciones de la alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños: se deben evaluar las necesidades y prioridades de IYCF-E y hacer un seguimiento de cómo la acción o inacción humanitaria afecta a las prácticas de alimentación de lactantes y niñas y niños y pequeños. Se pueden utilizar datos anteriores a la crisis como

base para tomar las primeras decisiones. Trabajar con otros sectores a fin de incluir las cuestiones de IYCF-E en otras evaluaciones sectoriales y utilizar los datos multisectoriales disponibles como base para la evaluación ⊕ *véase el apéndice 3: Lista de verificación para la evaluación de la nutrición*

Incluir el número de personas asesoras de lactancia y trabajadores de salud capacitados y otros servicios de apoyo disponibles y su capacidad. Para realizar una evaluación más en profundidad, realizar un muestreo aleatorio, sistemático o por grupos. Esto puede hacerse por medio de una encuesta IYCF-E independiente o de una encuesta integrada. Sin embargo, una encuesta integrada puede hacer que se limite el tamaño de la muestra, lo cual puede reducir la representatividad de la encuesta.

Otros indicadores: se puede examinar atentamente información adicional que sirva de base a la evaluación general del estado nutricional. Esto incluye, por ejemplo, los índices de cobertura de los programas de inmunización y nutrición, sobre todo los relativos al sarampión, la vitamina A, el yodo u otras deficiencias de micronutrientes, la morbilidad de las enfermedades y los comportamientos de protección de la salud. También se pueden considerar las tasas brutas de mortalidad de lactantes y menores de 5 años, con la causa de la muerte, cuando se disponga de esta información.

Cómo interpretar los niveles de desnutrición: hace falta un análisis detallado del tamaño y densidad de la población de referencia, así como de las tasas de mortalidad y morbilidad, para decidir si los niveles de desnutrición requieren intervención. También se necesita información sobre el estado de salud, las fluctuaciones estacionales, los indicadores IYCF-E, los niveles de desnutrición anteriores a la crisis, la proporción de malnutrición aguda grave en relación con la malnutrición aguda global y los niveles de deficiencias de micronutrientes ⊕ *véase Atención esencial de salud - Norma 2.2.2: Tratamiento de enfermedades en recién nacidos y en la infancia* y el *apéndice 5: Medición de las deficiencias de micronutrientes y su importancia para la salud pública.*

El procedimiento más eficaz para hacer un seguimiento de las tendencias puede ser una combinación de sistemas de información complementarios. Puede ser adecuado utilizar modelos y métodos de decisión que consideren distintas variables, como la seguridad alimentaria, los medios de vida, y la salud y la nutrición ⊕ *véase Seguridad alimentaria y nutrición - Evaluación - Norma 1.1: Evaluación de la seguridad alimentaria.*

2. Tratamiento de la malnutrición

Tanto la prevención como el tratamiento de la malnutrición son consideraciones importantes en las crisis humanitarias. Es posible prevenir la malnutrición crónica, pero existen pocas evidencias de que se pueda revertir o tratar. Por otro lado, la malnutrición aguda –que puede originarse durante una crisis– se puede prevenir y tratar con las respuestas nutricionales adecuadas.

Las respuestas nutricionales son esenciales para reducir la morbilidad y la mortalidad en las poblaciones afectadas. Sin embargo, requieren que se comprendan las complejas causas subyacentes de la malnutrición. Es esencial adoptar un enfoque multisectorial para abordar todas las causas y sus interacciones.

Tratamiento de la malnutrición aguda moderada: en situaciones de crisis, la alimentación suplementaria suele ser la estrategia principal de prevención y tratamiento de la malnutrición aguda moderada.

Son frecuentes dos tipos de programas de alimentación suplementaria: los programas genéricos de prevención y los programas selectivos para el tratamiento de la malnutrición aguda moderada y la prevención de la malnutrición aguda grave. La elección del programa dependerá de los niveles de malnutrición aguda, de los grupos de población vulnerables y del riesgo de incremento de la malnutrición aguda.

Se recomienda utilizar programas integrales de alimentación suplementaria cuando existan niveles elevados de inseguridad alimentaria y haya necesidad de no limitar las intervenciones a los casos de malnutrición aguda moderada. Deben ir acompañados de distribuciones generales de alimentos dirigidas a las familias afectadas. No se han definido indicadores de impacto de los programas integrales de alimentación suplementaria, pero es importante hacer un seguimiento de la cobertura, la aplicación, la aceptabilidad y las raciones suministradas. Los indicadores para el tratamiento de la malnutrición aguda moderada se refieren principalmente a la alimentación suplementaria selectiva.

El principal objetivo de un programa selectivo de alimentación suplementaria es prevenir que la malnutrición moderada se convierta en malnutrición grave, así como la rehabilitación de las personas que la padecen. Este tipos de programas suelen proporcionar un suplemento alimentario a la ración general para las personas con malnutrición moderada, las madres embarazadas y lactantes y otras personas en situación de riesgo.

Tratamiento de la malnutrición aguda grave: se utilizan distintos métodos de atención terapéutica. La gestión comunitaria de la malnutrición aguda es el método preferido, cuando las condiciones lo permiten. Este incluye:

- hospitalización de personas con complicaciones médicas que presenten malnutrición aguda grave;

- hospitalización de todos los bebés menores de 6 meses que presenten malnutrición aguda grave;
- atención ambulatoria para personas con malnutrición aguda grave, pero sin complicaciones médicas;
- divulgación en la comunidad; y
- otros servicios o programas contextualizados destinados a personas con malnutrición aguda moderada.

Los programas contra la malnutrición aguda grave deben contar con el apoyo de programas de alimentación suplementaria y con la movilización de la comunidad en apoyo a la divulgación, detección activa de casos, referencia y seguimiento.

Tratamiento de la malnutrición - Norma 2.1: Malnutrición aguda moderada

La malnutrición aguda moderada es objeto de prevención y atención.

Acciones clave

1) Establecer estrategias, objetivos y criterios claramente definidos y acordados para poner en marcha y finalizar intervenciones desde el principio del programa.

2) Obtener el máximo acceso y cobertura de las intervenciones contra la malnutrición aguda moderada mediante la interacción con la comunidad y su participación y desde el principio.

- Trabajar con las partes interesadas de la comunidad para identificar a las personas y familias vulnerables.

3) Establecer protocolos de admisión y baja, basados en criterios antropométricos aceptados a nivel nacional e internacional.

- Especificar los criterios de baja en los informes de indicadores de desempeño.
- Investigar y actuar sobre las causas de abandono y falta de respuesta o de incremento de las muertes.

4) Vincular el tratamiento de la malnutrición aguda moderada al tratamiento de la malnutrición aguda grave y a los servicios de salud existentes.

5) Proporcionar raciones de alimento suplementario seco para llevar o raciones listas para consumir, a menos que exista una justificación clara para alimentar sobre el terreno.

- Suministrar raciones para una o dos semanas. Considerar la composición y el tamaño de las familias, la seguridad alimentaria del hogar y la probabilidad

de que se comparta la ración en el momento de determinar su tamaño y composición.
- Proporcionar información clara sobre el modo de preparar y conservar los alimentos suplementarios en condiciones de higiene, y cómo y cuándo consumirlos.

6 Hacer hincapié en la protección, el apoyo y el fomento de la lactancia materna, la alimentación complementaria y la higiene.

- Proporcionar información clara sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y de la lactancia materna sin interrupción entre los 6 y los 24 meses, por razones de salud física y psicológica tanto de la madre como del niño.
- Admitir a las madres que amamantan a bebés menores de 6 meses con malnutrición aguda en los programas de alimentación suplementaria, sea cual sea el estado nutricional de la madre.

Indicadores clave

Porcentaje de la población destinataria que puede acceder a pie a los puntos de entrega de las raciones secas de alimentación suplementaria con ida y vuelta en el día (incluido el tiempo de tratamiento).

- >90%

Porcentaje de la población destinataria que puede acceder a los programas sobre el terreno en una hora.

- >90%

Porcentaje de casos de malnutrición aguda moderada (MAM) con acceso a servicios de tratamiento (cobertura).

- >50% en zonas rurales
- >70% en zonas urbanas
- >90% en campamentos formales

Proporción de bajas en los programas selectivos de alimentación suplementaria por fallecimiento, recuperación o abandono.

- Fallecimiento: <3%
- Recuperación: >75%
- Abandonos: <15%

Notas de orientación

Diseño del programa: diseñar programas que aprovechen y apoyen la capacidad del sistema de salud existente y consideren el acceso a las instalaciones de salud, la distribución geográfica de la población y la seguridad.

Mantener los vínculos con la atención terapéutica hospitalaria y ambulatoria, la atención prenatal, la prevención de la malaria, las enfermedades infantiles y los reconocimientos médicos en la infancia, la atención al VIH y la tuberculosis, y los programas de seguridad alimentaria que incluyen transferencias de alimentos, efectivo o cupones.

La finalidad de los programas de alimentación suplementaria no es sustituir a la dieta, sino complementarla. Es esencial diseñar diseñarlos dentro de un enfoque multisectorial con servicios complementarios, como WASH, salud, IYCF-E y la distribución general de alimentos. Valorar la disponibilidad de alimentos suplementarios en los mercados nacionales o internacionales y tener en cuenta posibles limitaciones en la planificación de los programas ⊕ *véase Prestación de asistencia a través de los mercados*.

Prevención o tratamiento: adoptar un enfoque integral para prevenir la malnutrición o un enfoque selectivo para tratarla. La decisión dependerá de:

- los niveles de malnutrición aguda y el número de personas afectadas;
- el riesgo de incremento de la morbilidad;
- el riesgo de reducción de la seguridad alimentaria;
- el desplazamiento y la densidad de la población;
- la capacidad de examinar y hacer un seguimiento a la población afectada aplicando criterios antropométricos; y
- los recursos disponibles y el acceso a las personas afectadas.

La alimentación suplementaria selectiva necesita en general más tiempo y esfuerzo para examinar y hacer un seguimiento a las personas con malnutrición aguda, pero también menos recursos alimentarios especializados. Un enfoque integral suele necesitar menos personal experto, pero más recursos alimentarios especializados.

Movilización eficaz de la comunidad: la movilización e implicación de la comunidad mejora el conocimiento del programa por parte de la población y su probable eficacia. Trabajar con la población destinataria para decidir dónde situar los centros de aplicación del programa. Tener en cuenta a los grupos en riesgo que puedan tener dificultades para acceder a estos centros. Compartir información clara y exhaustiva sobre el apoyo disponible en idiomas accesibles, utilizando múltiples canales de intercambio de información, incluidas las formas escrita y audiovisual.

La cobertura es el número de personas que reciben tratamiento, en porcentaje del número de personas que necesitan tratamiento. La cobertura puede verse afectada por:

- la aceptabilidad del programa, incluida la localización y accesibilidad de los centros de aplicación;
- la situación de seguridad;
- la frecuencia de las distribuciones;
- el tiempo de espera;

- el alcance de la movilización y de las visitas y reconocimientos a domicilio;
- la disponibilidad de personal nutricionista masculino y femenino;
- la armonización de los criterios de admisión con la cobertura; y
- la capacidad de la persona cuidadora para detectar los síntomas de malnutrición.

Las metodologías de evaluación de la cobertura son costosas y necesitan personal especialmente capacitado. Si no es viable realizar encuestas de cobertura, consultar las directrices nacionales a fin de decidir métodos alternativos. Utilizar datos de programa rutinarios, como los reconocimientos, las derivaciones y las admisiones para calcular la cobertura.

Puede que no sea necesario realizar evaluaciones periódicas de la cobertura si no se producen cambios significativos en la zona del programa, como movimientos de población o la adopción de un nuevo producto o protocolo de tratamiento.

Los criterios de admisión deben ser coherentes con las directrices nacionales e internacionales. Los criterios de admisión aplicables a lactantes menores de 6 meses y a grupos cuyo estado antropométrico sea difícil de determinar deberían incluir su situación clínica y de lactancia ⊕ *véase el apéndice 4: Cómo medir la malnutrición aguda* y *Referencias y lecturas complementarias*.

No debe discriminarse a las personas que sean (o que presuntamente sean) VIH-positivas, o que padezcan tuberculosis u otra enfermedad crónica. Estas personas deben tener un acceso equitativo a la atención si cumplen los criterios de admisión. Algunas personas que no cumplen los criterios antropométricos de malnutrición aguda pueden beneficiarse de alimentación suplementaria. Por ejemplo, las personas que viven con el VIH, la tuberculosis u otras enfermedades crónicas, las personas a las que se da de baja de la atención, pero requieren apoyo terapéutico para evitar recaídas, o las personas con discapacidad. Ajustar los sistemas de seguimiento e informes si estas personas no cumplen los criterios antropométricos.

Las personas que viven con el VIH y no cumplen los criterios de admisión suelen necesitar apoyo nutricional. La mejor manera de ofrecer este apoyo es fuera del contexto del tratamiento de la malnutrición aguda grave en situaciones de crisis. Prestar a estas personas y a sus familias una serie de servicios, incluida atención en la comunidad y a domicilio, centros de tratamiento de la tuberculosis y programas de prevención de la transmisión de madre a hijo.

Criterios de baja y seguimiento: el número de personas dadas de baja incluya a las que se han recuperado, las que han fallecido, las que han abandonado el tratamiento y las que no se han recuperado. Las personas derivadas a servicios complementarios, como los servicios de salud, no han finalizado el tratamiento y lo continuarán o reanudarán con posterioridad. No se debe incluir a las personas que hayan sido transferidas a otros centros o que no hayan finalizado el tratamiento.

Si una persona se incorpora a un programa nutricional tras ser dada de baja de la atención terapéutica, deberá consignarse en una categoría independiente para evitar resultados sesgados. Si una persona presenta síntomas de malnutrición aguda a consecuencia de otros factores, como discapacidad, problemas de labios o paladar leporino o problemas quirúrgicos, deberán incluirse en los informes del programa. Se debe investigar cómo puede influir el género de la persona en el acceso al tratamiento, el abandono del tratamiento y la recuperación.

Las estadísticas de bajas se calculan de la forma siguiente:

- Porcentaje de bajas por recuperación = número de personas recuperadas/ número total de bajas × 100
- Porcentaje de bajas por fallecimiento = número de personas fallecidas/ número total de bajas × 100
- Porcentaje de bajas por abandono = número de abandonos/número total de bajas × 100
- Porcentaje de bajas sin recuperación = número de personas que no se han recuperado/número total de bajas × 100

Además de los indicadores señalados, los sistemas de seguimiento deben incluir:

- la participación de la población;
- la aceptabilidad del programa (los índices de abandono y de cobertura pueden utilizarse como indicador indirecto);
- la cantidad y calidad de los alimentos;
- la cobertura;
- las razones de las transferencias a otros programas (especialmente los menores cuyo estado nutricional se deteriora hasta la malnutrición aguda grave) y
- el número de personas admitidas y en tratamiento.

Se deben considerar factores externos como:

- patrones de morbilidad;
- niveles de desnutrición en la población;
- nivel de inseguridad alimentaria en las familias y en la población;
- intervenciones complementarias disponibles para la población (incluida la asistencia alimentaria general o programas equivalentes); y
- la capacidad de los sistemas existentes para prestar servicios.

Vínculos con el sector de la salud y otros sectores: los programas de alimentación suplementaria integrales y selectivos pueden servir de plataforma para prestar servicios complementarios. En muchas situaciones, un programa integral de alimentación suplementaria con fines de prevención puede apoyar la respuesta a una crisis. Por ejemplo, puede facilitar el acceso a la población destinataria a través de la inscripción en un censo, los reconocimientos en la comunidad y la derivación para el tratamiento de la malnutrición aguda grave y aguda moderada. También puede permitir intervenciones de supervivencia infantil, como, por ejemplo:

- antihelmínticos;
- suplementos de vitamina A;
- hierro y ácido fólico combinado con el examen y tratamiento de la malaria;
- zinc para el tratamiento de la e
- inmunizaciones.

⊕ *Véase Atención esencial de salud - Enfermedades transmisibles - Normas 2.1.1 a 2.1.4* y *Salud infantil - Normas 2.2.1 y 2.2.2.*

Las poblaciones con elevados niveles de vulnerabilidad, como una alta prevalencia del VIH, y las personas con dificultades para moverse o alimentarse pueden necesitar que el programa se adapte a sus necesidades, como, por ejemplo, ajustando la calidad y cantidad de la ración de alimento suplementario ⊕ *véase Alimentación de lactantes y niños pequeños - Norma 4.1.*

Tratamiento de la malnutrición - Norma 2.2: Malnutrición aguda grave

La malnutrición aguda grave se trata.

Acciones clave

1. Establecer estrategias, objetivos y criterios claramente definidos y acordados para poner en marcha y finalizar intervenciones desde el principio del programa.
   - Incluir una dotación de personal adecuada, con capacidades, experiencia y habilidades pertinentes.
2. Incluir los componentes de atención hospitalaria, atención ambulatoria, derivación y movilización de la comunidad en el tratamiento de la malnutrición aguda grave.
3. Prestar atención nutricional y de salud siguiendo directrices reconocidas a nivel nacional e internacional para el tratamiento de la malnutrición aguda grave.
4. Establecer criterios de baja que incluyan índices antropométricos y de otro tipo.
5. Investigar y actuar sobre las causas de abandono y falta de respuesta o de incremento de las muertes.
6. Proteger, apoyar y promover la lactancia materna, la alimentación complementaria, la higiene y una buena interacción entre madre e hijo o hija.
   - Proporcionar información clara sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y de la lactancia materna sin interrupción entre los 6 y los 24 meses, por razones de salud física y psicológica tanto de la madre como del niño o niña.

Indicadores clave

Porcentaje de la población destinataria que está a menos de un día de camino (incluido el tiempo de tratamiento) del centro de aplicación del programa

- >90% de la población destinataria

Porcentaje de casos de malnutrición aguda grave (MAG) con acceso a servicios de tratamiento (cobertura)

- >50% en zonas rurales
- >70% en zonas urbanas
- >90% en un campamento

Porcentaje de personas dadas de baja de la atención terapéutica por fallecimiento, recuperación o abandono del tratamiento

- Fallecimiento: <10%
- Recuperación: >75%
- Abandono: <15%

Notas de orientación

Componentes del programa: la atención hospitalaria se puede prestar directamente o por derivación. Los programas deben prestar atención ambulatoria descentralizada los menores sin complicaciones médicas. Los centros ambulatorios del programa deben estar cerca de la población destinataria, a fin de reducir los riesgos y costos de viajar con menores y el riesgo de desplazamiento ⊕ *véase Salud infantil - Norma 2.2.2: Tratamiento de enfermedades en recién nacidos y en la infancia*.

Vincular los programas con otros servicios pertinentes, como por ejemplo:

- alimentación suplementaria;
- redes de VIH y TB;
- rehabilitación;
- servicios de atención primaria de la salud; y
- programas de seguridad alimentaria que incluyan alimentos o asistencia basada en el uso de dinero en efectivo.

Las metodologías de evaluación de la ***cobertura*** son parecidas en los programas contra la malnutrición aguda moderada o grave ⊕ *véase Tratamiento de la malnutrición - Norma 2.1: Malnutrición aguda moderada.*

Los criterios de admisión deben ser coherentes con las directrices nacionales e internacionales. Los criterios de admisión aplicables a lactantes menores de 6 meses y grupos cuyo estado antropométrico sea difícil de determinar deberían incluir su situación clínica y de lactancia ⊕ *véase el apéndice 4: Cómo medir la malnutrición aguda* y *Referencias y lecturas complementarias*.

No debe discriminarse a las personas que sean (o que presuntamente sean) VIH-positivas, que padezcan tuberculosis u otra enfermedad crónica. Estas personas deben tener un acceso equitativo a la atención si cumplen los criterios de admisión. Algunas personas que no cumplen los criterios antropométricos de malnutrición aguda pueden beneficiarse de alimentación suplementaria. Por ejemplo, las que viven con el VIH, la tuberculosis u otras enfermedades crónicas, las personas a las que se da de baja de la atención pero que requieren apoyo terapéutico para evitar recaídas, o las personas con discapacidad. Ajustar los sistemas de seguimiento e informes si estas personas no cumplen los criterios antropométricos.

Las personas que viven con el VIH y no cumplen los criterios de admisión suelen necesitar apoyo nutricional. La mejor manera de ofrecer este apoyo es fuera del contexto del tratamiento de la malnutrición aguda grave en situaciones de crisis. Prestar a estas personas y a sus familias una serie de servicios, incluidos atención en la comunidad y a domicilio, centros de tratamiento de la tuberculosis y programas de prevención de la transmisión de madre a hijo.

Criterios de baja y recuperación: las personas dadas de baja no deben padecer complicaciones médicas. Además, deben haber recuperado el apetito y alcanzado y mantenido un peso adecuado sin edema nutricional (por ejemplo, en dos pesajes consecutivos). Calcular por separado la ganancia media de peso de las personas con y sin edema nutricional. La lactancia materna es especialmente importante para los bebés menores de 6 meses, así como para los niños y niñas de entre 6 y 24 meses. Los bebés no lactantes necesitarán un estrecho seguimiento. Cumplir los criterios de baja a fin de evitar los riesgos relacionados con una salida prematura del programa.

Las directrices en materia de atención en la comunidad de la malnutrición aguda especifican la duración media de la estancia para el tratamiento y tratan de reducir los periodos de recuperación. En el cálculo de la duración media de la estancia hay que aplicar las directrices nacionales existentes, ya que dependen del contexto. El VIH, la tuberculosis y otras afecciones crónicas pueden hacer que algunas personas malnutridas no respondan al tratamiento. Trabajar con los servicios de salud y otros servicios de apoyo sociales y comunitarios para determinar las opciones de tratamiento a largo plazo para esas personas ⊕ *véase Atención esencial de salud - Salud sexual y reproductiva - Norma 2.3.3: VIH.*

Indicadores de desempeño relativos al tratamiento de la malnutrición aguda grave: la población de personas dadas de baja de los programas de atención a la malnutrición aguda grave está formada por personas que se han recuperado, que han fallecido, que han abandonado el tratamiento o no se han recuperado ⊕ *véase Notas de orientación para el tratamiento de la malnutrición - Norma 2.1: Malnutrición aguda moderada.*

Los indicadores de desempeño relativos al tratamiento de la malnutrición aguda grave deben combinar los resultados de la atención hospitalaria y ambulatoria, sin duplicar el recuento de las personas derivadas de una a otra. Si esto no es posible, ajustar la interpretación de los resultados. Por ejemplo, los programas deberían

esperar un mejor desempeño si solo prestan atención ambulatoria. Cuando solo presten atención hospitalaria, los programas deberán tratar de obtener los resultados descritos para la atención combinada.

Las personas que son derivadas a otros servicios, como los de salud, no han finalizado el tratamiento. Al valorar el desempeño del tratamiento ambulatorio, hay que consignar las transferencias a atención hospitalaria a fin de representar con precisión el desempeño del programa.

Los indicadores de desempeño no tienen en cuenta la complejidad clínica del VIH. La complejidad clínica del VIH afecta a los índices de mortalidad. En estas situaciones, hay que tener esto en cuenta al interpretar el desempeño del programa.

Además de los indicadores de baja, se deben revisar los datos desglosados de las nuevas admisiones (sexo, edad, discapacidad), el número de menores en tratamiento y los índices de cobertura , a fin de hacer un seguimiento del desempeño. Investigar y documentar la proporción de readmisiones y sus causas, el deterioro del estado clínico, el abandono del tratamiento y la falta de respuesta continuada. Se debe adaptar su definición a las directrices utilizadas.

Aportaciones en materia de salud: todos los programas contra la malnutrición aguda grave deben incluir tratamientos sistemáticos conforme a las directrices nacionales o internacionales. Es esencial que incluyan mecanismos de derivación eficaces para atender enfermedades subyacentes como la tuberculosis y el VIH. En zonas de elevada prevalencia del VIH, los programas contra la malnutrición deben considerar intervenciones destinadas a evitar la transmisión del VIH y favorecer la supervivencia de la madre y el hijo. En entornos donde es frecuente la infección por VIH (prevalencia del VIH superior al 1%) realizar la prueba del VIH a los menores con malnutrición a fin determinar su situación y si necesitan someterse a tratamiento con fármacos antirretrovirales.

Apoyo a la lactancia materna: las madres de lactantes hospitalizados necesitan apoyo cualificado a la lactancia como parte de su rehabilitación nutricional y recuperación. Esto es especialmente importante en el caso de los bebés menores de 6 meses y de las madres con discapacidad.

Dedicar suficiente tiempo y recursos, por ejemplo estableciendo una zona privada para la lactancia, a fin de enfocar adecuadamente la asistencia profesional y permitir un apoyo mutuo entre las madres. Las madres que amamantan a lactantes menos de 6 meses que tienen/que presentan malnutrición grave deberían recibir una ración de alimento suplementario con independencia de su estado nutricional. Si cumplen los criterios antropométricos correspondientes a la malnutrición aguda grave, admitirlas para el tratamiento.

Apoyo psicosocial: durante la fase de rehabilitación de los menores con malnutrición aguda grave, es importante la estimulación emocional y física a través del juego. Promueve el apego y un ánimo positivo en la madre. Las personas que cuidan a estos menores suelen necesitar apoyo social y psicosocial para llevar

los a tratamiento. Es posible que algunas madres necesiten también apoyo para acceder a servicios de salud mental por depresión posnatal, que pueden prestarse a través de programas de movilización. Los programas deben hacer hincapié en la importancia de la estimulación y la interacción para la atención y la prevención de posibles discapacidades y deterioros cognitivos en los menores. Facilitar que todas las personas cuidadoras de menores con malnutrición grave los alimenten y atiendan durante el tratamiento. Se les debe ofrecer asesoramiento, demostraciones e información sobre salud y nutrición. Prestar atención al modo en que el tratamiento afecta a las personas cuidadoras y a los/as hermanos/as a fin de garantizar que existan medios adecuados para cuidar a los menores, evitar la separación de las familias, minimizar el sufrimiento psicosocial y maximizar el cumplimiento potencial del tratamiento.

Vínculos con otros actores: coordinarse con socios que trabajen en protección de la infancia y violencia de género a fin de establecer vías de derivación y protocolos de intercambio de información. Capacitar al personal nutricionista para que sepa cómo ofrecer derivaciiones de apoyo y confidenciales a las personas cuidadores de menores que estén expuestas a violencia, explotación o abuso físico, sexual o emocional.

3. Deficiencias de micronutrientes

Las deficiencias de micronutrientes son un factor limitador del desarrollo socioeconómico en muchos países. Tienen importantes efectos en la salud de las personas y en su capacidad de aprendizaje y productividad. Estas deficiencias contribuyen a crear un círculo vicioso de malnutrición, subdesarrollo y pobreza que afecta a grupos ya desfavorecidos.

Las deficiencias de micronutrientes son difíciles de detectar en muchos contextos. Aunque pueda ser fácil diagnosticar los síntomas clínicos de las deficiencias graves, son las deficiencias subclínicas las que pueden representar una mayor carga para la salud y la supervivencia de las poblaciones. Hay que suponer que una crisis va a empeorar las deficiencias de micronutrientes que ya puedan existir en una población. Estas deficiencias se corrigen por medio de intervenciones que abarquen a toda la población y con tratamientos individuales.

Existen tres enfoques para controlar las deficiencias de micronutrientes:

- **Suplementación:** normalmente, la forma más rápida de controlar la situación de micronutrientes de personas concretas o de poblaciones seleccionadas es proporcionar micronutrientes en un formato de muy fácil absorción. A modo de ejemplo cabe mencionar las programas que proporcionan suplementos de hierro contra la anemia, de ácido fólico para las mujeres embarazadas y de vitamina A para los niños y niñas menores de cinco años.
- **Enriquecimiento:** el enriquecimiento de productos alimentarios con micronutrientes puede ser una estrategia eficaz para controlar las deficiencias de micronutrientes. Algunos ejemplos son la sal yodada, los micronutrientes en polvo o el aceite vegetal enriquecido con vitamina A.
- **Enfoques basados en la alimentación:** las vitaminas y los minerales necesarios para prevenir las deficiencias de micronutrientes están presentes en diversos alimentos. Deberían adoptarse políticas y programas que mejorasen el consumo, durante todo el año, de alimentos ricos en micronutrientes que sean inocuos y de una variedad, cantidad y calidad adecuadas.

Aunque en las situaciones de crisis se usaan los tres enfoques, el más frecuente y utilizado es la suplementación.

Deficiencias de micronutrientes - Norma 3: Deficiencias de micronutrientes

Las deficiencias de micronutrientes se corrigen.

Acciones clave

1 Recopilar información sobre la situación anterior a la crisis para determinar las deficiencias de micronutrientes más frecuentes.

2 Formar al personal sanitario en la detección y tratamiento de las deficiencias de micronutrientes.

3 Establecer procedimientos para responder a los riesgos de deficiencia de micronutrientes.

4 Vincular las respuestas relativas a los micronutrientes a las respuestas de salud pública destinadas a reducir las enfermedades normalmente asociadas a las crisis, como la vitamina A para controlar el sarampión o el zinc para controlar la diarrea.

Indicadores clave

No hay casos de escorbuto, pelagra, beriberi o carencia de riboflavina

- ⊕ *véase el apéndice 5: Medición de las deficiencias de micronutrientes y su importancia para la salud pública* para consultar la la definición de importancia para la salud pública por grupo de edad y población total.
- Utilizar indicadores nacionales o contextuales, cuando existan.

Los índices de xeroftalmia, anemia y deficiencia de yodo no son de importancia para la salud pública

- ⊕ *véase el apéndice 5: Medición de las deficiencias de micronutrientes y su importancia para la salud pública* para consultar la definición de importancia para la salud pública por grupo de edad y población total.
- Utilizar indicadores nacionales o contextuales, cuando existan.

Notas de orientación

Diagnóstico de las deficiencias de micronutrientes clínicas: las deficiencias de micronutrientes clínicas siempre deben ser diagnosticadas por el personal médico cualificado. Cuando se incorporen indicadores clínicos de estas deficiencias a los sistemas de vigilancia de la salud o la nutrición, se debe capacitar al personal para que realice la evaluación básica y la derivación correspondiente. Las definiciones de los casos son problemáticas; en situaciones de crisis, hay que determinarlas mediante la respuesta a la suplementación.

Las deficiencias de micronutrientes subclínicas son aquellas que no tienen gravedad suficiente para presentar síntomas fácilmente identificables. Sin embargo, pueden tener efectos adversos para la salud. Su detección requiere un examen bioquímico especializado. Una excepción es la anemia, para la cual existe una prueba básica muy fácil de realizar sobre el terreno.

Se pueden utilizar indicadores indirectos para determinar el riesgo de deficiencia de micronutrientes y cuándo puede ser necesario utilizar suplementos o una ingesta dietética mejorada. La evaluación indirecta consiste en calcular las ingestas de nutrientes a nivel de la población y extrapolar el riesgo de deficiencia. Para ello, se deben revisar los datos disponibles sobre el acceso a alimentos, su disponibilidad y su uso y evaluar la idoneidad de la ración alimentaria.

Prevención: las estrategias de prevención de las deficiencias de micronutrientes se tratan en la sección 6 a continuación (⊕ *véase la norma 6.1: Necesidades nutricionales generales*). El control de enfermedades es crítico para la prevención de las deficiencias de micronutrientes. Las infecciones respiratorias agudas, el sarampión, la diarrea y las infecciones parasitarias, como la malaria, son ejemplos de enfermedades que agotan las reservas de micronutrientes. La preparación para el tratamiento requiere la elaboración de definiciones de casos y orientaciones de tratamiento, así como de sistemas para la detección activa de casos ⊕ *véase Atención esencial de salud - Salud infantil - Normas 2.2.1 y 2.2.2*.

Tratamiento de las deficiencias de micronutrientes: la detección de casos y el tratamiento deben tener lugar en el sistema de salud y en el marco de programas de alimentación. Cuando las tasas de deficiencia de micronutrientes sobrepasen los umbrales de salud pública, puede ser conveniente optar por el tratamiento integral de la población con suplementos. El escorbuto (carencia de vitamina C), la pelagra (carencia de niacina), el beriberi (carencia de tiamina) y la arriboflavinosis (carencia de riboflavina) son las enfermedades causadas por deficiencia de micronutrientes que se observan con más frecuencia ⊕ *véase el apéndice 5: Medición de las deficiencias de micronutrientes y su importancia para la salud pública.*

Entre las medidas de salud pública destinadas a controlar las deficiencias de micronutrientes, se incluyen:

- proporcionar suplementos de vitamina A con las vacunas a los menores de entre 6 y 59 meses;
- desparasitar a todos los menores de entre 12 y 59 meses;
- añadir sal yodada y otros artículos básicos enriquecidos como aceite vegetal enriquecido con vitamina A y vitamina D en la canasta de alimentos, micronutrientes en polvo o suplementos de aceite yodado;
- proporcionar productos de micronutrientes combinados que contengan hierro a los menores de entre 6 y 59 meses;
- proporcionar diariamente suplementos de micronutrientes combinados que contengan hierro y ácido fólico a las mujeres embarazadas y lactantes.

En caso de no disponer de productos de micronutrientes combinados que contengan hierro, proporcionar diariamente suplementos de hierro y ácido fólico a las mujeres embarazadas y a aquellas que hayan dado a luz en los últimos 45 días.

Utilizar indicadores indirectos desglosados por sexo (por ejemplo, algunos indicadores indirectos de carencia de vitamina A pueden ser el peso bajo al nacer, la emaciación o el retraso del crecimiento) a fin de evaluar el riesgo de deficiencia de micronutrientes en las personas afectadas y determinar la necesidad de mejorar la ingesta dietética o utilizar suplementos ⊕ *véase Seguridad alimentaria y nutrición - Evaluación - Norma 1.2: Evaluación nutricional.*

4. Alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños

La alimentación oportuna y adecuada de lactantes y niñas y niños pequeños en situaciones de emergencia (IYCF-E) salva vidas y protege la nutrición, la salud y el desarrollo de los menores. Las prácticas inadecuadas de alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños aumentan su vulnerabilidad a la desnutrición, la enfermedad y la muerte y debilitan la salud materna. Las crisis aumentan esos riesgos. Algunos bebés y niñas y niños pequeños son especialmente vulnerables, son especialmente vulnerables, entre ellos, por ejemplo:

- los bebés con bajo peso al nacer;
- los menores no acompañados y separados;
- los bebés y niñas y niños pequeños de madres con depresión;
- los niños y niñas menores de dos años no lactantes;
- aquellos que pertenecen a poblaciones con una prevalencia de VIH media o alta;
- los menores con discapacidad, especialmente aquellos que tienen dificultades de alimentación; y
- los bebés y niñas y niños pequeños con malnutrición aguda, retraso en el crecimiento o deficiencias de micronutrientes.

La IYCF-E comprende acciones e intervenciones destinadas a proteger y apoyar las necesidades nutricionales de los bebés y niñas y niños pequeños, sean lactantes o no, de hasta 23 meses. Las intervenciones prioritarias incluyen:

- protección y apoyo a la lactancia materna;
- alimentación complementaria adecuada e inocua; y
- alimentación artificial para bebés que no tienen posibilidad de alimentarse por lactancia.

El apoyo a las mujeres embarazadas y lactantes es fundamental para el bienestar de sus hijos e hijas. “Lactancia materna exclusiva” significa que el o la bebé no recibe más líquidos que la leche materna y ningún alimento sólido, con excepción de los suplementos de micronutrientes o medicamentos que sean necesarios. Esto garantiza el aporte de alimentos y líquidos al bebé durante sus primeros 6 meses de vida, así como una protección inmunitaria activa. La lactancia materna garantiza el desarrollo óptimo del cerebro y continúa protegiendo la salud del niño o la niña más adelante, sobre todo en contextos de falta de condiciones WASH. Además, la lactancia protege la salud de la madre al retrasar la menstruación y prevenir el cancer de mama contra el cáncer de mama. Favorece el bienestar psicológico porque aumenta el apego y la receptividad.

Las acciones clave recogidas en esta sección son reflejo de la Guía operativa sobre alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños en emergencias ("la Guía operativa"). La Guía operativa es producto de la labor de un grupo de trabajo interinstitucional cuya finalidad es ofrecer directrices prácticas y concisas sobre la forma de garantizar una IYCF-E adecuada y sobre el Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna ("el Código").

Alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños - Norma 4.1: Orientación y coordinación de políticas

La orientación y coordinación de políticas garantiza la inocuidad, oportunidad e idoneidad de la alimentación para lactantes y niñas y niños pequeños.

Acciones clave

1. Establecer una autoridad de coordinación de IYCF-E en el seno del mecanismo de coordinación de crisis, y garantizar la colaboración intersectorial.
   - Asumir que el gobierno es la autoridad de coordinación, siempre que sea posible.
2. Incluir las especificaciones de la Guía operativa en las directrices pertinentes de la política nacional y de la organización humanitaria en materia de preparación.
   - Elaborar las directrices y una declaración conjunta con las autoridades nacionales en las situaciones en que no exista política.
   - Reforzar las políticas nacionales pertinentes, siempre que sea posible.
3. Apoyar una comunicación sólida, armonizada y oportuna sobre IYCF-E, en todos los niveles de respuesta.
   - Informar, lo antes posible, a las organizaciones humanitarias, a los donantes y a los medios de comunicación acerca de las políticas y prácticas de IYCF-E que se establezcan.
   - Comunicar a las personas afectadas los servicios disponibles, las prácticas de IYCF-E y los mecanismos de retroalimentación.
4. Evitar aceptar o solicitar donaciones de sucedáneos de la leche materna, otros productos lácteos líquidos, biberones y tetinas.
   - Las donaciones que efectivamente lleguen deberán ser gestionadas por la autoridad designada, de acuerdo con la Guía operativa y el Código.
   - Velar por que se apliquen métodos estrictos de selección de los destinatarios y de uso, adquisición, gestión y distribución de los sucedáneos de la leche materna. Debe hacerse de acuerdo con la evaluación de necesidades y riesgos, el análisis de los datos y las directrices técnicas.

Indicadores clave

Porcentaje de las políticas IYCF-E adoptadas en emergencias que reflejan las especificaciones de la Guía operativa

No se han notificado violaciones del Código

Porcentaje de violaciones del Código relacionadas con donaciones de sucedáneos de la leche materna, productos lácteos líquidos, biberones y tetinas gestionadas de manera oportuna

Notas de orientación

Comunicación con las personas afectadas, los equipos de respuesta y los medios de comunicación: en las comunicaciones acerca de los servicios disponibles y prácticas saludables de alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños harán falta mensajes adaptados para los distintos grupos que prestan asistencia y para el público. A la hora de elaborar los mensajes, hay que tener en cuenta la necesidad de apoyar a las personas cuidadoras que son abuelos/as, progenitores sin cónyuge, menores que encabezan hogares, hermanos/as, personas con discapacidad y las personas que viven con el VIH.

Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna: el Código protege a los bebés alimentados con productos artificiales al garantizar el uso seguro de sucedáneos de la leche materna. Está basado en información imparcial y precisa y se aplica en todos los contextos. Debe incluirse en la legislación durante la fase de preparación y hacerse cumplir durante la respuesta a la crisis. A falta de legislación nacional, han de aplicarse las disposiciones del Código, como mínimo.

El Código no limita la disponibilidad ni prohíbe el uso de sucedáneos de la leche materna, biberones o tetinas. Solo limita su comercialización, adquisición y distribución. Las violaciones más frecuentes del Código durante las crisis tienen que ver con problemas de etiquetado y repartos no selectivos. En situaciones de crisis, hay que hacer un seguimiento y denunciar las violaciones del Código a UNICEF, a la OMS y a las autoridades locales.

Utilizar indicadores estándar cuando existan y elaborador indicadores contextualizados en caso contrario. Definir parámetros de referencia de IYCF-E para determinar su progreso y cumplimiento, teniendo en cuenta los plazos de intervención. Fomentar el uso de indicadores de IYCF-E coherentes por parte de los socios de implementación y en las encuestas. Repetir las evaluaciones o partes de una evaluación de referencia como parte del seguimiento de las intervenciones de IYCF-E. Utilizar encuestas anuales para determinar el impacto de estas intervenciones.

Alimentación artificial: todos los sucedáneos de la leche materna deben cumplir el Codex Alimentarius y el Código. El acceso a servicios WASH adecuados es esencial para minimizar los riesgos de la alimentación artificial en emergencias. El sistema de reparto de los sucedáneos de la leche materna dependerá del contexto, incluida la

escala de la intervención. No incluir fórmulas para lactantes ni otros sucedáneos de la leche materna en repartos de alimentos generales o integrales. No distribuir productos lácteos líquidos deshidratados y leche líquida como si fueran un único artículo. Las indicaciones y la gestión de la alimentación artificial deben corresponderse con la Guía operativa y con el Código, bajo la orientación de la autoridad de coordinación de la IYCF-E que se haya designado.

Alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños - Norma 4.2: Apoyo multisectorial a la alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños en situaciones de emergencia

Las madres y las personas cuidadoras de lactantes y niñas y niños pequeños tienen acceso a un apoyo de alimentación oportuno y apropiado que minimiza riesgos, es sensible a las particularidades culturales y optimiza los resultados de nutrición, salud y supervivencia.

Acciones clave

1. Priorizar el acceso de las mujeres embarazadas y lactantes a transferencias de alimentos, efectivo o cupones, y otras intervenciones de apoyo.
2. Proporcionar acceso a un asesoramiento de lactancia cualificado para las madres embarazadas y lactantes.
3. Prestar apoyo para la iniciación temprana de la lactancia materna exclusiva dirigido a todas las madres de recién nacidos.
   - Ofrecer orientaciones sencillas sobre la lactancia materna exclusiva en los servicios de maternidad.
   - Proteger, promover y apoyar la lactancia materna exclusiva hasta los 5 meses, y la continuidad de la lactancia materna desde los 6 meses hasta los 2 años.
   - Cuando se practique la alimentación mixta en lactantes de hasta 5 meses, apoyar la transición a la lactancia materna exclusiva.
4. Proporcionar sucedáneos adecuados de la leche materna, equipos de alimentación y el correspondiente apoyo a las madres y personas cuidadoras cuyos bebés necesitan alimentación artificial.
   - Explorar la seguridad y viabilidad de la relactación y del uso de nodrizas cuando los bebés no sean amamantados por su madre. Considerar el contexto cultural y la disponibilidad del servicio en estas situaciones.
   - Si la única opción aceptable es utilizar sucedáneos de la leche materna, incluir un paquete esencial de apoyo con equipos de cocina y alimentación, apoyo WASH y acceso a servicios de salud.

5 Apoyar una asistencia alimentaria complementaria oportuna, inocua, adecuada y apropiada.

- Evaluar los alimentos domésticos para determinar si son adecuados como alimentos complementarios para los menores y ofrecer asesoramiento y apoyo contextualizados sobre la alimentación complementaria.
- Garantizar el acceso a equipos de alimentación y suministros de cocina, teniendo en cuenta a los menores con dificultades de alimentación.

6 Prestar apoyo de alimentación a los lactantes y niñas y niños pequeños especialmente vulnerables.

- Apoyar las actividades de estimulación de los lactantes y las prácticas de atención al desarrollo temprano de menores en los programas de nutrición.

7 Proporcionar los suplementos de micronutrientes que sean necesarios.

- Proporcionar a las mujeres embarazadas y lactantes suplementos diarios que incluyan la dosis diaria de micronutrientes combinados necesarios para proteger las reservas de la madre y la composición de la leche materna, independientemente de si reciben raciones enriquecidas.
- Continuar los suplementos de hierro y ácido fólico, cuando ya se suministren.

Indicadores clave

Porcentaje de madres lactantes que tienen acceso a asesoramiento cualificado

Porcentaje de personas cuidadoras que tienen acceso a suministros apropiados de sucedáneos de la leche materna conformes con el Código y el apoyo correspondiente para bebés que necesitan alimentación artificial

Porcentaje de personas cuidadoras que tienen acceso a alimentos complementarios oportunos, apropiados, nutricionalmente adecuados e inocuos para menores de entre 6 y 23 meses

Notas de orientación

Evaluación y seguimiento de la IYCF-E: se deben evaluar las necesidades y prioridades de la respuesta de IYCF-E y hacer un seguimiento del impacto de este tipo de intervenciones ⊕ *véase Seguridad alimentaria y nutrición - Evaluación - Norma 1.2: Evaluación nutricional.*

Colaboración multisectorial: los puntos de entrada sectoriales para identificar y apoyar la IYCF-E incluyen:

- atención prenatal y posnatal;
- puntos de inmunización;
- seguimiento del crecimiento;
- desarrollo en la primera infancia;

- servicios de tratamiento del VIH (incluida la prevención de la transmisión de madre a hijo o hija);
- tratamiento de la malnutrición aguda;
- salud comunitaria, salud mental y apoyo psicosocial;
- servicios WASH;
- lugares de empleo; y
- trabajo de extensión agraria.

Grupos destinatarios: todos los datos de evaluaciones y programas correspondientes a niños y niñas menores de 5 años deben desglosarse por sexo y por edad: hasta 5 meses, entre 6 y 11 meses, entre 12 y 23 meses; entre 24 y 59 meses. Se recomienda desglosar por discapacidad a partir de los 24 meses.

Identificar y establecer servicios para atender las necesidades nutricionales y de atención de los menores con discapacidad, los menores no acompañados y separados y los niñas y niños pequeños. Derivar a los menores separados y no acompañados a organizaciones socias que trabajen en protección de la infancia. Identificar el porcentaje de mujeres embarazadas y lactantes.

Tener en cuenta a las poblaciones con una prevalencia del VIH media o elevada, a los menores no acompañados y separados, a los bebés con bajo peso al nacer, a los menores con discapacidad y con dificultades de alimentación, a los niños y niñas menores de 2 años no lactantes y a quienes padecen malnutrición aguda. Tener en consideración que los hijos e hijas de madres con depresión tienden a sufrir mayor riesgo de malnutrición.

Mujeres embarazadas y lactantes: si no se satisfacen las necesidades de las mujeres embarazadas y lactantes en los programas de asistencia con alimentos, efectivo o cupones, se debe seleccionar a estas mujeres para el suministro de alimentos enriquecidos. Proporcionar suplementos de micronutrientes de acuerdo con las recomendaciones de la OMS.

Organizar apoyo psicosocial para las madres angustiadas, e incluso derivarlas a servicios de salud mental, si es necesario, y apoyo adecuado para las madres con discapacidad.

Crear lugares seguros en los campamentos y otros entornos colectivos para que las mujeres amamanten, como por ejemplo espacios preparados para bebés con zonas de lactancia exclusivas.

Bebés lactantes: en la planificación y asignación de recursos debe tenerse en cuenta el apoyo cualificado a la lactancia en situaciones difíciles. Esto podría incluir a los bebés de hasta 6 meses con malnutrición aguda, las poblaciones en las que es es frecuente la alimentación mixta y la alimentación de bebés en el contexto del VIH.

Bebés no lactantes: en todas las crisis, proteger a los bebés y niñas y niños pequeños que no sean lactantes y prestar apoyo para satisfacer sus necesidades nutricionales. Las consecuencias de no alimentar por lactancia materna varían según la edad del menor. Los/as más pequeños/as son los más vulnerables a las

enfermedades infecciosas. Dependen de que exista acceso a suministros garantizados de sucedáneos adecuados de la leche materna, combustible, equipos y condiciones WASH.

Fórmulas para lactantes y otros sucedáneos de la leche materna: las fórmulas para lactantes son el sucedáneo de la leche materna adecuado para bebés de hasta 5 meses. Dar preferencia a las fórmulas listas para consumir en forma líquida, ya que no requiere preparación y entrañan menos riesgos para la seguridad que la leche en polvo.

la fórmula lista para consumir requiere un uso apropiado, una conservación cuidadosa y que los utensilios de consumo se mantengan higiénicos para. Es voluminosa y, por tanto, su transporte y almacenamiento es costoso. Para los menores de más de 6 meses se pueden utilizar leches líquidas alternativas. Algunas leches alternativas son la leche entera pasteurizada de vaca, cabra, oveja, camello o búfalo, la leche líquida uperizada, la leche líquida fermentada o el yogur.

El consumo de leche en fórmula de los menores de más de 6 meses dependerá de las prácticas anteriores a la crisis, de los recursos disponibles, de las fuentes de obtención de leches líquidas alternativas, de la adecuación de los alimentos complementarios y de la política de la organización humanitaria. Las indicaciones de uso de sucedáneos de la leche materna pueden ser a corto o largo plazo. Las leches líquidas de continuación y crecimiento comercializadas para menores de más de 6 meses no son necesarias.

Un trabajador sanitario o nutricionista cualificado puede determinar la necesidad de la leche en fórmula mediante una evaluación, seguimiento y soporte individualizados. Cuando no sea posible realizar evaluaciones individuales, consultar con la autoridad coordinadora y las organizaciones humanitarias técnicas para obtener asesoramiento sobre los criterios de evaluación y selección de los destinatarios. Suministrar la fórmula para lactantes hasta que el menor se alimente de leche materna o al menos durante 6 meses. Cuando se suministren sucedáneos de la leche materna a menores que los necesiten, hay que evitar animar inadvertidamente a las madres lactantes a consumirlos también.

No utilizar biberones, porque son difíciles de limpiar. Oment y apo el consumo en vaso.

Mantener la vigilancia de la morbilidad a nivel individual y poblacional, con especial atención a la diarrea.

La alimentación complementaria es el proceso que comienza cuando la leche materna deja de ser suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales de lactantes y debe ir acompañada de otros alimentos y líquidos. Los menores de entre 6 y 23 meses deben recibir alimentos y líquidos complementarios, ya sean de producción industrial o de preparación local.

Es clave conocer los déficits de nutrientes existentes y preexistentes para determinar las opciones de alimentación complementaria. Otras consideraciones incluyen la asequibilidad y disponibilidad de una dieta nutritiva, la estacionalidad

de los alimentos y el acceso a alimentos complementarios de buena calidad disponibles localmente. Entre las opciones de alimentación complementaria se incluyen:

- la asistencia basada en el uso de dinero en efectivo para comprar alimentos enriquecidos y ricos en nutrientes disponibles localmente;
- la distribución de alimentos domésticos ricos en nutrientes o alimentos enriquecidos;
- el suministro de alimentos enriquecidos con un combinado de micronutrientes a los menores de entre 6 y 23 meses;
- el enriquecimiento en el hogar con suplementos de micronutrientes, como los suplementos en los polvo u otros;
- programas orientados a los medios de vida; y
- programas de redes de seguridad social.

Considerar que la asistencia basada en el uso de dinero en efectivo vaya acompañada de formación o mensajes para que las personas afectadas entiendan la forma óptima de utilizar el dinero para obtener resultados nutricionales.

Suplementación con micronutrientes: es posible que menores de entre 6 y 59 meses que no reciban alimentos enriquecidos necesiten suplementos combinados de micronutrientes para satisfacer sus necesidades nutricionales. Se recomiendan los suplementos de vitamina A. En las zonas endémicas de malaria, proporcionar hierro en cualquier forma, incluidos los micronutrientes en polvo y siempre conjuntamente con estrategias de diagnóstico, prevención y tratamiento de la malaria. Entre los ejemplos de estrategias de prevención de la malaria se incluyen el suministro de mosquiteros tratados con insecticidas y los programas de control de vectores, el diagnóstico rápido de la malaria y el tratamiento con fármacos eficaces. No se debe suministrar hierro a los menores que no tengan acceso a estrategias de prevención de la malaria. Suministrar hierro y ácido fólico o suplementos de micronutrientes combinados a las mujeres embarazadas y lactantes, de acuerdo con las últimas directrices.

El VIH y la alimentación de bebés: las madres que viven con el VIH deben recibir apoyo a la lactancia durante al menos 12 meses y durante un periodo de 24 meses o más mientras reciben terapia antirretroviral. Si no hay fármacos antirretrovirales disponibles, seleccionar la estrategia que ofrezca a los bebés las máximas probabilidades de supervivencia sin VIH. Esto implica equilibrar los riesgos de transmisión del VIH con las causas de mortalidad infantil ajenas al VIH. Apoyar a las madres y a las personas cuidadoras en consecuencia. Priorizar el acceso acelerado a los fármacos antirretrovirales ⊕ *véase Atención esencial de salud - Salud sexual y reproductiva - Norma 2.3.3: VIH.*

Se aconsejará a las madres y a las nodrizas lactantes no infectadas por el VIH, así como a aquellas cuya situación de VIH no se conozca, que amamanten exclusivamente durante los 6 primeros meses de vida del bebé. Después, se introducirán alimentos complementarios manteniendo la lactancia hasta que el menor tenga

por lo menos 24 meses. Es necesario identificar con urgencia y apoyar a los bebés ya establecidos en alimentación sustitutiva.

Consultar las políticas nacionales y subnacionales existentes y determinar si son compatibles con las últimas recomendaciones de la OMS. Determinar si son apropiadas para el nuevo contexto de crisis, teniendo en cuenta el cambio en el riesgo de exposición a enfermedades infecciosas no relacionadas con el VIH, la probable duración de la emergencia, si es posible la alimentación sustitutiva y la disponibilidad de fármacos antirretrovirales. Puede que sea necesario editar una guía provisional actualizada para madres y personas cuidadoras.

Violencia de género, protección de la infancia y nutrición infantil: la violencia de género, la desigualdad de género y la nutrición suelen estar relacionadas entre sí. La violencia doméstica puede representar una amenaza para la salud y el bienestar de las mujeres y de sus hijos e hijas. El personal nutricionista debe ofrecer una derivación comprensiva y confidencial a los cuidadores o menores expuestos a violencia de género o abuso infantil. Otros elementos que se deben integrar incluyen el asesoramiento, trabajar para establecer centros de tratamiento acogedores para mujeres y menores, así como el seguimiento regular de las tasas de abandono y falta de respuesta con respecto al tratamiento. Considerar la inclusión de trabajadores especializados en violencia de género y protección de la infancia como parte del personal nutricionista ⊕ *véanse los Principios de Protección 3 y 4.*

Emergencias de salud pública: en las crisis de salud pública, adoptar medidas para prevenir posibles interrupciones en el acceso a los servicios de apoyo a la salud y la alimentación, garantizar la continuidad de la seguridad alimentaria en el hogar y los medios de vida, y minimizar los riesgos de transmisión de enfermedades a través de la lactancia materna, así como la morbilidad y mortalidad materna Consúltense las directrices de la OMS, cuando sea necesario, para obtener orientaciones sobre el cólera y los virus del Ébola y del Zika.

5. Seguridad alimentaria

Existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos, que satisfagan sus necesidades dietéticas y sus preferencias en cuanto a los alimentos para llevar una vida activa y saludable.

La seguridad alimentaria está influenciada por factores macroeconómicos, sociopolíticos y medio ambientales. Las políticas, procesos o instituciones nacionales e internacionales pueden influir en el acceso de las personas afectadas a alimentos nutricionalmente adecuados. También la degradación medio ambiente local y la meteorología, cada vez más variable y extrema como consecuencia del cambio climático, afectan a la seguridad alimentaria.

En una crisis humanitaria, las respuestas de seguridad alimentaria deben tratar de satisfacer las necesidades a corto plazo y reducir la necesidad de que la población afectada adopte estrategias de afrontamiento potencialmente perjudiciales. Con el tiempo, las respuestas deben proteger y restaurar los medios de vida, estabilizar o crear oportunidades de empleo y contribuir a restaurar la seguridad alimentaria a largo plazo. No deben tener efectos negativos para los recursos naturales y el medioambiente.

La inseguridad alimentaria a nivel del hogar es una de las cuatro causas subyacentes de la desnutrición, junto con unas prácticas de alimentación y asistenciales deficientes, un entorno familiar poco saludable y una atención de salud inadecuada.

Las normas recogidas en esta sección hacen referencia a los recursos para satisfacer las necesidades alimentarias de la población en general y de la población con mayor riesgo nutricional, como los niños y niñas menores de 5 años, las personas que viven con el VIH o el sida, las personas mayores, las personas con enfermedades crónicas y las personas con discapacidad.

Las respuestas destinadas a tratar la malnutrición tendrán efectos limitados si no se satisfacen las necesidades alimentarias de la población en general. Las personas que se recuperen de la malnutrición, pero que no puedan mantener una ingesta de alimentos adecuada volverán a empeorar.

La elección de las opciones de respuesta a crisis más efectivas y eficientes requiere un análisis profundo de las necesidades desglosadas por sexos, de las preferencias familiares, de la relación costo-eficiencia y eficacia de los riesgos para la protección y de los cambios estacionales. También deben identificar el tipo específico y la cantidad de alimento necesario, así como la forma óptima de distribuirlo.

El alimento es el principal gasto de los hogares vulnerables. La asistencia basada en el uso de dinero en efectivo puede facilitar que las personas receptoras de

asistencia gestionen mejor sus recursos totales, si bien esto depende del valor de las transferencias. La selección de las personas destinatarias, el valor de la transferencia y cualquier posible condición que se imponga sobre esta se basarán en un análisis colaborativo y en los objetivos del programa.

Las respuestas de seguridad alimentaria deben ir dirigidas progresivamente a trabajar a través de los mercados locales o a apoyarlos. Las decisiones sobre las compras locales, nacionales o regionales deben basarse en el conocimiento de los mercados, incluidos los proveedores de servicios de mercado y financieros. La programación basada en el mercado también puede apoyar a los mercados, por ejemplo con subvenciones a los comerciantes para la reconstitución de sus reservas ⊕ *véase Prestación de asistencia a través de los mercados* y el *Manual MERS*.

Seguridad alimentaria - Norma 5: Seguridad alimentaria general

Las personas reciben asistencia alimentaria que garantiza su supervivencia, mantiene su dignidad, evita que se erosionen sus activos y crea resiliencia.

Acciones clave

1. De acuerdo con los datos de la evaluación de la seguridad alimentaria, diseñar la respuesta para satisfacer las necesidades inmediatas y estudiar medidas de apoyo, protección, promoción y restauración de la seguridad alimentaria.
   - Considerar opciones en efectivo y en especie para la canasta de alimentos.
2. Desarrollar estrategias de transición y salida para todos los programas de seguridad alimentaria, lo antes posible.
   - Integrar los programas con respuestas de otros sectores.
3. Velar por que las personas que reciben asistencia tengan acceso a los conocimientos, habilidades y servicios necesarios para afrontar su situación y apoyar sus medios de vida.
4. Proteger, preservar y restaurar el medioambiente natural a fin de evitar que continúe degradándose.
   - Considerar el impacto del combustible para cocinar en el medioambiente.
   - Considerar estrategias de subsistencia que no contribuyan a la deforestación o a la erosión del suelo.
5. Hacer un seguimiento del nivel de aceptación y acceso a las intervenciones humanitarias de seguridad alimentaria llevadas a cabo por distintos grupos y personas.

6 Velar por que se consulte a las personas receptoras de asistencia alimentaria en relación con el diseño de la respuesta y que sean tratadas con respeto y dignidad.

- Establecer un mecanismo de retroalimentación.

Indicadores clave

Porcentaje de familias destinatarias con un Puntaje de consumo de alimentos aceptable

- >35%; si se suministra aceite y azúcar, > 42%.

Porcentaje de familias destinatarias con un Puntaje de diversidad dietética aceptable

- >5 grupos de alimentos principales consumidos regularmente.

Porcentaje de familias destinatarias con un Inventario de estrategias de afrontamiento aceptable

Porcentaje de personas receptoras de asistencia que tienen quejas o comentarios negativos sobre el trato que reciben en cuanto a su dignidad.

- Se hace un seguimiento regular y se responde rápidamente a todas las quejas.

Notas de orientación

Contexto: hacer un seguimiento de la situación general de seguridad alimentaria para evaluar si la respuesta sigue siendo relevante. Se ha de determinar el momento de reducir gradualmente las actividades, de introducir modificaciones o nuevos proyectos, y de detectar cualquier necesidad de incidencia.

En el medio urbano, adoptar medidas para contextualizar los indicadores de gasto en alimentos en el hogar, especialmente en asentamientos de renta baja y alta densidad de población. Por ejemplo, la Proporción del gasto en alimentos y sus umbrales establecidos pueden tener menos precisión en contextos urbanos, porque los gastos no alimentarios, como la renta y la calefacción, son relativamente más elevados.

Estrategias de salida y transición: comenzar a desarrollar estrategias de salida y transición desde el inicio del programa. Antes de cerrar un programa o realizar una transición, deberían existir pruebas de mejora o de que otro actor puede asumir la responsabilidad. En el caso de la asistencia alimentaria, esto puede implicar el conocimiento de los sistemas actuales o previstos de protección social o redes de seguridad a largo plazo.

Los programas de asistencia alimentaria pueden coordinarse con los sistemas de protección social o sentar las bases para la creación futura de un sistema de este tipo. Las organizaciones humanitarias también pueden abogar por sistemas que

hagan frente a la inseguridad alimentaria crónica, basándose en un análisis de inseguridad alimentaria crónica, cuando sea posible ⊕ *véase el Manual MERS.*

Grupos en riesgo: utilizar evaluaciones de riesgo basadas en la comunidad y otros sistemas de seguimiento participativo para contrarrestar cualquier circunstancia que pueda poner en peligro a determinados grupos o personas. Por ejemplo, el reparto de combustible o de estufas de consumo eficiente puede reducir el riesgo de agresión física y sexual a mujeres y niñas. Las transferencias de dinero en efectivo complementarias, especialmente para familias o personas en situación de vulnerabilidad, como los hogares encabezados por mujeres o menores, o los hogares donde hay personas con discapacidad, pueden reducir el riesgo de explotación sexual y trabajo infantil.

Estructuras de apoyo comunitarias: las estructuras de apoyo comunitarias deben diseñar se junto con las personas usuarias a fin de que se mantengan adecuadamente y sea más probable que permanezcan tras finalizar el programa. Considerar las necesidades de las personas en situación de vulnerabilidad durante el diseño. Por ejemplo, los niños y las niñas no acompañados o separados pueden perderse la información y el desarrollo de competencias que tiene lugar en el seno de una familia ⊕ *véase Norma Humanitaria Esencial - Compromiso 4.*

Apoyo para obtener medios de vida: ⊕ *Véase Seguridad alimentaria y nutrición - Medios de vida - Normas 7.1 and 7.2, Manual MERS* y *Manual LEGS.*

Impacto medio ambiental: las personas que viven en campamentos necesitan combustible para cocinar, lo cual puede acelerar la deforestación local. Considerar opciones como el reparto de combustible, cocinas eficientes y energía alternativa. Tener en cuenta los beneficios medio ambientales que pueden derivarse de preparar cupones más específicos para bienes y servicios sostenibles desde el punto de vista medio ambiental. Buscar oportunidades para cambiar las costumbres de alimentación y cocina previas que pudieran haber causado degradación medio ambiental y considerar las tendencias del cambio climático. Es necesario priorizar las actividades de socorro a corto plazo y la reducción del riesgo de crisis a medio y largo plazo. Por ejemplo, la reducción de los rebaños puede moderar a nivel local la presión sobre los pastos durante una sequía ⊕ *véase Alojamiento y asentamiento - Norma 7: Sostenibilidad medio ambiental.*

Acceso y aceptabilidad: es más probable que una persona quiera participar en un programa si es de fácil acceso y sus actividades son aceptables. Utilizar el diseño participativo con todas las personas de la población afectada para garantizar una cobertura general sin discriminaciones. Aunque algunas respuestas de seguridad alimentaria van dirigidas a las personas económicamente activas, las respuestas deben ser accesibles todas. Para superar las limitaciones que tienen los grupos de riesgo, trabajar activamente con ellos a fin de diseñar actividades y establecer estructuras de apoyo apropiadas.

6. Asistencia alimentaria

La asistencia alimentaria es necesaria cuando la calidad y cantidad de los alimentos disponibles o su acceso no es suficiente para prevenir una mortalidad, morbilidad o malnutrición excesiva. Incluye respuestas humanitarias que mejoran la disponibilidad y el acceso a los alimentos, los conocimientos sobre nutrición y las prácticas de alimentación. Este tipo de respuestas también deben proteger y fortalecer los medios de vida de las personas afectadas. Las opciones de respuesta pueden ser alimentos en especie, asistencia basada en el uso de dinero en efectivo, medidas de apoyo a la producción y apoyo a los mercados. Aunque la prioridad en las fases iniciales de una crisis es satisfacer las necesidades inmediatas, las respuestas deben preservar y proteger los recursos, ayudar a recuperar los recursos perdidos debido a la crisis y aumentar la resiliencia de cara a futuras amenazas.

La asistencia alimentaria también puede utilizarse para evitar que se adopten mecanismos de afrontamiento negativos, como la venta de medios de producción, la sobreexplotación o destrucción de los recursos naturales, o la acumulación de deuda.

En los programas de asistencia alimentaria pueden utilizarse muy diversas herramientas, como por ejemplo:

- las distribuciones generales de alimentos (suministro de alimentos en especie, asistencia basada en el uso de dinero en efectivo para la compra de alimentos);
- los programas integrales de alimentación suplementaria;
- los programas selectivos de alimentación suplementaria;
- los servicios e insumos pertinentes, incluida la transferencia de competencias o de conocimientos.

Las distribuciones generales de alimentos prestan apoyo a quienes más lo necesitan. Cesar cuando las personas receptoras de asistencia puedan producir u obtener alimentos por otros medios. Puede que sean necesarios mecanismos de transición, incluida la prestación condicionada de la asistencia basada en el uso de dinero en efectivo o el apoyo para obtener medios de vida.

Es posible que haya que proporcionar alimentos suplementarios adicionales a las raciones generales a las personas que necesiten nutrientes concretos. Esto incluye a los menores de entre 6 y 59 meses, a las personas mayores, a las personas con discapacidad, a las personas que viven con el VIH y a las mujeres embarazadas o lactantes. En muchas circunstancias, la alimentación suplementaria salva vidas. La alimentación sobre el terreno solo se lleva a cabo cuando las personas destinatarias carecen de medios para cocinar por sí mismas.

Esto puede ser necesario inmediatamente después de una crisis, durante movimientos de población o cuando la falta de seguridad podría poner en riesgo a las personas destinatarias de las raciones para llevar a casa. También se puede hacer en el caso de la alimentación escolar de emergencia, aunque se pueden repartir raciones para llevar a través de a casa las escuelas. Considerar que si hay menores que no asisten a la escuela no tendrán acceso a estos repartos y planificar mecanismos para llegar a ellos.

La asistencia alimentaria requiere una buena gestión de la cadena de suministro y capacidades logísticas para gestionar los productos básicos eficazmente.

Los sistemas de reparto de dinero en efectivo necesitan una gestión acertada y responsable, con un seguimiento sistemático ⊕ *véase Prestación de asistencia a través de los mercados.*

Asistencia alimentaria - Norma 6.1: Necesidades nutricionales generales

Se satisfacen las necesidades nutricionales básicas de las personas afectadas, incluidas las más vulnerables.

Acciones clave

1. Medir los niveles de acceso a alimentos en cantidad y calidad adecuada.
   - Evaluar el nivel de acceso con frecuencia para ver si es estable o puede decaer.
   - Evaluar el acceso de las personas afectadas a los mercados.
2. Diseñar la asistencia alimentaria y la asistencia basada en el uso de dinero en efectivo para satisfacer las necesidades de energía, proteína, grasa y micronutrientes previstas en la planificación inicial.
   - Planificar las raciones para compensar la diferencia entre las necesidades nutricionales y lo que las personas pueden conseguir por sí mismas.
3. Proteger, promover y apoyar el acceso de las personas afectadas a alimentos nutritivos y apoyo nutricional.
   - Velar por que los menores de entre 6 y 24 meses tengan acceso a alimentos complementarios y por que las mujeres embarazadas y lactantes tengan acceso a un apoyo nutricional adicional.
   - Velar por que las familias con personas que padezcan enfermedades crónicas, las personas que vivan con el VIH y la TB, las personas mayores y las personas con discapacidad dispongan de alimentos nutritivos apropiados y un apoyo nutricional adecuado.

Indicadores clave

Prevalencia de la malnutrición entre niños y niñas menores de 5 años desglosada por sexo y desglosada por discapacidad a partir de los 24 meses

- Utilizar el Sistema de Clasificación de la OMS (MAD, MDD-W).
- Para el desglose por discapacidad, utilizar el módulo de UNICEF y el Grupo de Washington sobre funcionamiento infantil (Module on Child Functioning).

Porcentaje de familias destinatarias con un Puntaje de consumo de alimentos aceptable

- >35%; si se suministra aceite y azúcar, >42%.

Porcentaje de familias destinatarias con un Puntaje de diversidad dietética aceptable

- >5 grupos de alimentos principales consumidos regularmente.

Porcentaje de familias seleccionadas que reciben el contenido energético mínimo necesario a través de los alimentos (2.100 kCal por persona y día) y la ingesta diaria recomendada de micronutrientes

Notas de orientación

Hacer un seguimiento del acceso a los alimentos: considerar variables como los niveles de seguridad alimentaria, el acceso a los mercados, los medios de vida, la salud o la nutrición. Esto ayudará a determinar si la situación está estable o en declive y si son necesarias las intervenciones alimentarias. Utilizar indicadores indirectos como el Puntaje de consumo de alimentos o las herramientas de diversidad dietética.

Formas de asistencia: utilizar formas de asistencia apropiadas (efectivo, cupones o en especie), o una combinación de ellas, para garantizar la seguridad alimentaria. Cuando se utilice la asistencia basada en el uso de dinero en efectivo, considerar el reparto complementario de alimentos o el reparto de alimentos suplementarios para satisfacer las necesidades de grupos concretos. Considerar si los mercados son adecuados para atender necesidades nutricionales concretas y utilizar metodologías específicas, como la herramienta de evaluación "el costo mínimo de una dieta sana".

Diseño de las raciones de alimentos y calidad nutricional: existen distintas herramientas de planificación de raciones, como por ejemplo NutVal. Para planificar raciones generales, utilícese el apéndice 6: Necesidades nutricionales. Si se diseña una ración para que aporte todo el contenido energético de la dieta, debe contener cantidades adecuadas de todos los nutrientes. Si una ración solo aporta una parte de las necesidades energéticas de la dieta, entonces debe diseñarse aplicando uno de los dos métodos siguientes:

- Si se desconoce el contenido de nutrientes del resto de alimentos de que dispone la población, se diseñar á una ración que aporte un contenido de nutrientes equilibrado proporcional al contenido energético de la ración.
- Si se conoce el contenido de nutrientes del resto de alimentos de que dispone la población, se diseñar á una ración que complemente a dichos alimentos cubriendo las carencias de nutrientes.

Se deben utilizar las siguientes estimaciones de necesidades nutricionales mínimas de una población a fin de planificar las raciones generales y adaptarlas al contexto.

- 2.100 kCal por persona y día con entre un 10% y un 12% de la energía total en forma de proteínas y un 17% en forma de grasas ⊕ *para más información, véase el apéndice 4: Necesidades nutricionales*.

Garantizar que las raciones tengan un contenido de nutrientes adecuado puede ser difícil cuando los tipos de alimentos disponibles son limitados. Considerar el acceso a la sal yodada, la niacina, la tiamina y la riboflavina. Algunas opciones para mejorar la calidad nutricional de la ración son el enriquecimiento de los productos de primera necesidad, incluidos los alimentos licuados enriquecidos y el fomento de la compra de alimentos frescos de producción local por medio de cupones. Considerar el uso de productos suplementarios, como alimentos a base de lípidos, con un alto contenido en nutrientes y listos para consumir, o combinados de micronutrientes en tableta o en polvo. Transmitir mensajes de IYCF-E para promover prácticas óptimas de lactancia materna y de alimentación complementaria ⊕ *véase Alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños - Normas 4.1 y 4.2.*

Al planificar las raciones, es necesario consultar con la comunidad a fin de tener en cuenta las preferencias locales y culturales. Si hay escasez de combustible, se elegirán alimentos que no necesiten cocinarse durante mucho tiempo. Siempre que se modifiquen las raciones, se compartir á la información con la comunidad entera lo antes posible para evitar cualquier animadversión y limitar el riesgo de violencia doméstica contra las mujeres, a quienes se podría culpabilizar por la reducción de las raciones. Comunicar con claridad el plan de salida desde el principio a fin de controlar las expectativas, reducir la ansiedad y dar a las familias la posibilidad de tomar decisiones adecuadas.

Vínculos con los programas de salud: la asistencia alimentaria puede prevenir el deterioro del estado nutricional de la población afectada, sobre todo si se combina con medidas de salud pública para prevenir enfermedades como el sarampión, la malaria o las infecciones parasitarias ⊕ *véase Sistemas de salud - Norma 1.1* y *Atención esencial de salud – Enfermedades transmisibles - Norma 2.1*

Seguimiento del uso de alimentos: los indicadores clave de asistencia alimentaria miden el acceso a los alimentos, pero no cuantifican su consumo. Tratar de obtener una medición directa de la ingesta de nutrientes no es realista. La medición indirecta es una buena alternativa, si se utiliza información de varias fuentes, como

la disponibilidad y uso de alimentos a nivel del hogar, se evaluan los precios y la disponibilidad de de los alimentos, y el combustible para cocinar en los mercados locales. Otras opciones consisten en examinar los planes y registros de distribución de la asistencia alimentaria, evaluar la posible contribución de alimentos silvestres y realizar evaluaciones de seguridad alimentaria.

Grupos en riesgo: en el momento de establecer los criterios para determinar el derecho a recibir asistencia alimentaria, consultar con distintos grupos para conocer posibles necesidades concretas que de otro modo se podrían pasar por alto. Incluir alimentos adecuados y aceptables en la ración general, por ejemplo, alimentos licuados enriquecidos para niñas y niños pequeños (de entre 6 y 59 meses). Entre los grupos concretos de población que podrían necesitar atención se incluyen las personas mayores, las personas que viven con VIH, las personas con discapacidad y las personas cuidadoras.

Las personas mayores: las enfermedades crónicas y la discapacidad, el aislamiento, el gran tamaño de la unidad familiar, el frío y la pobreza pueden reducir el acceso a los alimentos y aumentar las necesidades de nutrientes. Las personas mayores deben poder acceder fácilmente a las fuentes de alimentos y las transferencias de alimentos. Los alimentos deben ser fáciles de preparar y consumir, y satisfacer sus necesidades adicionales de proteínas y micronutrientes.

Las personas que viven con el VIH: las personas que viven con el VIH tienen un elevado riesgo de malnutrición. Esto se debe a factores como una menor ingesta de alimentos, la deficiente absorción de nutrientes, los cambios metabólicos y las infecciones y enfermedades crónicas. Las necesidades energéticas de las personas que viven con el VIH varían según la fase de la infección. 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 suplementos alimenticios enriquecidos, compuestos o especiales. En algunas circunstancias puede ser conveniente aumentar la cantidad total de la ración de alimentos. Cuando existan se debe derivar a las personas malnutridas que vivan con el VIH a los programas selectivos de alimentación.

Las personas con discapacidad, incluidas aquellas con discapacidad psicosocial, en una crisis, pueden correr un mayor riesgo de verse separadas de sus familiares inmediatos y personas cuidadoras habituales y ser, además, objeto de. discriminación. Es preciso reducir estos riesgos garantizando el acceso físico a los alimentos, el acceso a alimentos con un elevado contenido energético y ricos en nutrientes, y a mecanismos de apoyo alimentario. Esto puede incluir facilitar licuadoras manuales, cucharas y pajitas (cañitas) o establecer sistemas de visita a domicilio o divulgación. Asimismo, considerar que es menos probable que los menores con discapacidad vayan a la escuela, por lo que no accederán a los programas alimentarios organizados a través de las escuelas.

Personas cuidadoras: es importante apoyar a quienes cuidan de personas en situación de vulnerabilidad. Las personas cuidadoras y aquellas a quienes cuidan pueden enfrentarse a barreras nutricionales concretas. Por ejemplo, es posible que tengan menos tiempo para acceder a los alimentos porque estén enfermas

o atendiendo a los enfermos. Puede que tengan mayor necesidad de mantener prácticas higiénicas, que posean menos bienes que intercambiar por alimentos debido a los costos de los tratamientos o los funerales. Es posible qe sean estigmatizados socialmente y tengan menor acceso a los mecanismos comunitarios de apoyo. Utilizar las redes sociales existentes a fin de formar a miembros concretos de la población para que apoyen a las personas cuidadoras.

Asistencia alimentaria - Norma 6.2: Calidad, idoneidad y aceptabilidad de los alimentos

Los alimentos suministrados son de calidad apropiada, son aceptables y pueden utilizarse de manera eficaz y eficiente.

Acciones clave

1 Seleccionar alimentos que cumplan las normas nacionales del gobierno del país de acogida y otras normas de calidad internacionalmente aceptadas.

- Realizar pruebas en muestras aleatorias de las reservas de alimentos.
- Es necesario conocer y respetar las normas nacionales aplicables a la recepción y uso de alimentos modificados genéticamente, cuando se piense en utilizar alimentos importados.

2 Elegir envases adecuados para los alimentos.

- Proporcionar etiquetas con la fecha de producción, el país de origen, la fecha de caducidad o "consumo preferente", el análisis nutricional e instrucciones de cocinado en formatos accesibles y en el idioma local, sobre todo en el caso de los alimentos menos conocidos o menos utilizados.

3 Evaluar si se dispone de acceso a agua, combustible, cocinas e instalaciones de conservación de alimentos.

- Suministrar alimentos listos para consumir cuando la crisis impida el acceso a instalaciones para cocinar.

4 Facilitar el acceso a medios adecuados de molienda y elaboración cuando se suministren cereales en grano entero.

- Los costos de molienda de las personas beneficiarias se pueden sufragar por medio de dinero en efectivo o de cupones, o por el método menos preferido de distribuir grano adicional o equipos de molienda.

5 Transportar y almacenar alimentos en condiciones apropiadas.

- Seguir las normas de gestión de almacenes, con controles sistemáticos de calidad de los alimentos.
- Medir las cantidades en unidades coherentes y evitar cambiar de unidad y de procedimiento de medición durante el proyecto.

Indicadores clave

Porcentaje de la población afectada que dica que los alimentos que se suministran son de una calidad adecuada y se adaptan a las preferencias locales

Porcentaje de la población afectada que indica que el mecanismo de recepción de alimentos fue apropiado

Porcentaje de familias que indican haber recibido alimentos fáciles de preparar y conservar

Porcentaje de personas receptoras de asistencia que tienen quejas o comentarios negativos relacionados con la calidad de los alimentos

- Se hace un seguimiento regular y se responde rápidamente a todas las quejas.

Porcentaje de pérdidas de alimentos que el programa ha registrado

- Objetivo <0,2% del tonelaje total.

Notas de orientación

Calidad de los alimentos: los alimentos deben cumplir las normas alimentarias establecidas por el gobierno del país de acogida, así como las normas del Codex Alimentarius sobre calidad, envasado, etiquetado y adecuación a los fines previstos. Si 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, cuando la calidad de la harina no sea apta para hornear en el hogar, aunque sea apta para el consumo). Los alimentos adquiridos localmente e importados deben ir acompañados de certificados fitosanitarios u otros certificados de inspección. Los procedimientos de fumigación deben ser rigurosos y utilizar productos apropiados. La inspección de las partidas de gran tamaño debe encargarse a inspectores de calidad independientes, que se utilizarán también cuando existan dudas o controversias sobre la calidad de los alimentos.

Velar por que los gobiernos de los países de acogida se involucren lo máximo posible. Averiguar la antigüedad y la calidad de las partidas de alimentos a través de los certificados del proveedor, los informes de las inspecciones de control de calidad, las etiquetas de los envases y los informes de los almacenes. Elaborar una base de datos de los certificados de análisis expedidos por una autoridad competente para certificar la calidad y pureza de un producto.

Evaluar la disponibilidad de productos alimentarios en los mercados locales, nacionales o internacionales. Si la asistencia alimentaria se obtiene localmente, debe ser sostenible y no ejercer presión adicional sobre los recursos naturales locales ni distorsionar los mercados. Hay que tener en cuenta posibles limitaciones del suministro de alimentos en la planificación del programa.

Envases de alimentos: en los almacenes y en los puntos de distribución finales se pueden registrar pérdidas de alimentos. Estas pérdidas pueden deberse a deficiencias del envasado en el ciclo de distribución. Los envases deben ser robustos y convenientes para su manipulación, almacenamiento y distribución. Deben ser accesibles para las personas mayores, los menores y las personas con discapacidades. Si es posible, los envases deben permitir el reparto directo sin que sea necesario volver a medir o volver a envasar los alimentos. En los envases de los alimentos no deben figurar mensajes de índole política o religiosa, o que fomenten la discordia.

Los envases no deben constituir una amenaza y las organizaciones humanitarias tienen la responsabilidad de evitar que el medioambiente se llene de envases de los productos distribuidos, o comprados con efectivo o cupones. Utilizar la menor cantidad posible de envases (preferiblemente biodegradables), usar materias apropiados a nivel local y, si es posible y materiales a nivel local, fomentar la colaboración con el gobierno y los fabricantes de materiales de envasado locales. Suministrar recipientes de alimentos que se puedan reutilizar, reciclar o readaptar. Desechar los residuos de los envases de manera que se evite la degradación del medioambiente. Los envases de alimentos listos para usar, como envoltorios de papel de plata, pueden requerir controles específicos para su eliminación segura.

Cuando se genere basura, organizar campañas de limpieza periódicas en la comunidad. Estas campañas deben formar parte de los programas de movilización y concienciación de la comunidad, en lugar de ofrecer dinero en efectivo por trabajo ⊕ *véase WASH - Gestión de residuos sólidos - Normas 5.1 a 5.3.*

Elección de los alimentos: aunque el valor nutricional es la consideración principal para prestar asistencia alimentaria, los productos deben resultar familiares para las personas destinatarias. También deben ser coherentes con las tradiciones religiosas y culturales, incluidos los tabús alimentarios para las mujeres embarazadas o lactantes. Consultar la elección de los alimentos con las mujeres y las niñas, ya que en muchos contextos son ellas quienes tienen la responsabilidad principal de preparar los alimentos. Apoyar a los abuelos, a los hombres que sean el único cabeza de familia de un hogar y a los jóvenes que tengan hermanos a su cargo sin apoyo, ya que su acceso a los alimentos podría estar en riesgo.

En los contextos urbanos, es probable que las familias accedan a una mayor variedad de alimentos que en los rurales, pero la calidad de la dieta puede ser limitada y requerir un apoyo nutricional diferente.

Alimentación de lactantes: la fórmula donada o subvencionada, la leche en polvo, la leche líquida o los productos lácteos líquidos no deben ni repartir se como productos independientes en una distribución general de alimentos ni distribuir se en los programas de alimentos suplementarios para llevar ⊕ *véase Alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños - Norma 4.2.*

Cereales en grano entero: cuando sea tradicional la molienda en el hogar o se disponga de acceso a molinos locales, repartir cereales en grano entero. Los cereales en grano entero tienen mayor vida útil que sus alternativas y pueden tener mayor valor para los participantes en el programa.

Proporcionar instalaciones de molienda comercial de baja extracción que elimina los gérmenes, aceites y enzimas que causan ranciedad. La molienda comercial de baja extracción aumenta enormemente la vida útil, aunque también reduce el contenido en proteínas. La harina integral de maíz puede conservarse solamente entre seis y ocho semanas, por lo que la molienda debe realizarse poco antes del consumo. El grano molido normalmente necesita menor tiempo de cocción. La necesidad de molienda puede a veces exponer a las mujeres o niñas adolescentes a un mayor riesgo de explotación. Trabajar con las mujeres y las niñas para detectar riesgos y encontrar soluciones, como proporcionar ayudas a los molinos gestionados por mujeres.

Almacenamiento y preparación de los alimentos: la elección de la oferta de alimentos debe basarse en la capacidad de almacenamiento en el hogar. Las personas receptoras de asistencia deben saber cómo evitar los riesgos para la salud pública relacionados con la preparación de alimentos. Proporcionar cocinas de consumo eficaz o combustibles alternativos para minimizar la degradación del medioambiente.

Las zonas de almacenamiento deben estar secas y en condiciones de higiene, adecuadamente protegidas contra la meteorología y exentas de sustancias químicas y otros tipos de contaminación. Asegurar las zonas de almacenamiento contra plagas, como insectos y roedores. Cuando proceda, se recurrirá a los funcionarios del Ministerio de Sanidad para que certifiquen la calidad de los alimentos suministrados por proveedores y comerciantes.

Asistencia alimentaria - Norma 6.3: Selección de las personas destinatarias, distribución y entrega

La selección de las personas destinatarias y la distribución de la asistencia alimentaria se rigen por criterios de flexibilidad, oportunidad, transparencia y seguridad.

Acciones clave

1. Identificar y seleccionar a las personas destinatarias de la asistencia en función de sus necesidades y de las consultas con las partes interesadas apropiadas.

- Dar detalles claros y públicos de los métodos de selección, que sean aceptados tanto por las poblaciones destinatarias como por el resto, para evitar crear tensiones y perjuicios.
- Iniciar el registro formal de las familias que han de recibir alimentos en cuanto sea factible, y actualizarlo, según sea necesario.

2 Diseñar métodos de distribución de alimentos o mecanismos de entrega directa de efectivo o cupones que sean eficientes, equitativos, seguros, accesibles y eficaces.

- Consultar con hombres y mujeres, inclusive jóvenes y adolescentes, y promover la participación de grupos potencialmente vulnerables o marginados.

3 Establecer los puntos de distribución y entrega donde sean accesibles, seguros y más convenientes para las personas destinatarias.

- Minimizar los riesgos para las personas que lleguen a las distribuciones, con un seguimiento periódico de los puestos de control o de los cambios en las circunstancias que afectan a la seguridad.

4 Informar a las personas destinatarias con antelación acerca del plan y del calendario de la distribución, de la calidad y cantidad de la ración de alimentos o del dinero en efectivo o valor del cupón y de lo que está previsto que costee.

- Programar las distribuciones de manera que se respeten los horarios de traslado y trabajo de las personas, y se dé prioridad a los grupos de riesgo, según sea oportuno.
- Definir y establecer mecanismos de retroalimentación con la comunidad antes del reparto.

Indicadores clave

Porcentaje de errores de inclusión y exclusión en la selección de personas destinatarias minimizado

- Objetivo <10%.

Distancia desde las viviendas hasta los mercados o puntos finales de distribución (cuando se entreguen cupones o efectivo)

- Objetivo <5 kilómetros.

Porcentaje de las personas receptoras de asistencia (desglosado por sexo, edad y discapacidad) que indican haber tenido problemas en los centros del programa y en los traslados (de ida y de vuelta).

Número de casos de explotación sexual o abuso de poder denunciados en relación con las prácticas de distribución o entrega

Porcentaje de casos de explotación sexual o abuso de poder relacionados con las prácticas de distribución o entrega que son objeto de seguimiento

- 100%.

Porcentaje de familias seleccionadas que justifican correctamente su derecho a la asistencia alimentaria

- Objetivo: >50% de las familias seleccionadas.

Notas de orientación

Selección de las personas destinatarias: cuidar de que los métodos y herramientas de selección de las personas destinatarias se adapten al contexto. La selección no se limita a la fase inicial, sino que abarca toda la intervención. Es difícil lograr el equilibrio adecuado entre los errores de exclusión, que pueden poner vidas en peligro, y los errores de inclusión, que pueden ser perjudiciales o entrañar derroches. En crisis de evolución rápida, los errores de inclusión son más aceptables que los errores de exclusión. Las distribuciones generales de alimentos en una crisis pueden ser apropiadas cuando las familias han sufrido pérdidas similares o cuando, por falta de acceso, no es posible realizar una evaluación detallada para seleccionar a las personas destinatarias.

Los menores de entre 6 y 59 meses, las mujeres embarazadas y lactantes, las personas que viven con el VIH y otros grupos vulnerables pueden ser destinatarios de alimentos suplementarios o ser objeto de estrategias de tratamiento nutricional y prevención. En el caso de las personas que viven con el VIH, de este modo se incrementa su ingesta calórica diaria y se favorece que cumplan la terapia antirretroviral.

Los programas selectivos deben evitar cuidadosamente la estigmatización o discriminación. Por ejemplo, se puede incluir a las personas que viven con el VIH en los repartos destinados a "personas con enfermedades crónicas" y realizarlos en los centros de salud donde reciben atención y tratamiento. Las listas de personas que viven con el VIH nunca deben hacerse públicas ni facilitarse a nadie y prácticamente bajo ninguna circunstancia se debe utilizar a los líderes de la comunidad como agentes de selección de personas que viven con el VIH.

Agentes/comités de selección de las personas destinatarias: establecer contacto directo con las personas y los grupos afectados en la comunidad, evitando, en la medida de lo posible, a las personas que actúan como guardianes de la comunidad. Establecer comités de selección de las personas destinatarias que incluyan a representantes de las siguientes poblaciones:

- mujeres y niñas, hombres y niños, personas mayores y personas con discapacidades;
- comités elegidos localmente, grupos de mujeres y organizaciones humanitarias;
- ONG locales e internacionales;
- organizaciones juveniles; e
- instituciones gubernamentales locales.

Los procesos de registro: el registro puede plantear problemas en los campamentos, sobre todo cuando las personas desplazadas no tienen documentos de identificación. Las listas de las autoridades locales y las listas de familias elaboradas por la comunidad pueden ser útiles si una evaluación independiente demuestra que son exactas e imparciales. Fomentar la participación de las mujeres afectadas en el

diseño de los procesos de registro. Incluir a las personas en situación de riesgo en las listas de reparto, sobre todo si son personas con movilidad reducida.

Si no es posible el registro en las fases iniciales de una crisis, se ha de llevar a cabo en cuanto se haya estabilizado la situación. Establecer un mecanismo de retroalimentación sobre el proceso de registro que sea accesible para todas las personas afectadas, incluidas las mujeres, las niñas, las personas mayores y las personas con discapacidad. Las mujeres tienen derecho a registrarse con su propio nombre. Cuando sea posible, consultar con los hombres y con las mujeres, por separado si es necesario, quién debe presentarse físicamente a recoger la asistencia o recibir la asistencia basada en el uso de dinero en efectivo en nombre de la unidad familiar. Esta consulta debe basarse en una evaluación de riesgo.

Tener especialmente en cuenta a las familias encabezadas por una persona sola, ya sea hombre o mujer, así como a las familias encabezadas por niños, niñas y jóvenes y menores no acompañados y separados, para que puedan recoger la asistencia en nombre de sus familias en condiciones de seguridad. Establecer servicios de atención a menores junto a los puntos de distribución a fin de que las familias monoparentales y las mujeres con niños pequeños puedan recoger la asistencia sin dejar a sus hijos e hijas desatendidos/as. En contextos en que haya familias polígamas, tratar a cada esposa y a sus hijos e hijas por separado.

Distribución de raciones "secas": normalmente, en las distribuciones genereales de alimentos solo se entregan raciones secas para que las personas las cocinen en sus hogares. Las personas receptoras pueden ser titulares de una cartilla de racionamiento individual o familiar, representantes de un grupo de familias, líderes tradicionales y mujeres líderes, o líderes de un reparto selectivo basado en la comunidad. En la frecuencia de la distribución hay que tener en cuenta el peso de la ración de alimentos y los medios de que dispongan las personas destinatarias para llevársela a casa con seguridad. Puede ser necesario prestar apoyo específico a las personas mayores, a las mujeres embarazadas y lactantes, a los menores no acompañados y separados y a las personas con discapacidad para que puedan recoger y conservar los alimentos que les corresponden. Una posibilidad es pedir a otros miembros de la comunidad que les ayuden o entregarles raciones más pequeñas con más frecuencia.

Distribución de raciones "húmedas": en circunstancias excepcionales, como al principio de una crisis de evolución rápida, se pueden utilizar alimentos cocinados o listos para consumir en los repartos generales de alimentos. Estas raciones pueden ser adecuadas cuando la población está en movimiento o cuando llevarse la comida a casa pondría a las personas receptoras de la asistencia en peligro de robo, violencia, abuso o explotación. Utilizar las comidas escolares y los incentivos alimentarios para el personal docente como mecanismo de reparto.

Puntos de distribución: en el momento de establecer los puntos de distribución, considerar el terreno y tratar de ofrecer un acceso razonable a otros medios de apoyo, como agua limpia y segura, retretes, servicios de salud, zonas de sombra y cobijo, y espacios seguros para mujeres y menores. Hay que tener en cuenta

la presencia de puestos de control armados y actividad militar para minimizar posibles riesgos para civiles y ofrecer seguridad de acceso a la ayuda. Las vías de ida y vuelta a los puntos de distribución deben estar claramente marcadas, ser accesibles y ser rutas utilizadas con frecuencia por otros miembros de la comunidad. Considerar los aspectos prácticos y los costos de transporte de los productos básicos ⊕ *véase Principio de Protección 2.*

Establecer medios alternativos de reparto para llegar a las personas más alejadas del punto de distribución o a quellas con discapacidad funcional. El acceso a la distribución es una causa frecuente de ansiedad para las poblaciones marginadas y excluidas en una crisis. Establecer repartos directos para las poblaciones en entornos institucionales.

Programación de las distribuciones: programar las distribuciones en horas del día que permitan trasladarse a los puntos de reparto y volver a casa con luz naturaly evitar crear la necesidad de pasar la noche, cual entraña riesgos adicionales. Programar las distribuciones de forma que minimicen los trastornos de las actividades cotidianas. Considerar establecer colas rápidas o de prioridad para los grupos en riesgo y un mostrador atendido por un/a trabajador/a social que pueda registrar a los menores no acompañados y separados. Informar con antelación acerca del horario y del reparto por medio de una gran variedad de comunicaciones.

Seguridad durante las distribuciones de alimentos, cupones y efectivo: adoptar medidas para minimizar los riesgos para las personas que participan en la distribución. Esto incluye disponer de medios adecuados para el control de multitudes, personal capacitado para supervisar las distribuciones y miembros de la población afectada que protejan ellos mismos los puntos de reparto. Si es necesario, se pedirá ayuda a la policía local. Informar a oficiales y funcionarios policiales sobre los objetivos de las transferencias de alimentos. Planificar cuidadosamente la organización del terreno en los puntos de distribución a fin de que sea seguro y accesible para las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con dificultades funcionales. Informar a todos los equipos de reparto de alimentos sobre las conductas apropiadas que cabe esperar de ellos, incluidas las sanciones por explotación y abuso sexuales. Incluir a mujeres guardias para que supervisen la descarga, el registro y la distribución de los alimentos, aiassí como el seguimiento posterior ⊕ *véase la Norma Humanitaria Esencial - Compromiso 7.*

Proporcionar información: exponer información acerca de las raciones en un lugar destacado en los puntos de distribución, en idiomas y formatos accesibles para personas que no sepan leer o que tengan dificultades para comunicarse. Utilizar mensajes impresos, de audio, SMS y voz para informar a las personas de lo siguiente:

- el plan de raciones, especificando la cantidad y el tipo de las raciones de alimentos o el valor del dinero en efectivo o de los cupones y lo que está previsto que costeen;

- los motivos de cualquier cambio que se produzca con respecto a los planes previstos (horarios, cantidades, productos, otros);
- el plan de distribución;
- la calidad nutricional de los alimentos y, si es necesario, cualquier cuidado especial que las personas destinatarias a fin de deban realizar proteger su valor nutricional;
- los requisitos de manipulación y uso seguro de los alimentos;
- información específica sobre el uso óptimo de los alimentos para menores; y
- las opciones para obtener más información o proporcionar retroalimentación.

En el caso de la asistencia basada en el uso de dinero en efectivo, deberá incluirse el valor de la transferencia en la información de la ración. La información podría facilitarse en el punto de distribución, exponiendo la en el punto de pago o canje de los cupones, o en un folleto en la lengua local.

Cambios en los alimentos suministrados: puede que sea necesario cambiar las raciones o el valor de transferencia de la asistencia basada en el uso de dinero en efectivo por falta de disponibilidad de alimentos, falta de financiación u otras razones. En estos casos, deberán comunicarse estos cambios a las personas destinatarias a través de comités de reparto, líderes comunitarios y organizaciones representativas. Establecer un curso de acción conjunto antes de los repartos. El comité de distribución deberá informar a las personas de los cambios realizados, las razones de los mismos y la fecha y el plan previstos para volver a las raciones normales. Algunas opciones son:

- reducir las raciones para todos los destinatarios;
- entregar una ración completa a las personas en situación de vulnerabilidad y una ración reducida a la población en general o
- aplazar la distribución (como último recurso).

Seguimiento de la distribución y entrega: hacer un seguimiento periódico de los alimentos por medio de pesajes aleatorios de las raciones recogidas por las familias para determinar la precisión y equidad de la distribución. Entrevistar a las personas destinatarias y asegurarse de que la muestra de entrevistados incluya el mismo número de mujeres que de hombres, incluidos jóvenes y adolescentes, personas con discapacidades y personas mayores. Las visitas aleatorias por parte de un equipo entrevistador formado al menos por un hombre y una mujer pueden ayudar a determinar la aceptabilidad y utilidad de la ración. Por medio de estas visitas se puede averiguar si hay personas que cumplen los criterios de selección, pero no están recibiendo asistencia alimentaria. Estas visitas también pueden servir para saber si hay destinatarios que disponen de alimentos de cualquier otro origen y cómo los emplean. Además sirven para determinar casos de se hace uso de la uso de la fuerza para quedarse con sus posesiones. reclutamiento forzoso y explotación sexual o de otra índole ⊕ *véase Prestación de asistencia a través de los mercados.*

Asistencia alimentaria - Norma 6.4: Uso de los alimentos

El almacenamiento, preparación y consumo de alimentos es seguro y apropiado tanto en los hogares como en la comunidad.

Acciones clave

1. Proteger a las personas receptoras de asistencia de una manipulación o preparación inadecuadas de los alimentos.
   - Informar a las personas sobre la importancia de la higiene de los alimentos y de promover buenas prácticas de higiene en la manipulación de alimentos.
   - Cuando se suministren raciones cocinadas, formar al personal en el almacenamiento, manipulación y preparación de los alimentos en condiciones seguras y en los riesgos que pueden entrañar para la salud las prácticas inapropiadas.
2. Consultar y asesorar a las personas receptoras de asistencia sobre el almacenamiento, preparación, cocinado y consumo de alimentos.
3. Velar por que las familias puedan obtener de forma segura utensilios de cocina apropiados, combustible, cocinas de consumo eficiente, agua limpia y materiales para la higiene.
4. Velar por que las personas que no puedan preparar alimentos o alimentarse por sí mismas puedan contar con la ayuda de personas cuidadoras, cuando sea posible y apropiado.
5. Hacer un seguimiento de cómo se utilizan los recursos alimentarios en el hogar.

Indicadores clave

Número de casos denunciados de amenazas para la salud por los alimentos repartidos

Porcentaje de familias capaces de almacenar y preparar los alimentos de forma segura

Porcentaje de familias destinatarias que pueden describir tres o más mensajes informativos sobre higiene

Porcentaje de familias destinatarias que indican poder obtener utensilios de cocina apropiados, combustible, agua potable y materiales para la higiene

Notas de orientación

Higiene de los alimentos: las crisis puedan alterar las prácticas normales de higiene de las personas. Promover prácticas de higiene de los alimentos adaptadas a las condiciones locales y los patrones epidemiológicos. Insistir en la importancia de

evitar la contaminación del agua, controlar las plagas y lavarse siempre las manos antes de manipular alimentos. Informar a las personas receptoras de alimentos sobre la forma de conservarlos de forma segura en el hogar ⊕ *véase WASH - Normas de promoción de la higiene.*

Elaboración y almacenamiento de los alimentos: disponer de instalaciones de elaboración de alimentos, como los molinos para moler cereales, permite a las personas preparar los alimentos de la forma que prefieran y ahorra tiempo para otras actividades productivas. Cuando se ofrezcan alimentos perecederos, habrá que considerar instalaciones adecuadas para almacenarlos, como contenedores herméticos, neveras y frigoríficos. El calor, el frío y la humedad afectan a la conservación de los alimentos perecederos.

Las personas que pueden necesitar asistencia con la conservación, el cocinado y la alimentación son los niñas y niños pequeños, las personas mayores, las personas con discapacidad y las personas que viven con el VIH. Puede que sean necesarios programas de divulgación o apoyo adicional para las personas que tengan dificultades para suministrar alimentos a sus familiares a cargo, como en el caso de los padres y madres con discapacidad.

Seguimiento del uso de los alimentos en el hogar: las organizaciones humanitarias deben hacer un seguimiento y evaluar el uso de los alimentos en el hogar y si este es apropiado y adecuado. En el ámbito del hogar, los productos alimentarios básicos pueden ser consumidos según lo previsto o ser objeto de comercio o trueque. El objetivo del trueque puede ser obtener otros alimentos preferibles o artículos no alimentarios, o pagar por servicios, como las tasas escolares o facturas médicas. La evaluación de la distribución en el hogar también debe incluir un seguimiento del uso de los alimentos por sexo, edad y discapacidad.

Uso de dinero en efectivo y cupones: es importante controlar el riesgo de que la ansiedad determine las decisiones de compra de los hogares que reciben dinero en efectivo o cupones. Preparar a los comerciantes y a las personas receptoras de asistencia antes, durante y después del reparto. Por ejemplo, se considerará si habrá alimentos disponibles durante el mes o si sería mejor escalonar las distribuciones a lo largo del mes. Una opción es expedir cupones de pequeñas denominaciones que se puedan canjear semanalmente, si se considera oportuno. Lo mismo debería hacerse con el efectivo que pueda obtenerse a través de cajeros automáticos u otros medios de pago digitales o manuales.

7. Medios de vida

La capacidad de las personas para proteger sus medios de vida está directamente relacionada con su vulnerabilidad ante las crisis. Conocer las vulnerabilidades existentes antes, durante y después de una crisis hace más fácil prestar asistencia adecuada y determinar cómo pueden las comunidades rehabilitarse y mejorar sus medios de vida.

Las crisis pueden alterar muchos de los factores en los que confían las personas para mantener sus medios de vida. Las personas afectadas por una crisis pueden perder su empleo o verse obligadas a abandonar sus tierras o suministros de agua. También pueden ver cómo se destruyen, se contaminan o se roban sus recursos durante un conflicto o un desastre natural. Puede que los mercados dejen de funcionar.

En las fases iniciales de una crisis, la prioridad es satisfacer las necesidades básicas de supervivencia. Sin embargo, con el tiempo, la rehabilitación de los sistemas, las competencias y capacidades que sustentan los medios de vida también ayudarán a las personas a recuperarse con dignidad. Promover medios de vida entre las personas refugiadas suele entrañar dificultades muy concretas, como la concentración en campamentos o los marcos jurídicos y políticos restrictivos en los países de asilo.

Quienes producen alimentos necesitan disponer de tierras, agua, ganado, servicios de apoyo y mercados que puedan favorecer la producción. Deben contar con los medios necesarios para continuar la producción sin comprometer otros recursos, personas o sistemas ⊕ *véase el Manual LEGS.*

Es probable que los efectos de la crisis en las zonas urbanas sean distintos que en las zonas rurales. La composición y el nivel académico, así como las competencias y las discapacidades existentes en la unidad familiar determinarán hasta qué punto puede participar cada persona en diferentes actividades económicas. En general, la población más pobre de las zonas urbanas tiene estrategias de subsistencia menos diversas que la de las zonas rurales. Por ejemplo, en algunos países no tienen acceso a tierras para cultivar alimentos.

Poner en contacto a las personas que han perdido sus medios de vida con las personas que influyen en la generación de nuevas oportunidades ayudará a marcar las prioridades de una respuesta orientada a los medios de vida, que debe ser reflejo del análisis de la mano de obra, los servicios y los mercados de productos asociados. Todas las intervenciones orientadas a los medios de vida deben tener en cuenta cómo utilizar y apoyar a los mercados locales ⊕ *véase el Manual MERS.*

Medios de vida - Norma 7.1: Producción primaria

Los mecanismos de producción primaria reciben protección y apoyo.

Acciones clave

1. Dar a los agricultores acceso a insumos o medios de producción.
   - Es preferible utilizar dinero en efectivo o cupones cuando los mercados funcionen y se pueda apoyar su recuperación, a fin de dar a los agricultores flexibilidad para seleccionar los insumos, semillas y especies de pescado y ganado que prefieran.
   - Después de una crisis, solo deberán introducirse nuevas tecnologías si se han probado o adaptado en contextos similares.
2. Entregar insumos que sean aceptables a nivel local, cumplan normas de calidad aceptables y sean óptimos para la temporada.
   - Favorecer insumos ganaderos apropiados a nivel local y variedades de cultivo locales que ya se utilicen y de las que haya demanda para la temporada en ciernes.
3. Velar por que los insumos y servicios no aumenten la vulnerabilidad de las personas destinatarias o generen conflictos en la comunidad.
   - Evaluar la posible competencia por recursos naturales escasos (como la tierra o el agua), así como los posibles perjuicios para las redes sociales existentes.
4. Implicar por igual a las mujeres y hombres afectados en la planificación, decisión, ejecución y seguimiento de las respuestas de producción primaria.
5. Formar a los productores activos en los sectores agrícola, pesquero, acuícola, silvícola y ganadero en prácticas de producción y gestión sostenibles.
6. Evaluar el mercado y estimular la demanda de cultivos, hortalizas y otros productos agrarios de producción local.

Indicadores clave

Variación porcentual de la producción de la población seleccionada (alimentos o fuente de ingresos) en comparación con un año normal

Porcentaje de familias que señalan tener acceso a instalaciones de almacenamiento adecuadas para sus productos

Porcentaje de hogares seleccionados con un acceso físico a mercados funcionales mejorado gracias a las intervenciones de programas

Notas de orientación

Estrategias de producción: las estrategias de producción deben tener una posibilidad razonable de desarrollarse y tener éxito en su contexto. Esto puede depender de muchos factores, incluido el acceso a:

- suficientes recursos naturales, mano de obra, insumos agrarios y capital financiero;
- variedades de semillas de buena calidad y adaptadas a las condiciones locales; y
- animales productivos, que representan un recurso crucial para la seguridad alimentaria ⊕ *véase el Manual LEGS.*

Además, la estrategia debe tener en cuenta las habilidades de subsistencia existentes, las preferencias de la comunidad, el entorno físico y el potencial de escalabilidad.

Promover diversas actividades de subsistencia en una zona local, evitando la sobreexplotación de los recursos naturales. Los daños medio ambientales no solo incrementan el riesgo de crisis, sino que contribuyen a crear tensiones entre comunidades. Las intervenciones orientadas a los medios de vida deben promover la adaptación al cambio climático en la medida de lo posible, por ejemplo, seleccionando variedades de semillas adaptadas.

Prevenir el trabajo infantil asociado a las iniciativas sobre medios de vida. Hay que ser conscientes de los efectos indirectos que los programas orientados a los medios de vida tienen sobre los menores, como faltar a la escuela porque tienen que colaborar en el hogar mientras un progenitor está trabajando.

Energía: hay que tener en cuenta la energía que se necesita en el trabajo mecanizado, la elaboración de alimentos, la comunicación, las cadenas de frío para preservar los alimentos y los equipos de combustión eficientes.

Mejoras: considerar la introducción de variedades de cultivos mejoradas, especies de ganado o pescado, nuevas herramientas, fertilizantes o prácticas de gestión innovadoras. Reforzar la producción de alimentos partiendo del mantenimiento de los patrones anteriores a la crisis o de los vínculos con los planes nacionales de desarrollo.

Nuevas tecnologías: los productores y los consumidores locales deben entender y aceptar lo que implican las nuevas tecnologías para los sistemas de producción locales, las prácticas culturales y el medioambiente natural antes de adoptarlas. Cuando se introduzcan nuevas tecnologías, facilitar que a la comunidad realice consultas y reciba información y capacitación adecuadas. Garantizar el acceso a los grupos en riesgo de discriminación (incluidas las mujeres, las personas mayores, las minorías y las personas con discapacidad). Si es posible, se coordinará con personas expertas en medios de vida y ministerios gubernamentales. Se ha de garantizar un apoyo técnico continuado y la accesibilidad futura a la tecnología, y evaluar su viabilidad comercial.

Asistencia basada en el uso de dinero en efectivo o crédito: esta asistencia se puede prestar de cara a las ferias de semillas y ganado. Hay que entender las consecuencias que puede tener el método elegido sobre la nutrición de las personas, teniendo en cuenta si permite que produzcan alimentos ricos en nutrientes ellas mismas o si se trata de entregar efectivo para comprar alimentos. Evaluar la viabilidad de la asistencia basada en el uso de dinero en efectivo para comprar insumos de producción, teniendo en cuenta la disponibilidad de productos, el acceso a los mercados y la existencia de un mecanismo de transferencia de efectivo seguro, asequible y sensible al género ⊕ *véase el Manual MERS* y *el Manual LEGS.*

Estacionalidad y fluctuaciones de los precios: proporcionar insumos agrarios y servicios veterinarios que coincidan con las temporadas agrícolas y de cría de los animales correspondientes. Por ejemplo, se proporcionan semillas y herramientas antes de la temporada de plantación. Es necesario reducir los rebaños en tiempo de sequía antes de que se produzca una excesiva mortalidad del ganado. La repoblación ganadera debe comenzar cuando haya elevadas probabilidades de recuperación, por ejemplo, después de la siguiente temporada de lluvias. Cuando sea necesario, proporcionar asistencia alimentaria a fin de alimentos proteger las semillas y los insumos. Se debe velar por que los insumos sean sensibles a las diferentes capacidades, necesidades y riesgos de distintos grupos, incluidas las mujeres y las personas con discapacidad. Las fluctuaciones estacionales extremas de los precios afectan negativamente a los productores agrarios pobres que venden sus productos justo después de la cosecha, cuando los precios son más bajos. Estas fluctuaciones también tienen efectos negativos para personas propietarias de los rebaños que tienen que vender en tiempo de sequía. A la inversa, los consumidores que tienen ingresos disponibles limitados no se pueden permitir invertir en reservas de alimentos y se ven forzados a realizar compras pequeñas, pero frecuentes. En consecuencia, se deben compran alimentos cuando los precios son altos, por ejemplo en tiempo de sequía (para orientaciones sobre ganadería, ⊕ *véase el Manual LEGS*).

Semillas: los agricultores y las personas expertas locales en agricultura deben aprobar las variedades concretas. Las semillas deben adecuarse a la agroecología local y a las condiciones de gestión propias de los agricultores. También deben ser resistentes a enfermedades y soportar la potencial dureza de las condiciones meteorológicas provocadas por el cambio climático. Probar la calidad de las semillas originarias fuera de la región y comprobar que son apropiadas para las circunstancias locales. Facilitar el acceso de los agricultores a diversos cultivos y variedades en cualquier intervención relacionada con semillas. De este modo podrán determinar qué es lo que más conviene a su sistema agrario concreto. Por ejemplo, es posible que un agricultor que cultive maíz prefiera semillas híbridas a las variedades locales. Cumplir las políticas gubernamentales relativas a las semillas híbridas. No distribuir semillas modificadas genéticamente sin la aprobación de las autoridades locales. Si se entregan semillas modificadas genéticamente a los agricultores, estos deben ser informados. Cuando los agricultores utilicen cupones o

vayan a ferias de semillas, se les debe animar a compren las semillas a proveedores formales locales. Puede que los agricultores prefieran las variedades tradicionales, que están adaptadas al contexto local y que sin duda estarán disponibles a menor precio, de modo que obtendrán más semillas por el mismo valor de cupón.

Tensiones en la comunidad y riesgos para la seguridad: si la producción requiere un cambio en el acceso a los recursos naturales disponibles, pueden surgir tensiones entre las personas desplazadas y la población local, o en el seno de la comunidad afectada. La competencia por el agua o la tierra puede acarrear restricciones de uso. Si hay escasez de recursos naturales esenciales a largo plazo, puede que la producción primaria de alimentos no sea viable. Tampoco será viable si algunas poblaciones no tienen acceso, como las personas sin tierra. El suministro de insumos gratuitos puede también alterar el apoyo social tradicional, comprometer los mecanismos de redistribución o afectar a los operadores del sector privado. Esto puede generar tensiones y reducir el acceso futuro a los insumos ⊕ *véase el Principio de Protección 1.*

Cadena de suministro: utilizar cadenas de suministro locales verificables para obtener insumos y servicios para la producción de alimentos, como servicios veterinarios y semillas. Para apoyar al sector privado local, utilizar mecanismos como el dinero en efectivo o cupones que vinculen a los productores primarios directamente con los proveedores. A la hora de diseñar sistemas de compra locales, considerar la disponibilidad de insumos apropiados y la capacidad de los proveedores para aumentar el suministro. Se valorar el riesgo de inflación y la sostenibilidad de la calidad de los insumos. Hacer un seguimiento y mitigar los efectos negativos de las respuestas, incluidas las compras y los repartos localizados de grandes cantidades de alimentos, a precios de mercado. Considerar los efectos de las compras locales de alimentos y las importaciones sobre las economías locales. Cuando se trabaje con el sector privado, identificar y abordar las desigualdades de género y compartir los beneficios que se obtengan de forma equitativa ⊕ *véase el Manual MERS.*

Hacer un seguimiento para determinar si los productores efectivamente utilizan los insumos suministrados de la forma prevista. Revisar la calidad de los insumos en cuanto a su rendimiento, su aceptabilidad y las preferencias de los productores, y evaluar cómo ha afectado el proyecto a la disponibilidad de alimentos a nivel de los hogares. Por ejemplo, considerar la cantidad y calidad de los alimentos que se almacenan, se consumen y se utilizan para el comercio o se entregan gratuitamente. Si el proyecto tiene por objeto aumentar la producción de un determinado tipo de alimento (productos animales/pesqueros o legumbres ricas en proteína), investigar el uso doméstico de estos productos. Incluirá un análisis de los beneficios que reportan a los diferentes miembros del hogar, como las mujeres, los menores, las personas mayores y las personas con discapacidad.

Almacenamiento tras la cosecha: buena parte de la producción (estimada en un 30% de media) es inutilizable después de la cosecha debido a las pérdidas. Apoyar a las personas afectadas para minimizar las pérdidas controlando la manipulación, el almacenamiento, la elaboración, el envasado, el transporte, la comercialización y

otras actividades posteriores a la cosecha. Asesorar y ayudar a almacenar la cosecha evitando la humedad y las aflatoxinas producidas por hongos, así como ayudar a transformar sus cultivos, sobre todo los cereales.

Medios de vida - Norma 7.2: Ingresos y empleo

Los hombres y las mujeres tienen un acceso equitativo a oportunidades apropiadas de obtención de ingresos cuando la generación de ingresos y el empleo son estrategias de subsistencia viables.

Acciones clave

1 Fundamentar las decisiones relativas a las actividades generadoras de ingresos en un estudio de mercado sensible al género.

- Reducir el riesgo de desnutrición y otros riesgos de salud pública velando por que la participación en las oportunidades de obtención de ingresos no perjudique el cuidado de menores u otras responsabilidades de atención.
- Entend el precio de la mano de obra en la comunidad y el salario mínimo para trabajadores cualificados y no cualificados establecido por el gobierno.

2 Elegir las formas de pago (en especie, cupones, alimentos o una combinación de todo ello) en virtud de un análisis participativo.

- Conocer las capacidades locales, las ventajas en cuanto a seguridad y protección, las necesidades inmediatas, la equidad del acceso, los sistemas de mercado existentes y las preferencias de las personas afectadas.

3 Basar el importe del pago en el tipo de trabajo, las normas locales, los objetivos de restauración de los medios de vida y los importes aprobados prevalentes en la región.

- Estudiar medidas que actúen como redes de seguridad, como las transferencias incondicionales de efectivo y alimentos para los hogares que no puedan participar en los programas de trabajo.

4 Adoptar y mantener entornos de trabajo inclusivos y seguros.

- Hacer un seguimiento del riesgo de acoso sexual, discriminación, explotación y abuso en el lugar de trabajo y responder con rapidez a las quejas.

5 Promover la colaboración con el sector privado u otras partes interesadas a fin de crear oportunidades de empleo sostenibles.

- Proporcionar recursos de capital equitativamente para facilitar la recuperación de los medios de vida.

6 Elegir opciones de generación de ingresos sensibles al medio ambiente, siempre que sea posible.

Indicadores clave

Porcentaje de población destinataria que mejora sus ingresos netos durante un periodo definido

Porcentaje de familias con acceso a crédito

Porcentaje de población destinataria que diversifica sus actividades de generación de ingresos

Porcentaje de población destinataria que trabaja por cuenta ajena (o por cuenta propia) en actividades de subsistencia sostenibles durante un periodo de tiempo definido (de 6 a 12 meses)

Porcentaje de población afectada que tiene acceso físico o económico a mercados funcionales y a otros servicios de apoyo a los medios de vida (formales o informales)

Notas de orientación

Análisis: un análisis de la mano de obra y del mercado sensible al género es fundamental para justificar y definir actividades, promover la recuperación y la resiliencia y mantener los resultados. Conocer el reparto de roles y responsabilidades en el hogar es esencial para abordar posibles costos de oportunidad, como el cuidado de menores o de las personas mayores o el acceso a otros servicios, como la educación o la atención de salud.

Utilizar las herramientas existentes para entender los mercados y los sistemas económicos. Las respuestas de seguridad alimentaria deben basarse en el funcionamiento del mercado anterior y posterior a la crisis y en su potencial para mejorar las condiciones de vida de las personas pobres. Debatir alternativas o adaptaciones para los grupos en riesgo (como los y las jóvenes, las personas con discapacidad, las mujeres embarazadas o las personas mayores) dentro/que forman parte del grupo destinatario. Analizar sus habilidades, experiencia y capacidades, así como los riesgos potenciales y las estrategias de mitigación. Se debe explorar si los miembros de la familia suelen migrar para realizar trabajos de temporada. Es preciso entender la forma en que los diferentes grupos de la población afectada pueden ver restringido su acceso a los mercados y a las oportunidades de subsistencia, y ayudarles a que obtengan dicho acceso.

Redes de seguridad social: puede que algunos hombres y mujeres, como por ejemplo una pareja de personas mayores no puedan participar en actividades de generación de ingresos. La propia crisis puede hacer que sea imposible para otros participar en el empleo porque han cambiado sus responsabilidades o su estado de salud. Las redes de seguridad a corto plazo puede ayudar a estas personas y, crear vínculos con los sistemas nacionales de protección social ya existentes. Cuando sea necesario, se recomendarán nuevas redes de seguridad. La utilización de redes de seguridad debe apoyar una distribución equitativa de los recursos, cuidando

de que las mujeres y las niñas tengan acceso directo a los recursos, cuando sea oportuno. Al mismo tiempo, trabajar con las personas destinatarias de las redes de seguridad para encontrar maneras de que pasen a realizar actividades de generación de ingresos seguras y sostenibles. Siempre que sea posible, las respuestas basadas en el uso de dinero en efectivo deberán ir vinculadas a programas de redes de seguridad como parte de una estrategia de sostenibilidad y protección social.

Pagos: antes de implantar un programa de trabajo remunerado, realizar un estudio de mercado. Los pagos deben realizarse en efectivo o con alimentos, o con una combinación de ambas cosas y deben hacer posible que los hogares con inseguridad alimentaria satisfagan sus necesidades. Comunicar los objetivos del proyecto, las expectativas que tienen las organizaciones humanitarias respecto de los trabajadores, las condiciones en las que estarán trabajando las personas y el importe de la remuneración y el proceso de pago.

El pago debe ser un incentivo para que las personas mejoren su propia situación, en lugar de una compensación por trabajos realizados en la comunidad. Se deben considerar las necesidades de compra de las personas y el impacto que pueda tener la entrega de dinero en efectivo o alimentos con los que cubrir para generar ingresos necesidades básicas (como el colegio, los servicios de salud y las obligaciones sociales). Decidir el tipo e importe del pago en cada caso. Realizar una labor de seguimiento para velar por que todos los hombres y mujeres reciban la misma remuneración por las unidades de trabajo acordadas, y que no se discrimine a determinados grupos.

Se debe considerar el impacto de los valores de reventa en los mercados locales cuando el pago sea en especie y cuando sea una transferencia de ingresos. Las nuevas actividades de generación de ingresos deben potenciar y no sustituir a las fuentes de ingresos actuales. El pago no debe afectar negativamente a los mercados de trabajo locales, por ejemplo, causando inflación salarial, desviando la mano de obra de otras actividades o debilitando servicios públicos esenciales.

Poder adquisitivo: la entrega de dinero en efectivo puede tener efectos multiplicadores positivos para las economías locales, pero también puede provocar inflación en artículos esenciales. El reparto de alimentos también puede afectar al poder adquisitivo de las personas receptoras de asistencia. El poder adquisitivo asociado a un determinado alimento o combinación de alimentos influye en si el hogar del destinatario lo consume o lo vende. Algunos productos básicos (como el aceite) son más fáciles de vender a buen precio que otros (como los alimentos licuados). Hay que saber qué alimentos se compran y venden en el hogar en el momento de valorar el impacto general de los programas de reparto de alimentos.

Seguridad en el trabajo: utilizar procedimientos prácticos encaminados a minimizar el riesgo de salud pública o tratar lesiones, por ejemplo, facilitando formación, prendas de protección y botiquines de primeros auxlios cuando sea necesario; minimizar el riesgo de exposición a las enfermedades transmisibles y al VIH; establecer rutas seguras de acceso a los centros de trabajo, facilitando linternas a los trabajadores cuando el camino no esté bien iluminado; utilizar campanas, silbatos y

radios para advertir de amenazas; fomentar los desplazamientos en grupo y evitar realizarlos de noche; y velar por que todos los participantes conozcan los procedimientos de emergencia y puedan acceder a sistemas de alerta temprana. Se debe proteger a las mujeres y niñas por igual y actuar contra las normas discriminatorias que pueda haber en el lugar de trabajo.

Atender las obligaciones del hogar y familiares: hablar periódicamente con las personas afectadas, incluso con hombres y mujeres por separado, para conocer sus preferencias y prioridades en relación con la generación de ingresos, las oportunidades de obtener dinero en efectivo por trabajo, y otras necesidades del hogar y familiares. Analizar las cargas de trabajo y cualquier incremento de las tensiones en el hogar debido a los cambios en los roles de género tradicionales y al mayor control de las mujeres sobre los recursos.

Los programas de actividades en que se obtenga dinero en efectivo por trabajo deben tener en cuenta el estado físico y las rutinas diarias de hombres y mujeres, y ser culturalmente apropiados. Por ejemplo, deben tener en cuenta las horas del rezo y los días festivos. El horario laboral no debe imponer demandas de tiempo contradictorias poco razonables. Los programas no deben desviar los recursos del hogar de las actividades productivas actuales, ni perjudicar el acceso a otros empleos o a la educación. La participación en la generación de ingresos debe respetar la legislación nacional relativa a la edad mínima para trabajar, que no suele ser inferior a la edad de finalización de la escolarización obligatoria. Si en el programa participan personas que cuiden de menores de corta edad, recomienda disponer de instalaciones para el cuidado de menores en los centros de trabajo que cuentes con una asignación financiera apropiada.

Gestión ambiental: apoyar la participación de las personas en actividades medio ambientales como la plantación de árboles, la limpieza del campamento y la recuperación del medioambiente a través de programas de alimentos y de dinero en efectivo por trabajo. Aunque sean temporales, estas actividades aumentarán el compromiso de las personas con el entorno circundante.

Considerar la accesibilidad y seguridad del entorno de trabajo. Se ha de velar por que los desechos que haya que retirar no contengan materiales peligrosos. Los programas de dinero en efectivo por trabajo no deben implicar la limpieza de centros industriales o de gestión de residuos.

Promover la producción de materiales de construcción ambientalmente sostenibles como actividad de generación de ingresos y facilitar la correspondiente formación profesional. Fomentar e impartir formación sobre la compostación de residuos biodegradables para utilizar como fertilizantes.

Sector privado: el sector privado puede desempeñar un papel importante para facilitar la protección y recuperación de los medios de vida. En la medida de lo posible, crear asociaciones para generar oportunidades de empleo. Estas asociaciones también pueden ayudar a crear y desarrollar pequeñas y medianas empresas y microempresas. Las incubadoras de empresas y tecnológicas pueden proporcionar capital financiero y oportunidades de transferencia de conocimiento ⊕ *véase el Manual MERS.*

Apéndice 1
Listas de verificación para la evaluación de la seguridad alimentaria y de los medios de vida

Las evaluaciones de la seguridad alimentaria suelen clasificar a las personas afectadas en grupos de medios de vida, según sus fuentes y estrategias de obtención de ingresos o alimentos. También se puede dividir la población por grupos o niveles de riqueza. Es importante comparar la situación actual con los antecedentes de seguridad alimentaria previos a la crisis. Utilizar los "años normales promedio" como base de referencia. Considerar los roles y vulnerabilidades específicos de hombres y mujeres, así como sus implicaciones para la seguridad alimentaria del hogar.

Las preguntas de la siguiente lista de verificación abarcan los ámbitos generales a considerar en una evaluación de seguridad alimentaria.

Seguridad alimentaria de los grupos de medios de vida

- ¿Hay grupos en la población que compartan las mismas estrategias de subsistencia? ¿Cómo se pueden clasificar según sus principales fuentes de alimento o ingresos?

Seguridad alimentaria antes de la crisis (base de referencia)

- ¿Cómo obtenían alimento o ingresos los distintos grupos de medios de vida antes de la crisis? En un año promedio de su historia reciente, ¿cuáles eran sus fuentes de alimento e ingresos?
- ¿Qué variaciones estacionales y geográficas experimentaban estas distintas fuentes de alimento e ingresos en un año normal? Puede ser útil elaborar un calendario estacional.
- ¿Obtenían todos los grupos suficiente alimento de calidad adecuada para tener una buena nutrición?
- ¿Obtenían todos los grupos suficientes ingresos por medios no perjudiciales para satisfacer sus necesidades básicas? Considerar los alimentos, la educación, la atención de salud, el jabón y otros artículos domésticos, la ropa e insumos de producción, como semillas y herramientas (Las respuestas a las dos últimas preguntas indicarán si había problemas crónicos. Los problemas existentes pueden empeorar por una crisis. La respuesta apropiada dependerá de si el problema es crónico o agudo).
- En los cinco o diez últimos años, ¿cómo ha variado la seguridad alimentaria de un año para otro? Puede ser útil elaborar un historial o calendario de seguridad alimentaria.
- ¿Qué tipo de recursos, ahorros u otras reservas poseen los distintos grupos de medios de vida? Por ejemplos, reservas de alimentos, dinero ahorrado

en efectivo, explotaciones ganaderas, inversiones, créditos y deudas no cobradas.
- En un periodo de una semana o de un mes, ¿cuáles son los gastos del hogar? ¿Qué proporción se gasta en cada cosa?
- ¿Quién es responsable de controlar el dinero en el hogar y en qué se gasta?
- ¿Qué grado de accesibilidad tiene el mercado más cercano para obtener productos básicos? Considerar factores como la distancia, la seguridad, el grado de movilidad, la disponibilidad y la accesibilidad de información de mercado, y el transporte.
- ¿Cuál es la disponibilidad y el precio de los artículos esenciales, incluidos los alimentos?
- Antes de la crisis, ¿cuáles eran las condiciones habituales de comercio entre necesidades básicas (alimentos, insumos agrícolas, atención en salud, etc.) y fuentes esenciales de ingresos (cultivos comerciales, ganado, salarios, etc.).

Seguridad alimentaria durante la crisis

- ¿Cómo ha afectado la crisis a las distintas fuentes de alimento e ingresos de cada uno de los grupos de medios de vida identificados?
- ¿Cómo ha afectado a las habituales pautas estacionales de seguridad alimentaria de los diferentes grupos?
- ¿Cómo ha afectado al acceso a los proveedores de servicios financieros, a los mercados, a la disponibilidad del mercado y a los precios de los productos esenciales?
- Con respecto a los distintos grupos de medios de vida, ¿cuáles son las diferentes estrategias de afrontamiento de la crisis y qué porcentaje de personas participan en ellas? ¿Cómo ha cambiado esto en comparación con la situación existente antes de la crisis?
- ¿Qué grupo o población se ha visto más afectado?
- ¿Qué efectos a corto y medio plazo tienen las estrategias de afrontamiento en los recursos de las personas, financieros y de otro tipo?
- Con respecto a todos los grupos de medios de vida y a todas las personas en situación de riesgo ¿qué efectos tienen las estrategias de afrontamiento en su salud, bienestar general y dignidad? ¿Hay riesgos asociados a las estrategias de afrontamiento?

Apéndice 2
Lista de verificación para la evaluación de la seguridad de semillas

A continuación se citan algunos ejemplos de preguntas para las evaluaciones de la seguridad de semillas. En la evaluación de la seguridad de semillas deberá tenerse en cuenta la legislación nacional sobre variedades híbridas y modificadas genéticamente.

Seguridad de semillas antes de la crisis (línea de base)

- ¿Cuáles son los cultivos más importantes para los agricultores? ¿Para qué los utilizan? ¿Para el consumo, para obtener ingresos, o ambas cosas? ¿Se producen estos cultivos cada temporada? ¿Qué otros cultivos podrían ser importantes en épocas de tensión?
- ¿Cómo suelen obtener los agricultores las semillas u otros materiales de plantación de estos cultivos? Considerar todos los canales.
- ¿Cuáles son los parámetros de siembra de cada cultivo principal? ¿Cuál es la superficie media plantada? ¿Cuáles son las tasas de germinación? ¿Cuáles son las tasas de multiplicación (ratio de semilla o grano cosechado por semilla plantada)?
- ¿Existen variedades importantes o preferidas de cultivos específicos (variedades adaptadas al clima local)?
- ¿Qué insumos de producción son esenciales para determinados cultivos o variedades?
- ¿Qué miembro del hogar tiene la responsabilidad de tomar las decisiones, gestionar los cultivos y disponer de los productos de los mismos en las diferentes fases de producción y posproducción?

Seguridad de las semillas tras una crisis

- ¿Es viable una intervención relacionada con la agricultura desde el punto de vista de las personas receptoras de asistencia?
- ¿Qué cultivos se han visto más afectados por la crisis? ¿Debería centrarse la atención en ellos? ¿Por qué sí o por qué no?
- ¿Confían los agricultores en que la situación sea ya suficientemente estable y segura como para poder cultivar, cosechar y vender o consumir sus cultivos?
- ¿Tienen acceso suficiente a terrenos y otros medios de producción (estiércol, aperos, animales de tiro)?
- ¿Están preparados para volver a la agricultura?

Evaluación de la oferta y demanda de semillas: las reservas domésticas

- ¿Hay cantidades adecuadas de semillas de producción doméstica disponibles para sembrar? Esto incluye tanto las semillas de la cosecha propia de

un agricultor como las semillas que pueda obtener a través de sus redes sociales (por ejemplo, sus vecinos).
- ¿Se trata de un cultivo que los agricultores siguen queriendo plantar? ¿Está adaptado a las condiciones locales? ¿Todavía tiene demanda?
- ¿Siguen siendo las variedades que el agricultor tiene disponibles de su producción propia adecuadas para plantar la próxima temporada? ¿Se corresponde la calidad de la semilla con los niveles normales del agricultor?

Evaluación de la oferta y demanda de semillas: los mercados locales

- ¿Funcionan, en general, los mercados a pesar de la crisis (se celebran días de mercado, pueden los agricultores desplazarse, comprar y vender con libertad)?
- ¿Son los volúmenes actuales de semillas o granos disponibles comparables a los que había en condiciones normales en la misma época en temporadas anteriores?
- ¿Se encuentran en los mercados cultivos y variedades que los agricultores consideran adecuados para su producción?
- ¿Son los precios de mercado actuales de semillas o granos comparables a los precios existentes en la misma época en temporadas anteriores? ¿Existe un diferencial de precio y puede su magnitud suponer un problema para los agricultores?

Evaluación de la oferta y demanda de semillas: el sector formal

- ¿Están los cultivos y variedades que se ofrecen en el sector formal adaptados a las zonas damnificadas concretas? ¿Hay pruebas de que los agricultores vayan a utilizarlos?
- ¿Pueden las semillas disponibles en el sector formal satisfacer la demanda generada por la crisis? De no ser así, ¿qué proporción de las necesidades de los agricultores satisfarán?

Apéndice 3
Lista de verificación para la evaluación de la nutrición

A continuación se citan algunos ejemplos de preguntas para evaluaciones en las que se examinan las causas subyacentes de la desnutrición, el grado de riesgo de desnutrición y las opciones de respuesta. Estas preguntas están basadas en el marco conceptual de las causas de la desnutrición ⊕ *véase Conceptos esenciales en materia de seguridad alimentaria y nutrición : Causas de desnutrición (Figura 7)*. Es probable que la información se pueda obtener de diversas fuentes. Para obtenerla serán necesarias distintas herramientas de evaluación, incluidas las entrevistas con informantes clave, la observación y la revisión de datos secundarios.

Situación de preemergencia

¿Qué información existe ya sobre la naturaleza, escala y causas de la desnutrición entre las personas afectadas? ⊕ *Véase Seguridad alimentaria y nutrición - Evaluación - Norma 1.1.*

El riesgo actual de desnutrición

¿Cuál es el riesgo de desnutrición relacionado con la reducción del acceso a los alimentos? ⊕ *Véase el apéndice 1: Listas de verificación para la evaluación de la seguridad alimentaria y de los medios de vida.*

¿Cuál es el riesgo de desnutrición relacionado con las prácticas de alimentación y atención a lactantes y niñas y niños pequeños?

- ¿Ha habido un cambio en los patrones laborales y sociales (por factores como la migración, los desplazamientos de población o un conflicto armado) que afecte a los roles y responsabilidades en el hogar?
- ¿Ha habido un cambio en la composición normal de los hogares? ¿Hay grandes cantidades de menores separados?
- ¿Se ha alterado el entorno de atención normal (por ejemplo, por desplazamiento) de modo que se reduzca el acceso a personas cuidadoras secundarias, alimentos o agua?
- ¿Hay lactantes que no estén siendo alimentados por lactancia materna? ¿Hay lactantes que estén siendo alimentados artificialmente?
- ¿Ha habido alguna prueba o sospecha de deterioro en las prácticas de alimentación de los lactantes durante la crisis? En particular, ¿se ha producido un descenso en la iniciación a la lactancia materna o en los índices de lactancia materna exclusiva? ¿Se ha producido un incremento de los

índices de alimentación artificial o de la proporción de bebés no alimentados por lactancia?
- ¿Hay alimentos complementarios inocuos, apropiados según la edad y nutricionalmente adecuados, así como los medios accesibles para prepararlos higiénicamente?
- ¿Existe alguna prueba o sospecha de que se produzcan distribuciones generales de sucedáneos de la leche materna, como fórmula para lactantes, otros productos lácteos, biberones o tetinas, ya sean donados o comprados?
- En las comunidades pastorales, ¿han estado los rebaños alejados de los niñas y niños pequeños durante mucho tiempo? ¿Se ha producido algún cambio en el acceso a la leche con respecto a lo que era normal?
- ¿Ha afectado el VIH a las prácticas de atención en el hogar?
- ¿Se ha adaptado la ración de alimento a las necesidades de las personas mayores y de las personas con dificultades de alimentación? Evaluar su composición energética y contenido en micronutrientes. Evaluar la aceptabilidad de los productos alimentarios (sabor, masticabilidad y digestibilidad).

¿Cuál es el riesgo de desnutrición relacionado con el déficit de salud pública?

- ¿Existe algún informe de que se haya producido el brote de alguna enfermedad que pueda afectar al estado nutricional, como el sarampión o una enfermedad diarreica aguda? *¿Existe un riesgo de que puedan producirse este tipo de brotes?* ⊕ *Véase Atención esencial de salud - Enfermedades transmisibles - Norma 2.1.*
- ¿Cuál es la cobertura estimada de la vacuna contra el sarampión de las personas afectadas? ⊕ *Véase Atención esencial de salud - Salud infantil - Norma 2.2.1.*
- ¿Se administra vitamina A de forma rutinaria con la vacuna contra el sarampión? ¿Cuál es la cobertura estimada de la suplementación con vitamina A?
- ¿Hay alguna estimación de tasas de mortalidad (brutas o de niños y niñas menores de 5 años)? ¿Cuáles son las estimaciones y qué método se ha utilizado para obtenerlas? ⊕ *Véase Conceptos esenciales en materia de salud.*
- ¿Hay o va a haber un descenso notable de la temperatura ambiente que pueda afectar a la prevalencia de las infecciones respiratorias agudas o a las necesidades energéticas de las personas afectadas?
- ¿Hay una elevada prevalencia del VIH?
- ¿Hay personas ya vulnerables a la desnutrición debido a su pobreza o mala salud?
- ¿Existe hacinamiento o riesgo o alta prevalencia de tuberculosis?
- ¿Se han documentado casos de enfermedades no transmisibles, como la diabetes, la artritis, las afecciones cardiovasculares o la anemia?
- ¿Existe una elevada incidencia de la malaria?
- ¿Han estado las personas en el agua o han llevado ropa mojada o se han estado expuestas a algún otro tipo de condiciones ambientales rigurosas durante periodos prolongados de tiempo?

¿Qué estructuras locales existen actualmente, formales e informales, a través de las cuales se pueden canalizar posibles intervenciones?

- ¿Qué capacidad tienen el Ministerio de Sanidad, las organizaciones religiosas, los grupos de apoyo a la comunidad, los grupos de apoyo a la lactancia materna o las ONG con presencia en la zona desde hace mucho o poco tiempo?
- ¿Qué intervenciones nutricionales o medidas de apoyo basadas en la comunidad existían ya y estaban organizadas por personas o comunidades locales, ONG, organizaciones gubernamentales, organismos de las Naciones Unidas u organizaciones religiosas? ¿Cuáles son las políticas nutricionales (pasadas, en curso y finalizadas), las respuestas nutricionales planificadas a largo plazo y los programas que se están ejecutando o planificando en respuesta a la situación actual?

Apéndice 4
Cómo medir la malnutrición aguda

En grandes emergencias nutricionales, puede ser necesario incluir en las evaluaciones o programas nutricionales a los bebés menores de seis meses, las mujeres embarazadas y lactantes, los niños y niñas mayores, los y las adolescentes, los adultos y las personas mayores.

Lactantes menores de seis meses

Aunque la investigación relativa a este grupo de edad sigue su curso, existen evidencias limitadas para la evaluación y el tratamiento. La mayoría de las directrices recomiendan las mismas definiciones antropométricas para la malnutrición aguda en lactantes que para la que afecta a los niños y niñas mayores, de entre 6 y 59 meses (salvo por lo que respecta a la circunferencia media del brazo superior, CMB, que actualmente no está recomendada para lactantes menores de 6 meses). Los criterios de admisión se rigen por el tamaño actual en lugar de por la evaluación de crecimiento.

El cambio de las referencias de crecimiento del Centro Nacional de Estadísticas de los EE. UU. a los patrones de crecimiento de la OMS, de 2006, hace que haya más lactantes menores de 6 meses registrados como emaciados. Esto puede dar lugar a que se presenten más lactantes a los programas de alimentación, o a que las personas que los cuidan se preocupen por la idoneidad de la lactancia materna exclusiva. Es importante evaluar y considerar lo siguiente:

- El crecimiento longitudinal del lactante: ¿tiene un buen ritmo de crecimiento, aunque su cuerpo sea pequeño (puede que algunos lactantes estén "poniéndose al día" después de nacer con poco peso)?
- Las prácticas de alimentación de lactantes: ¿se alimenta exclusivamente por lactancia materna?
- El estado clínico; ¿presenta alguna complicación médica o afección que pueda tratarse o que le ponga en situación de alto riesgo?
- Factores maternos: por ejemplo, ¿carece la madre de apoyo familiar o está deprimida? La hospitalización en programas de alimentación terapéutica debe ser prioritaria para los lactantes de alto riesgo.

Menores de entre 6 y 59 meses

El cuadro siguiente presenta los parámetros de malnutrición aguda frecuentemente utilizados en menores de entre 6 y 59 meses. Se debe calcular el índice de peso por altura aplicando los patrones de crecimiento infantil de la OMS, de 2006. La puntuación Z de este índice (según las normas de la OMS) es el indicador de preferencia para documentar resultados de encuestas antropométricas. La CBM

es un criterio independiente para determinar la malnutrición aguda y es uno de los mejores factores de predicción de mortalidad. La prevalencia de una CBM baja también se utiliza para predecir los volúmenes de casos que serán objeto de programas de alimentación suplementaria y atención terapéutica. Los parámetros habitualmente utilizados son < 11,5 cm para la malnutrición aguda grave, y de 11,5 a 12,5 cm para la malnutrición aguda moderada. También se suele utilizar la CBM, con un parámetro mayor, como parte de un proceso de examen en dos fases. No debe utilizarse por sí solo en encuestas antropométricas, si bien puede utilizarse como criterio exclusivo de admisión en programas de alimentación.

	Malnutrición aguda global	**Malnutrición aguda moderada**	**Malnutrición aguda grave**
Menores de entre 6 y 59 meses	Peso x altura < puntuación Z –2 y/o CBM < 12,5 cm y/o edema nutricional	Peso x altura puntuación Z entre -3 y -2 y/o CBM 11,5-12,5 cm	Peso x altura puntuación Z < -3 y/o CBM < 11,5 cm y/o edema nutricional
Personas mayores	CBM 21 cm	CBM 18,5-21 cm	CBM 18,5 cm
Mujeres embarazadas y lactantes	CBM < 23 cm (puede ser < 210 mm en ciertos contextos)	CBM 18,5-22,9 cm	CBM < 18,5 cm
Personas adultas (incluidas las personas que viven con el VIH o la tuberculosis)	IMC < 18,5	IMC 16-18,5	IMC < 16

Menores de entre 5 y 19 años

Utilizar los patrones de crecimiento de la OMS de 2007, para determinar el estado nutricional en menores de entre 5 y 19 años. Estas curvas de datos de referencia de crecimiento se corresponden en gran medida con los patrones de crecimiento infantil de la OMS para menores de entre 6 y 59 meses y con los parámetros recomendados para adultos. Considerar el uso de la CBM en niños y niñas mayores, y adolescentes, especialmente en el contexto del VIH. Dado que esta es una materia técnica en desarrollo, es importante consultar las últimas directrices y actualizaciones técnicas.

Personas adultas (entre 20 y 59 años)

No existe una definición aceptada de malnutrición aguda en personas adultas, pero las pruebas apuntan a que el parámetro indicativo de malnutrición aguda grave podría ser un índice de masa corporal (IMC) inferior a 16 y el indicativo de malnutrición aguda moderada, inferior a 18,5. Las encuestas de malnutrición en

adultos deben tener por objeto recopilar datos de peso, altura, altura sentado y mediciones de la CBM. Estos datos pueden utilizarse para calcular el IMC. El IMC debe ajustarse en función del índice Cormic (la relación entre la altura sentado y la altura de pie) únicamente para establecer comparaciones entre poblaciones. Este ajuste puede modificar notablemente la prevalencia aparente de la desnutrición en adultos y puede tener importantes consecuencias para la programación. Siempre deben realizarse mediciones de la CBM. Si se necesitan resultados inmediatos o los recursos son muy limitados, las encuestas pueden basarse únicamente en las mediciones de la CBM.

La falta de datos de resultados funcionales validados y referencias comparativas complica la interpretación de los resultados antropométricos. Deberá utilizarse información contextual detallada para interpretarlos. Para orientaciones relativas a la evaluación, ⊕ *véanse las referencias y lecturas complementarias*.

Cuando se hagan reconocimientos médicos de admisión y baja en un programa de atención nutricional, utilizar una combinación de índices antropométricos, síntomas clínicos (especialmente debilidad y pérdida de peso reciente) y factores sociales (como, como el acceso a alimentos, la presencia de personas cuidadoras y el alojamiento). Hay que tener en cuenta que el edema en adultos puede deberse a factores distintos de la desnutrición y los médicos clínicos deberán evaluar estos casos para excluir otras causas. Cada organización humanitaria deberá decidir qué indicador utilizar para determinar si una persona tiene derecho a recibir atención, teniendo en cuenta las deficiencias conocidas del IMC, la falta de información sobre la CBM y las implicaciones de del indicador para el programa. Esta es una materia técnica en desarrollo, por lo que es importante consultar las últimas directrices y actualizaciones técnicas.

La CBM puede utilizarse como herramienta de reconocimiento de mujeres embarazadas, por ejemplo, como criterio de admisión en un programa de alimentación. Dadas sus necesidades nutricionales adicionales, las mujeres embarazadas pueden encontrarse en mayor riesgo que otros grupos de población. La CBM no cambia significativamente durante el embarazo. Una CBM inferior a 20,7 cm indica un riesgo grave y una CMB de 23 cm un riesgo moderado. Los parámetros de riesgo recomendados varían según el país, pero oscilan entre 21 y 23 centímetros. Menos de 21 centímetros puede ser un parámetro adecuado para la selección de mujeres en riesgo, en situaciones de emergencia.

Personas mayores

Actualmente no existe ninguna definición acordada de desnutrición en personas mayores, aunque este grupo puede estar en riesgo de desnutrición en una crisis. La OMS indica que los umbrales de IMC para adultos pueden ser apropiados para personas de más de 60 años. Sin embargo, la precisión de medida es problemática debido a la curvatura espinal (encorvamiento) y la compresión de las vértebras. En lugar de la altura se puede utilizar la envergadura o la semienvergadura, pero

el factor de multiplicación para calcular la altura varía según la población. Es necesaria una evaluación visual. La CBM puede ser una herramienta útil para medir la malnutrición en personas mayores, pero la determinación de los parámetros apropiados todavía es objeto de estudio.

Personas con discapacidad

Actualmente no existen directrices para la medición de las personas con discapacidad física. Esta falta de directrices suele ocasionar que se vean excluidos de las encuestas antropométricas. Es necesaria una evaluación visual. Las mediciones de la CBM pueden ser engañosas en los casos en que la musculatura del antebrazo se fortalece para ayudar a la movilidad. Hay alternativas a las medidas estándar de altura, como la longitud, la envergadura, la semienvergadura o la longitud de la pierna. Es necesario consultar los últimos estudios para determinar la forma más apropiada de medir a las personas con discapacidad para quienes no son adecuadas las mediciones estándar de peso, altura y CBM.

Apéndice 5
Medición de las deficiencias de micronutrientes y su importancia para la salud pública

Las deficiencias clínicas de micronutrientes se deben tratar con urgencia de forma individual. Los casos particulares de deficiencias clínicas de micronutrientes también suelen indicar un problema subyacente de deficiencia de micronutrientes a escala poblacional. Es importante medir y clasificar las deficiencias de micronutrientes a escala poblacional para planificar y hacer un seguimiento de las intervenciones.

Las pruebas bioquímicas son una medida objetiva de los niveles de micronutrientes. Sin embargo, la obtención de muestras biológicas para realizar estas pruebas suele presentar problemas de logística, de formación del personal, de fiabilidad de la cadena de frío y, en ocasiones, de aceptabilidad. Además, las mediciones bioquímicas no siempre son tan sensibles y específicas como es preciso. Al igual que ocurre con la malnutrición aguda, puede haber variaciones según la hora del día o la estación del año en que se obtenga la muestra. Un buen control de calidad es esencial y siempre debe tenerse en cuenta a la hora de elegir un laboratorio para realizar las pruebas.

En la determinación de los niveles de micronutrientes, hay que considerar la posibilidad de que exista una ingesta excesiva, además de una deficiencia. Esto se debe tener especialmente en cuenta cuando se utilizan productos o suplementos combinados y altamente enriquecidos para suministrar micronutrientes.

Las deficiencias de micronutrientes tienen graves consecuencias para la salud física y mental de las personas mayores, así como para su sistema inmunitario y sus capacidades funcionales.

En el cuadro siguiente se clasifica la importancia de determinadas deficiencias de micronutrientes para la salud pública por medio de distintos indicadores. Para más información sobre las pruebas bioquímicas y los umbrales de salud pública, se debe consultar la bibliografía científica más reciente o solicitar asesoramiento especializado.

Indicador de deficiencia 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	Leve	0 ≤ 1
		Moderada	1 ≤ 5
		Grave	5
Manchas de Bitot (X1B)	6–71 meses	Sin especificar	> 0,5

Indicador de deficiencia de micronutrientes	Grupo de edad recomendado para las encuestas de prevalencia	Definición de un problema de salud pública	
		Gravedad	Prevalencia (%)
Xerosis/queratitis/ queratomalacia corneal (X2, X3A, X3B)	6–71 meses	Sin especificar	> 0,01
Cicatrices corneales (XS)	6–71 meses	Sin especificar	> 0,05
Retinol en suero (≤ 0,7 µmol/l)	6–71 meses	Leve	2 ≤ 10
		Moderada	10 ≤ 20
		Grave	20
Carencia de yodo			
Bocio (visible y palpable)	Menores en edad escolar	Leve	5,0–19,9
		Moderada	20,0–29,9
		Grave	30,0
Concentración media de yodo en la orina (mg/l)	Menores en edad escolar	Ingesta excesiva	> 300
		Ingesta adecuada	100–199
		Carencia leve	50–99
		Carencia moderada	20–49
		Carencia grave	< 20
Carencia de hierro			
Anemia (Hemoglobina en mujeres no embarazadas < 12,0 g/dl; menores de entre 6 y 59 meses < 11,0 g/dl)	Mujeres, menores de entre 6 y 59 meses	Baja	5–20
		Media	20–40
		Alta	40
Beriberi			
Síntomas clínicos	Población total	Leve	1 caso y < 1%
		Moderada	1–4
		Grave	5
Ingesta en la dieta (< 0,33 mg/1.000 kCal)	Población total	Leve	5
		Moderada	5–19
		Grave	20–49
Mortalidad infantil	Lactantes de entre 2 y 5 meses	Leve	No aumentan los índices
		Moderada	Ligero pico en los índices
		Grave	Notable pico en los índices

Indicador de deficiencia de micronutrientes	Grupo de edad recomendado para las encuestas de prevalencia	Definición de un problema de salud pública	
		Gravedad	Prevalencia (%)
Pelagra			
Síntomas clínicos (dermatitis) en el grupo de edad de la encuesta	Población total o mujeres > 15 años	Leve	≥ 1 caso y < 1%
		Moderada	1–4
		Grave	5
Ingesta en la dieta de equivalentes de la niacina < 5 mg/día	Población total o mujeres > 15 años	Leve	5–19
		Moderada	20–49
		Grave	50
Escorbuto			
Síntomas clínicos	Población total	Leve	1 caso y < 1%
		Moderada	1–4
		Grave	5

Apéndice 6
Necesidades nutricionales

Utilizar el cuadro siguiente para la planificación en la fase inicial de la crisis. Los requisitos mínimos de nutrientes indicados en la tabla deben utilizarse para evaluar las raciones generales. No tienen por objeto ni valorar la idoneidad de las raciones suplementarias o terapéuticas ni determinar las raciones para grupos concretos de personas, como las que padecen tuberculosis o las que viven con el VIH.

Nutriente	Requisitos poblacionales mínimos
Energía	2.100 kCal
Proteína	53 g (10% de la energía total)
Grasa	40 g (17% de la energía total)
Vitamina A	550 µg de equivalentes de actividad del retinol (EAR)
Vitamina D	6,1 µg
Vitamina E	8,0 mg de equivalentes de alfa-tocoferol (*Eα1*)
Vitamina K	48,2 µg
Vitamina B1 (tiamina)	1,1 mg
Vitamina B2 (riboflavina)	1,1 mg
Vitamina B3 (niacina)	13,8 mg de equivalentes de la niacina (EN)
Vitamina B6 (piridoxina)	1,2 mg
Vitamina B12 (cobalamina)	2,2 µg
Folato	363 µg de equivalentes de folato en la dieta (EFD)
Pantotenato	4,6 mg
Vitamina C	41,6 mg
Hierro	32 mg
Yodo	138 µg
Zinc	12,4 mg
Cobre	1,1 mg
Selenio	27,6 µg
Calcio	989 mg
Magnesio	201 mg

Fuente: se utilizaron los datos de RNI de FAO/OMS (2004), Vitamin and Mineral Requirements in Human Nutrition, *2ª edición, para calcular todas las necesidades de vitaminas y minerales salvo el cobre. Las necesidades de cobre se tomaron de OMS (1996),* Trace Elements in Human Nutrition and Health.

Estos requisitos mínimos para el conjunto de la población incorporan las necesidades de todos los grupos de edad y de ambos sexos. Por tanto, no son específicos de ningún grupo de edad o sexo concreto y no deben utilizarse para determinar los requisitos de una persona concreta. Se basan en un perfil demográfico hipotético y en determinadas premisas de temperatura ambiente y niveles de actividad de las personas. También tienen en cuenta las necesidades adicionales de las mujeres embarazadas y lactantes.

Estos requisitos se expresan en forma de ingestas de referencia de nutrientes (RNI) para todos los nutrientes excepto la energía y el cobre.

En los sitios web de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, por sus siglas en inglés) y la OMS se pueden encontrar actualizaciones y estudios adicionales sobre macronutrientes y micronutrientes.

Se deben ajustar los requisitos energéticos poblacionales (al alza o a la baja) con respecto a lo siguiente:

- la estructura demográfica de la población, en particular el porcentaje de niños y niñas menores de cinco años, mujeres y personas mayores y adolescentes;
- el peso medio en personas adultas y peso corporal real, habitual o aconsejable;
- los niveles de actividad para mantener una vida productiva (los requisitos aumentarán si los niveles de actividad son más que "ligeros" o 1,6 x tasa del metabolismo basal);
- la temperatura ambiente media y capacidades de alojamiento y vestimenta (los requisitos aumentarán si la temperatura ambiente media es inferior a 20 °C);
- el estado nutricional y de salud de la población (las necesidades aumentarán si la población está malnutrida y tiene necesidades adicionales para recuperar su crecimiento. La prevalencia del VIH puede afectar a los requisitos del conjunto de la población. Ajustar las raciones generales para satisfacer estas necesidades, de acuerdo con un análisis del contexto y las recomendaciones internacionales vigentes).

⊕ *Véanse ACNUR, UNICEF, PMA y OMS (2002), Food and Nutrition Needs in Emergencies* y en *PMA (2001), Food and Nutrition Handbook* para consultar orientaciones sobre el cálculo de ajustes.

Si este tipo de información no se puede obtener a través de evaluaciones, se pueden utilizar las cifras del cuadro anterior como requisitos mínimos.

Para comprender la estructura demográfica desglosada por sexo, edad y otros criterios según necesidad, utilícense los datos de referencia nacionales o consúltense las perspectivas de población mundial en World Population Prospects: https://esa.un.org/unpd/wpp/

Referencias y lecturas complementarias

General

Child Protection Minimum Standards (CPMS). Global Child Protection Working Group, 2010. http://cpwg.net

Emergency Preparedness and Response Package. WFP, 2012. http://documents.wfp.org

Harvey, P. Proudlock, K. Clay, E. Riley, B. Jaspars, S. *Food Aid and Food Assistance in Emergencies and Transitional Contexts: A Review of Current Thinking.* Humanitarian Policy Group, 2010.

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, 2018. www.refworld.org

IASC Framework on Durable Solutions for Internally Displaced Persons. IASC, 2010. Lahn, G. Grafham, O. *Heat, Light and Power for Refugees: Saving Lives, Reducing Costs.* Chatham House, 2015. https://www.chathamhouse.org

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). LEGS Project, 2014. https://www.livestock-emergency.net

Minimum Economic Recovery Standards (MERS). SEEP Network, 2017. www.seepnetwork.org

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Assistance. CPWG, 2016. http://cpwg.net

Minimum Standards for Education: Preparedness, Recovery and Response. The Inter-Agency Network for Education in Emergencies [INEE], 2010. www.ineesite.org

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

Pejic, J. *The Right to Food in Situations of Armed Conflict: The Legal Framework.*

International Review of the Red Cross, 2001. https://www.icrc.org

Safe Fuel and Energy Issues: Food Security and Nutrition. Safe Fuel and Energy, 2014. www.safefuelandenergy.org

The Right to Adequate Food (Article 11: 12/05/99. E/C 12/1999/5, CESCR General Comment 12). United Nations Economic and Social Council, 1999. www.ohchr.org

The Sendai Framework for Disaster Risk Reduction. UNISDR. https://www.unisdr.org

Evaluaciones

RAM-OP: Rapid Assessment Method for Older People. www.helpage.org

SMART (Standardized Monitoring and Assessments of Relief and Transition) Guidelines and Methodology. SMART. http://smartmethodology.org

Nutrición

Castleman, T. Seumo-Fasso, E. Cogill, B. *Food and Nutrition Implications of Antiretroviral Therapy in Resource Limited Settings, Food and Nutrition Technical Assistance, technical note no. 7.* FANTA/AED, 2004.

Chastre, C. Duffield, A. Kindness, H. LeJeane, S. Taylor, A. *The Minimum Cost of Diet: Findings from piloting a new methodology in Four Study Locations.* Save the Children UK, 2007. https://resourcecentre.savethechildren.net

Codex Alimentarius. Standards, Guidelines and Advisory Texts. FAO and WHO. www.fao.org

Food and Nutritional Needs in Emergencies. WHO, UNHCR, UN Children's Fund, WFP, 2004. www.who.int

International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes. WHO, 1981. www.who.int

Tratamiento de la malnutrición aguda

Black, RE. Allen, LH. Bhutta, ZA. Caulfield, LE. de Onis, M. Ezzati, M. Mathers, C. Rivera, J. *Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. The Lancet*, vol. 371, no. 9608, 2008, pp. 243–260. https://doi.org

Metodología participatoria

Bonino, F. *What Makes Feedback Mechanisms Work.* ALNAP, 2014.

Alimentación de lactantes y niñas y niños lactantes

Child Growth Standards and the Identification of Severe Acute Malnutrition in Infants and Children. WHO, 2009.

Early Childhood Development in Emergencies: Integrated Programme Guide. UNICEF, 2014. https://www.unicef.org

Integrating Early Childhood Development Activities into Nutrition Programmes in Emergencies: Why, What and How? UNICEF & WHO Joint statement, 2010. www.who.int

Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies. IFE Core Group, 2017. https://www.ennonline.net

Niñas y niños

Growth reference for school-aged children and adolescents. WHO, 2007. www.who.int

Seguridad alimentaria

Coping Strategies Index: CSI Field Methods Manual. CARE, 2008.

Caccavale, O. Flämig, T. *Collecting Prices for Food Security Programming.* World Food Programme, 2015. http://documents.wfp.org

Coates, J. Swindale, A. Bilinsky, P. *Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS) for Measurement of Food*

Access, Indicator Guide, Version 3. FANTA, 2007.

Food Safety and Quality. FAO and WHO. www.fao.org

Food Security Cluster Urban Group Tools and Pilot Projects. Food Security Cluster. http://fscluster.org

Food Security Cluster Core Indicator Handbook. Food Security Cluster. http://fscluster.org

Humanitarian, Impact areas. Global Alliance for Clean Cookstoves, 2018. http://cleancookstoves.org

Integrated Food Security Phase Classification (IPC) 2018 – Technical Manual Version 3. IPC Global Partners, 2018.

Save Food: Global Initiative on Food Loss and Waste Reduction – Extent, Causes and Reduction. FAO and WHO. http://www.fao.org

Swindale, A. Bilinsky, P. *Household Dietary Diversity Score (HDDS) for Measurement of Household Food Access: Indicator Guide, Version 2*. FANTA, 2006.

Technical Guidance Note: Food Consumption Score Nutritional Quality Analysis (FCS-N). WFP, 2015. https://www.wfp.org

Tier ranking from the IWA interim ISO standards. Global Alliance for Clean Cookstoves. http://cleancookstoves.org

Voluntary Guidelines to Support the Progressive Realization of the Right to Adequate Food in the Context of National Food Security. Committee on World Food Security, 2005.

Asistencia alimentaria

Guide to Personal Data Protection and Privacy. WFP, 2016. https://docs.wfp.org

Integrated Prot ection and Food Assistance Programming. ECHO-DG, Final Draft. https://reliefweb.int

NutVal 2006 version 2.2: The planning, calculation, and monitoring application for food assistance programme. UNHCR, WFP, 2006. www.nutval.net

Protection in Practice: Food Assistance with Safety and Dignity. UN-WFP, 2013. https://reliefweb.int

Revolution : From Food Aid to Food Assistance – Innovations in Overcoming Hunger. WFP, 2010. https://documents.wfp.org

Seguridad de semillas

Seed System Security Assessment (SSSA). CIAT and DEV, 2012. https://seedsystem.org

Seeds in Emergencies: A Technical Handbook. FAO, 2010. www.fao.org

Mercados y asistencia basada en el uso de dinero en efectivo

CaLP CBA quality toolbox: pqtoolbox.cashlearning.org

Cash and Vouchers Manual. WFP, 2014. https://www.wfp.org

E-Transfers in Emergencies: Implementation Support Guidelines. CaLP, 2013. www.cashlearning.org

Emerging Good Practice in the Use of Fresh Food Vouchers. ACF International, 2012. www.actionagainsthunger.org

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action. IASC, 2015. www.gbvguidelines.org

Género

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action. IASC, 2015. www.gbvguidelines.org

Researching Violence Against Women: A Practical Guide for Researchers and Activists. WHO and Program for Appropriate Technology in Health (PATH), 2005. www.who.int

Personas con discapacidad

Including Children with Disabilities in Humanitarian Action, Nutrition booklet. UNICEF. http://training.unicef.org

Module on Child Functioning and Disability. UNICEF, 2018. https://data.unicef.org

Medios de vida

CLARA: Cohort Livelihoods and Risk Analysis. Women's Refugee Commission, 2016. https://www.womensrefugeecommission.org

Sustainable Livelihoods Guidance Sheets. DFID, 2000. http://www.livelihoodscentre.org

Medio ambiental

Flash Environmental Assessment Tool. UNOCHA. www.eecentre.org

Handbook on Safe Access to Firewood and Alternative Energy. WFP, 2012.

Integrated Food Security Phase Classification (IPC) 2018 – Technical Manual Version 3. IPC Global Partners, 2018.

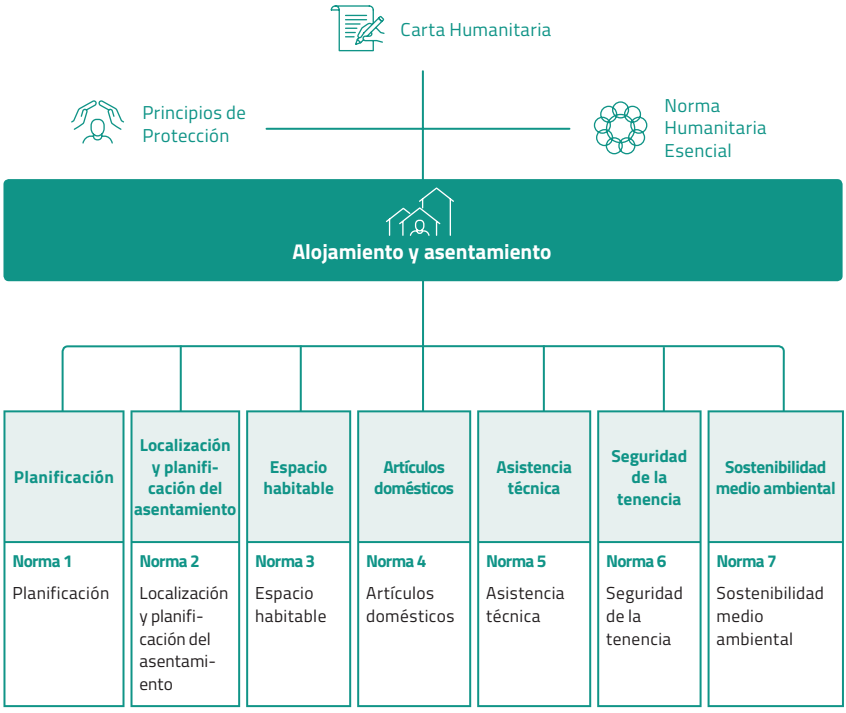
Lahn, G. Grafham, O. *Heat, Light and Power for Refugees: Saving Lives, Reducing Costs.* Chatham House, 2015. https://www.chathamhouse.org

Moving Energy Initiative. Chatham House, 2018. https://mei.chathamhouse.org

Lecturas complementarias

Para consultar sugerencias de lecturas complementarias, diríjase a www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Alojamiento y asentamiento



APÉNDICE 1 Lista de verificación para la evaluación de alojamientos y asentamientos
APÉNDICE 2 Descripción de los escenarios de asentamiento
APÉNDICE 3 Características adicionales de los escenarios de asentamiento
APÉNDICE 4 Opciones de asistencia
APÉNDICE 5 Opciones de implementación
APÉNDICE 6 Posibles opciones de asistencia e implementación relacionadas con los escenarios de asentamiento (en línea)

Índice

Conceptos esenciales en materia de alojamiento y asentamiento 268

Normas de alojamiento y asentamiento:

1. Planificación 274
2. Localización y planificación del asentamiento 278
3. Espacio habitable 284
4. Artículos domésticos 288
5. Asistencia técnica 292
6. Seguridad de la tenencia 297
7. Sostenibilidad medio ambiental 301

Apéndice 1: Lista de verificación para la evaluación de alojamientos y asentamientos 305

Apéndice 2: Descripción de los escenarios de asentamiento 310

Apéndice 3: Características adicionales de los escenarios de asentamiento 312

Apéndice 4: Opciones de asistencia 314

Apéndice 5: Opciones de implementación 317

Apéndice 6: Posibles opciones de asistencia e implementación relacionadas con los escenarios de asentamiento (en línea)

Referencias y lecturas complementarias 318

Conceptos esenciales en materia de alojamiento y asentamiento

Toda persona tiene derecho a una vivienda adecuada

Las normas mínimas de Esfera sobre alojamiento y asentamiento son una expresión práctica del derecho a una vivienda adecuada en contextos humanitarios. Estas normas están basadas en los principios, convicciones, derechos y obligaciones declarados en la Carta Humanitaria, que incluyen el derecho a vivir con dignidad, el derecho a la protección y a la seguridad, y el derecho a recibir asistencia humanitaria, según las necesidades.

Para consultar la lista de los documentos jurídicos y normativos fundamentales en los que se sustenta la Carta Humanitaria, con comentarios explicativos para el personal humanitarios, ⊕ véase el *anexo 1: Fundamentos jurídicos de Esfera*.

Los alojamientos y asentamientos están interrelacionados y tienen que considerarse conjuntamente. "Alojamiento" es el espacio habitable que tiene la unidad familiar e incluye los elementos necesarios para el desarrollo de las actividades cotidianas. "Asentamiento" es el lugar o territorio donde viven las personas y la comunidad.

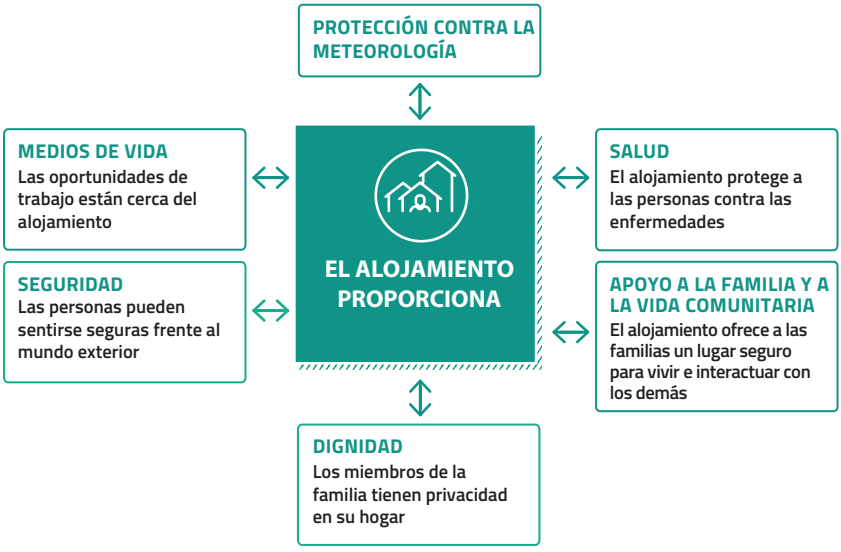
Las respuestas en materia de alojamiento y asentamiento tienen por objeto crear un entorno seguro para vivir

Prestar ayuda de alojamiento y asentamiento en el momento oportuno puede salvar vidas en las fases iniciales de una crisis. Además de ofrecer protección contra las condiciones climáticas, el alojamiento es necesario para promover la salud, apoyar la vida familiar y comunitaria y favorecer la dignidad, la seguridad y el acceso a medios de vida ⊕ *véase la figura 8 a continuación*.

El periodo medio de desplazamiento de las personas ha seguido aumentando a lo largo de los años. Dado que el desplazamiento puede durar años o incluso décadas, la localización de los alojamientos y de los terrenos de asentamiento, así como la planificación de los barrios y comunidades donde situar los alojamientos, es importante para favorecer la dignidad y la recuperación de las personas afectadas por crisis.

La asistencia en materia de alojamiento y asentamiento debería apoyar y aprovechar las fortalezas de los hogares afectados, de las comunidades, de la sociedad civil y del gobierno. De este modo será más fácil que se elaboren estrategias localizadas que fomenten la autosuficiencia y la autogestión de las personas afectadas. Para comenzar el proceso de recuperación es esencial que exista una sensación de seguridad, de comunidad y de cohesión social.

Las opciones de respuesta de alojamiento y asentamiento no se limitan a entregar recursos materiales o a construir el alojamiento. También incluyen ayudas para



Lo que proporciona el alojamiento (Figura 8)

Algunas funciones de un alojamiento de emergencia apropiado. Los programas de alojamiento deberían ayudar a las familias a satisfacer estas necesidades.

garantizar el acceso a la tierra, obtener alojamiento, vivienda o artículos domésticos. Esto incluye una labor de asistencia técnica y aseguramiento de la calidad, que puede empoderar y movilizar a la población afectada a construir nuevamente, mejor y de modo más seguro. Es esencial conocer el marco jurídico nacional en materia de tierra y propiedad inmobiliaria, así como la legislación nacional sobre personas refugiadas y los procedimientos correspondientes para determinar su estatuto.

Sea cual sea la forma de la ayuda prestada, es importante respetar siempre las estructuras comunitarias existentes y promover la cohesión social.

Cada unidad familiar y cada comunidad necesitarán diferentes niveles y tipos de ayudas. La seguridad de la tenencia y la documentación adecuada con respecto al estado civil son requisitos básicos para obtener acceso a un alojamiento seguro. Sin embargo, en situaciones de conflicto, o cuando existan problemas no resueltos que afecten a la tenencia de la tierra, puede resultar especialmente complicado prestar ayuda de alojamiento ⊕ *véase Alojamiento y asentamiento - Norma 6: Seguridad de la tenenc se debe involucrar.*

En la planificación del asentamiento, cada vez es más necesario tener en cuenta que el desplazamiento y la recuperación pueden ser a largo plazo. El desplazamiento puede poner presión sobre los recursos existentes –a menudo limitados– y dar lugar a que se generen tensiones con la comunidad de acogida. Una programación de calidad incluye conocer, prevenir y mitigar los impactos medio ambientales negativos. Si no se tienen en cuenta los aspectos medio ambientales, puede

que los programas de alojamiento y asentamiento resulten ineficientes, dado que los resultados a corto plazo pueden causar nuevos problemas que requieran inversiones adicionales ⊕ *véase Alojamiento y asentamiento - Norma 7: Sostenibilidad medio ambiental.*

Las respuestas en materia de alojamiento y asentamiento en contextos urbanos requieren conocimientos especializados

Ayudar a las personas en zonas urbanas puede ser complicado a causa de la elevada densidad demográfica, la necesidad de infraestructura, las normativas públicas y la diversidad social en la comunidad. Durante y después de una crisis resulta difícil comunicarse con personas que tienen un alto grado de movilidad, así como prestarles asistencia, sobre todo cuando se trata de encontrar espacio habitable suficiente. Si se han visto afectadas infraestructuras técnicamente complejas (como edificios de gran altura), las organizaciones humanitarias también tendrán que trabajar en contextos de tenencia o arrendamiento con múltiples propietarios, inquilinos o residentes informales.

El trabajo en contextos urbanos requiere conocimientos especializados de planificación y diseño urbano, así como de derechos, normas, leyes y políticas que regulan la vivienda, la tierra y la propiedad inmobiliaria. Es crucial conocer a la perfección los mercados inmobiliario y financiero locales. Hay que estar preparados para interactuar con la sociedad civil y con el sector privado. El sector privado puede ser importante para encontrar soluciones sostenibles basadas en el mercado. Estas respuestas deben basarse en normas y servicios locales, y evitar la creación de estructuras paralelas. Una respuesta holística a nivel de asentamiento, barrio o zona tiene más probabilidades de realizar una contribución sostenible al bienestar de las poblaciones afectadas en zonas urbanas ⊕ *véase Prestación de asistencia a través de los mercados.*

Se deben tener en cuenta diversos escenarios de asentamiento posteriores a la crisis

Dónde y cómo encuentren alojamiento las personas afectadas dependerá de que puedan quedarse en su lugar de origen o de que tengan que desplazarse. El primer paso en la planificación de opciones de asistencia de alojamiento y asentamiento es un análisis sistemático del contexto posterior a la crisis. Es importante analizar los posibles enfoques y su idoneidad para las personas desplazadas, directamente afectadas pero no desplazadas o indirectamente afectadas ⊕ *véase la figura 9 a continuación.*

Si las condiciones lo permiten, las personas pueden optar por permanecer en su lugar de origen como ocupantes-propietarios, o en alojamientos o terrenos como inquilinos u ocupantes informales. Las ayudas a las familias no desplazadas podrían incluir la reparación o reconstrucción de viviendas ya existentes.

Las poblaciones desplazadas se pueden dispersar localmente a otros lugares de su país de residencia o atravesar fronteras internacionales. En este tipo de situaciones, es probable que alquilen alojamientos, que se asienten por sus propios medios o que sean acogidas por otras personas. Algunas familias desplazadas

pueden optar por mantenerse unidas en alojamientos colectivos o en un asentamientos planificados o no planificados.

Conocer la crisis a través de estos escenarios de asentamiento será útil para planificar estrategias de asistencia (váase la figura 5 a continuación). Ello implica elegir el tipo de asistencia aplicando criterios de eficacia e idoneidad, según las categorías concretas de las poblaciones afectadas, y seleccionar la forma de prestar dicha asistencia. Se trata de contribuir a una recuperación progresiva con miras a alcanzar una solución duradera. Las normas y los apéndices que contiene este capítulo siguen esta lógica y están pensados para utilizarse de forma conjunta ⊕ *véanse el apéndice 2: Descripción de los escenarios de asentamiento* y el *apéndice 3: Características adicionales de los escenarios de asentamiento*.

Estas normas mínimas no deben aplicarse de forma aislada

Las normas mínimas recogidas en este capítulo reflejan el contenido esencial del derecho a un alojamiento adecuado y contribuyen al cumplimiento progresivo de este derecho a escala mundial.

El derecho a un alojamiento adecuado está ligado a los derechos al agua y al saneamiento, a la alimentación y a la salud. Los avances en el cumplimiento de las normas mínimas de Esfera en un sector influyen en los avances en otros ámbitos. Para que una respuesta sea eficaz, debe existir una estrecha coordinación y colaboración con otros sectores. La coordinación con las autoridades locales y otros organismos de respuesta contribuye a garantizar que se satisfagan las necesidades, que no se dupliquen esfuerzos y que se optimice la calidad de las respuestas de seguridad alimentaria y nutrición. Las referencias cruzadas a lo largo del Manual indican posibles vínculos.

Por ejemplo, los asentamientos necesitan disponer de instalaciones adecuadas de suministro de agua y saneamiento para garantizar la salud y la dignidad de la población afectada. Disponer de combustible y de los utensilios esenciales para cocinar y comer permite a las personas utilizar la asistencia alimentaria y satisfacer sus necesidades nutricionales.

Cuando las normas nacionales sean menos exigentes que las normas mínimas de Esfera, las organizaciones humanitarias deberán colaborar con el gobierno para elevar de forma progresiva el nivel de exigencia de las mismas.

El derecho internacional protege específicamente el derecho a un alojamiento adecuado

El derecho a una vivienda adecuada está protegido por el derecho internacional. Es el derecho a vivir en un lugar, en condiciones de seguridad, paz y dignidad. Este derecho comprende libertades, como el derecho a elegir la propia residencia y derechos, como la seguridad de la tenencia, y consagra los principios de protección, como la protección frente al desalojo forzoso. Los Estados están obligados a garantizar este derecho en el caso de que haya personas o grupos, como personas refugiadas o desplazadas internamente, que no puedan acceder a viviendas adecuadas, también en situaciones de crisis ⊕ *véase el anexo 1: Fundamentos jurídicos de Esfera.*

Escenarios de asentamiento posteriores a la crisis (Figura 9)

El concepto de "adecuación" implica que la vivienda es algo más que cuatro paredes y un techo. Subraya la importancia de incorporar una perspectiva de asentamiento, la identidad cultural y la disponibilidad de servicios en una respuesta relacionada con el alojamiento. Una vivienda y cualquier otra forma de alojamiento "adecuado" debe ofrecer seguridad de tenencia y ser:

- asequible, de modo que la unidad familiar pueda conseguir otros bienes y servicios esenciales para vivir con dignidad;
- habitable, que ofrezca seguridad física, un espacio protegido y adecuado, acceso a agua potable segura, instalaciones adecuadas de agua, saneamiento e higiene (WASH) y medios de preparación y conservación de alimentos;
- culturalmente aceptables;
- accesible y utilizable, también para las personas con movilidad reducida; y
- localizada de modo que se facilite el acceso a oportunidades de medios de vida y servicios comunitarios esenciales.

Vínculos con los Principios de Protección y la Norma Humanitaria Esencial

Una crisis puede agravar las desigualdades ya existentes. Por consiguiente, es importante ofrecer asistencia imparcial y sensible al contexto, en particular a las personas que tienen menos capacidad de recuperarse de una crisis por sí mismas ⊕ *véase el Principio de Protección 2*.

Algunas personas pueden tener dificultades para acceder a la asistencia en materia de alojamiento y asentamiento, debido a la presencia de barreras físicas, culturales, económicas y sociales. Para entender y responder a estas barreras, hay que prestar atención a lo siguiente:

- **El estatuto jurídico de cada persona** (por ejemplo, refugiada, desplazada internamente, apátrida, migrante, solicitante de asilo, sin hogar, sin tierra y otras personas privadas de libertades civiles y de acceso a servicios públicos o redes de seguridad social); y
- **Personas que se enfrentan a riesgos de protección concretos** y **grupos en riesgo de discriminación y exclusión social** por razón de:
  - su etnia, nacionalidad, casta, grupo indígena o afiliación política o religiosa;
  - su situación de tenencia, o estatus de desplazamiento, de inquilino o de residente informal
  - la localización de viviendas que sean de difícil acceso, que se encuentren en zonas peligrosas, zonas inseguras, asentamientos urbanos o asentamientos informales, y
  - su vulnerabilidad y condición social ⊕ *véase ¿Qué es Esfera?* y *Principios de Protección*.

Las personas involucradas en la acción humanitaria deben recibir formación en protección de la infancia y saber cómo utilizar los sistemas de derivación en presuntos casos de violencia, abuso o explotación, inclusive los relacionados con menores.

En la aplicación de las normas mínimas, deberían respetarse los nueve compromisos de la Norma Humanitaria Esencial como base de la ejecución de programas WASH responsables.

1. Planificación

La planificación es crucial para que las respuestas tengan resultados óptimos a nivel regional, nacional, de organización o de comunidad. Conocer bien el contexto anterior y posterior a la crisis permite evaluar los efectos directos e indirectos de la crisis sobre las condiciones de vida de las personas y las posibles consecuencias sociales, económicas y políticas. Determinar las necesidades y posteriormente diseñar opciones de respuesta apropiadas es la base de una respuesta de alojamiento y asentamiento bien planificada y coordinada.

Alojamiento y asentamiento - Norma 1: Planificación

Las intervenciones en materia de alojamiento y asentamiento se planifican y se coordinan adecuadamente con el fin de contribuir a la seguridad y al bienestar de las personas afectadas y promover su recuperación.

Acciones clave

1. Trabajar con la población afectada y con las autoridades nacionales y locales para evaluar las necesidades y capacidades de alojamiento y asentamiento.
   - Evaluar los cambios desde el contexto anterior a la crisis, determinar las necesidades y capacidades inmediatas para las poblaciones desplazadas y no desplazadas, y considerar las necesidades específicas de los grupos en riesgo.
   - Determinar la disponibilidad de tierras, edificios, apartamentos y habitaciones en condiciones de habitabilidad u ocupación en el mercado local de alquiler de vivienda y tierras.
2. Trabajar con las partes interesadas para determinar las opciones de asistencia más eficaces y apropiadas, y cómo llevarlas a cabo.
3. Elaborar un plan de alojamiento y asentamiento en coordinación con las autoridades pertinentes y las comunidades afectadas.
   - Ofrecer asistencia adaptada a las necesidades y preferencias de las poblaciones afectadas y de las autoridades.
   - Optimizar la eficiencia en función del costo, la calidad técnica, la rapidez y los tiempos, la escala de implementación y la reproducibilidad.

Indicadores clave

El plan de alojamiento y asentamiento contempla las necesidades esenciales de la población destinataria y se acuerda con la población y las autoridades pertinentes.

Porcentaje de personas afectadas que indican que la asistencia al alojamiento y asentamiento refleja sus necesidades y prioridades, y contribuye a lograr una solución más duradera.

Notas de orientación

Evaluación: durante la evaluación, revisar los cambios que se hayan producido en las condiciones de alojamiento y asentamiento después de la crisis e incluir, desde el principio, los posibles riesgos de protección, como las percepciones de la comunidad de acogida, los riesgos relacionados con el acceso al asentamiento y al acceso seguro a los servicios básicos o los riesgos de expulsión.

Considerar el impacto directo e indirecto de la crisis sobre las condiciones de vida de las personas, incluidas las consecuencias sociales, económicas y políticas.

La crisis afecta a las personas de distintas maneras, por lo que diferentes personas tendrán diferentes necesidades de alojamiento y asentamiento. Trabajar con grupos que puedan encontrar obstáculos concretos para obtener alojamiento, como las personas con discapacidad, las hogares encabezados por mujeres, las personas mayores o las minorías étnicas y lingüísticas ⊕ *véanse el apéndice 1: Lista de verificación para la evaluación de alojamiento y asentamiento*, el *Principio de Protección 2* y la *Norma Humanitaria Esencial, Compromiso 4.*

Opciones de asistencia e implementación: seleccionar las opciones más efectivas en función del contexto, la capacidad, los recursos disponibles, el escenario de asentamiento y la fase de la respuesta. Otros factores a considerar son la localización, el tipo de vivienda (incluidas las técnicas de construcción locales), la tenencia, las condiciones del mercado y el marco jurídico. Dar prioridad a las ayudas para que las personas regresen a su vivienda original (o al emplazamiento de esta), siempre que sea posible. Ayudar a las personas que no puedan o no quieran regresar a sus viviendas originales para que puedan elegir opciones adaptadas a sus necesidades ⊕ *véanse los apéndices 2 a 6.*

Definir un calendario para satisfacer las necesidades inmediatas, teniendo en cuenta la eficiencia, la calidad técnica, la escala de implementación, las capacidades sobre el terreno y la reproducibilidad. Explorar opciones para que las comunidades adquieran mayor capacidad de recuperación y resiliencia a futuras crisis a largo plazo.

Considerar diferentes maneras de proporcionar las opciones elegidas, incluida una combinación de:

- apoyo financiero;
- asistencia material en especie;
- contratación de obras/trabajos por encargo;
- asistencia técnica/apoyo al aseguramiento de la calidad; y
- desarrollo de capacidades.

Se debe revisar y ajustar la combinación de opciones con el tiempo a medida que cambie la situación.

Personas desplazadas: además de tener necesidades de alojamiento inmediatas, las personas desplazadas también necesitan apoyo concreto para tomar decisiones informadas sobre las soluciones de alojamiento que tienen a su disposición. Este apoyo puede incluir, por ejemplo, información para decidir si volver a casa y cuándo o cómo integrarse en el lugar al que se han visto desplazadas, o para determinar si les conviene asentarse en un tercer lugar.

Las familias no desplazadas necesitarán apoyo para retomar sus condiciones de vida originales y deberían recibir asistencia de alojamiento apropiada. Si la reconstrucción va a tardar mucho tiempo o si las personas no están seguras, explorar opciones temporales como la asistencia por medio de familias de acogida, los subsidios al alquiler o un alojamiento temporal o de transición. Si la crisis ha cambiado las condiciones de seguridad en el entorno, puede que sea necesaria una reubicación.

Las comunidades de acogida también experimentan las consecuencias de una crisis, ya que comparten su espacio público y privado. Esto incluye compartir servicios como centros de salud o escuelas, o actuar como familia de acogida. Puede que exista o se perciba competencia con las personas desplazadas por los puestos de trabajo, los servicios, las infraestructuras y los recursos. Las soluciones tienen que contemplar ayudas equitativas y bien destinadas, que no generen riesgos o amenazas adicionales en la comunidad ⊕ *véase el Principio de Protección 1.*

Análisis de mercado: conocer los mercados locales, nacionales y regionales es crucial para ofrecer una respuesta de alojamiento de buena calidad. Facilita la toma de decisiones sobre las opciones de alojamiento y aporta además información sobre alquileres y otros servicios relacionados con el asentamiento ⊕ *véanse Prestación de asistencia a través de los mercados*, el *Manual MISMA* y el *Manual MERS.*

Retirada de escombros: iniciar la gestión de los escombros inmediatamente después de la crisis. Los escombros pueden ser reutilizados, reciclados o identificados con fines de separación, recogida y/o tratamiento. Estas actividades pueden ofrecer oportunidades para impulsar programas de trabajo a cambio de dinero en efectivo. Entre los principales problemas a considerar se incluyen: la presencia de cuerpos humanos, las construcciones estructuralmente peligrosas y los materiales peligrosos. La retirada de escombros pueden requerir la participación de expertos y equipos especializados, por lo que esta labor debe planificarse con especialistas de otros sectores ⊕ *véase Alojamiento y asentamiento - Norma 7: Sostenibilidad medio ambiental*, *Normas de salud* y *Normas WASH*.

Oportunidades de subsistencia: los medios de vida que tenían las personas antes de la crisis y las oportunidades después de la crisis son importantes para determinar las opciones de asentamiento. La disponibilidad de tierras, el acceso seguro para realizar labores de cultivo y pastoreo y el acceso a otras oportunidades de empleo

pueden afectar dónde las personas deciden vivir, incluso temporalmente ⊕ *véanse Seguridad alimentaria y nutrición - Medios de Vida - Normas 7.1 y 7.2, el Manual LEGS* y el *Manual MERS*.

Retorno: el retorno a sus propias tierras y viviendas es un objetivo importante para la mayoría de las personas afectadas por una crisis. Las personas afectadas deberían poder determinar la necesidad de reparar sus viviendas o mejorar sus alojamientos. El retorno puede favorecer las estrategias de afrontamiento comunitarias y el mantenimiento de patrones de asentamiento e infraestructuras. La reparación o reconstrucción de infraestructuras comunitarias, como colegios, sistemas de aprovisionamiento de agua, clínicas o mercados, también es importante para que las personas desplazadas puedan regresar. Algunas circunstancias pueden impedir o retrasar el retorno, como los problemas de seguridad, la ocupación de inmuebles o tierras por parte de las fuerzas armadas, la continuidad de un conflicto violento, las tensiones étnicas o religiosas, el temor a la persecución o la presencia de minas terrestres y municiones sin detonar. Una legislación inadecuada o discriminatoria de la tierra y la propiedad inmobiliaria, o las prácticas tradicionales, pueden impedir el retorno de las hogares encabezados por mujeres, de las personas que hayan quedado viudas o huérfanas a causa de la crisis o de las personas con discapacidad. También puede que la falta de capacidad para realizar actividades de reconstrucción sea un factor de disuasión o un impedimento para el retorno de las poblaciones desplazadas.

2. Localización y planificación del asentamiento

La localización y planificación del asentamiento debería promover la disponibilidad de espacios habitables seguros, aceptables y accesibles y con acceso a servicios básicos, medios de vida y oportunidades para conectarse a una red más amplia.

Alojamiento y asentamiento - Norma 2: Localización y planificación del asentamiento

Los alojamientos y asentamientos se localizan en zonas seguras, que ofrecen espacio adecuado y acceso a servicios esenciales y medios de vida.

Acciones clave

1. Trabajar en el marco de los procesos y normas de planificación existentes, y acordar las condiciones con las comunidades de acogida y las autoridades pertinentes.
   - Localizar los nuevos asentamientos a una distancia segura de amenazas reales o potenciales y minimizar los riesgos derivados de peligros existentes.
   - Considerar el tiempo de vida previsto del asentamiento a fin de determinar qué servicios esenciales puede ser necesario ampliar o desarrollar.
2. Involucrar a diversas partes interesadas, incluidos grupos de la población afectada, en la selección del terreno y la planificación del asentamiento.
   - Determinar qué factores podrían afectar a la localización o distribución en el terreno y considerar el sexo, la edad, la discapacidad, la identidad étnica o lingüística, y las funciones y responsabilidades asignadas a cada género.
   - En contextos urbanos, trabajar con un enfoque geográficamente definido y basado en zonas para comprender mejor las dinámicas de la comunidad.
3. Velar por que la población afectada tenga acceso a servicios e instalaciones esenciales, inclusive oportunidades para desarrollar sus medios de vida.
   - Trabajar con otros sectores para determinar distancias aceptables y organizar traslados seguros (o transportes) hasta los servicios e instalaciones esenciales.
   - Es preciso coordinar con los proveedores de servicios para priorizar y ofrecer servicios esenciales y oportunidades de medios de vida, cuando todavía no existan.

4 Planificar el uso del suelo para que haya espacio suficiente para todas las funciones, accesibilidad a todos los alojamientos y servicios, y medidas adecuadas de seguridad en todo el asentamiento.

- Incluir la planificación de recursos comunes como las instalaciones de agua y saneamiento, instalaciones comunitarias para cocinar, espacios acogedores para la infancia, zonas de reunión, áreas para necesidades religiosas y puntos de reparto de alimentos.
- Velar por que la localización de los servicios esenciales en los asentamientos respete los requisitos de seguridad, protección y dignidad.

5 Incluir la planificación de los drenajes de aguas pluviales o aguas de crecida en la elección del terreno y el desarrollo del asentamiento.

- Establecer medios de drenaje adecuados para que no haya agua estancada en las zonas de viviendas y servicios, y no se obstruyan los desagües pluviales.
- Anticipar y controlar las zonas de reproducción de vectores de enfermedades.

Indicadores clave

Porcentaje de alojamientos o asentamientos situados en zonas donde no hay, o sean mínimas, las amenazas, riesgos y peligros conocidos, ya sean de origen natural o causados por el ser humano.

Porcentaje de alojamientos o asentamientos desde los que se pueda acceder a servicios esenciales en condiciones de seguridad y en un periodo de tiempo o distancia aceptable.

Porcentaje de personas que reciben asistencia en materia de asentamiento que se sienten seguras respecto a la localización de su alojamiento o del asentamiento mismo

Porcentaje de asentamientos con superficie útil suficiente para realizar actividades privadas y públicas al aire libre apropiadas al contexto

- 45 metros cuadrados por persona en asentamientos de tipo campamento, incluidas las parcelas familiares;
- 30 metros cuadrados por persona, incluidas las parcelas familiares, donde los servicios comunitarios pueden ser prestados fuera de la zona del asentamiento;
- la proporción mínima entre el espacio habitable cubierto y el tamaño de la parcela es 1:2; pasar lo antes posible a 1:3 o más.

Notas de orientación

Procesos y principios de planificación: los gobiernos o autoridades locales suelen introducir nuevas políticas relativas a las zonas de construcción prohibida, las

zonas seguras o las zonas de amortiguamiento después de una crisis. Se debe abogar por una planificación con conocimiento de los riesgos y las opciones de asistencia apropiadas. Que en una zona esté prohibido construir no implica que esté prohibido prestar asistencia, por lo que esto no debería retrasar las respuestas en materia de alojamiento o asentamiento.

Es preciso comprender el estado de propiedad de cualquier tierra o inmueble ⊕ *véase Alojamiento y asentamiento - Norma 6: Seguridad de la tenenc se debe involucrar.*

Movilizar a las personas afectadas en el cálculo y la organización del espacio, a fin de apoyar las prácticas sociales y culturales existentes, así como involucrar a las mujeres y otros grupos de riesgo en el diseño y la ejecución de la planificación de alojamientos y asentamientos.

Servicios e instalaciones esenciales: Las personas que regresan a sus hogares originales y aquellas que viven en lugares o asentamientos de forma temporal necesitan tener acceso seguro y equitativo a servicios e instalaciones esenciales, como por ejemplo:

- instalaciones WASH ⊕ *véase WASH - Normas de suministro de agua*;
- soluciones de alumbrado de la comunidad y de los hogares;
- medios de almacenamiento y preparación de alimentos (como cocinas y combustible) ⊕ *véanse Seguridad alimentaria y nutrición - Evaluación - Norma 1.1* y *Asistencia alimentaria - Norma 6.4*;
- instalaciones de salud ⊕ *véase Sistemas de salud - Norma 1.1: Prestación de servicios de salud;*
- eliminación de residuos sólidos ⊕ *véase WASH - Normas de gestión de residuos sólidos*;
- escuelas ⊕ *véase el Manual INEE*;
- instalaciones sociales como lugares de culto, puntos de reunión y áreas de recreo;
- espacio para entierros culturalmente apropiados y rituales asociados, y
- espacio para acomodar el ganado (adecuadamente separado de los espacios residenciales) ⊕ *véase el Manual LEGS.*

Planificación de sitios para asentamientos temporales: la distribución del terreno debe realizarse con arreglo a principios de ordenación urbana, con componentes de conexión como puntos de acceso, intersecciones y espacios públicos. Estos componentes, dispuestos en función de factores físicos, sociales, medio ambientales y económicos, conforman el plan espacial del nuevo asentamiento. La planificación del asentamiento debe favorecer las redes sociales existentes, ofrecer oportunidades para que se formen nuevas redes, contribuir a la seguridad y facilitar la autogestión de las personas afectadas.

Mantener la privacidad y dignidad de cada hogar en el momento de distribuir las parcelas en los asentamientos temporales. Cada alojamiento familiar debería tener salida a un espacio común o zona resguardada, en lugar de hacia la entrada

de otro alojamiento. Crear zonas de vivienda seguras para todos los grupos potencialmente vulnerables, pero evitar su agrupamiento porque ello puede aumentar su vulnerabilidad. Agrupar a las familias, familias extensas y grupos provenientes de un contexto similar a fin de mantener los vínculos sociales. Considerar las necesidades, preferencias y hábitos de distintos grupos según la edad, el sexo y la discapacidad.

Superficie de asentamientos planificados o espontáneos: en los asentamientos planificados, la superficie útil mínima es de 45 metros cuadrados por persona en campamentos, incluidas las parcelas familiares. Esto incluye espacio para calles y caminos peatonales, cocinas exteriores o comunales, zonas de educación y recreo, instalaciones de salud, saneamiento, cortafuegos, instalaciones de administración, almacenamiento de agua, drenajes, instalaciones de cultos religiosos, zonas de reparto de alimentos, mercados, almacenes y pequeñas huertas familiares (excluyendo la actividad agraria o ganadera importante). Cuando se prestan servicios comunitarios en instalaciones existentes o adicionales fuera del asentamiento planificado, la superficie mínima debería ser de 30 metros cuadrados por persona. Si no es posible proporcionar la superficie mínima, es necesario adoptar acivamente medidas para hacer frente a las consecuencias de una mayor densidad de ocupación. En la planificación del asentamiento también deberán tenerse en cuenta los cambios en la población.

Cuando se opere en una zona urbana, se deberá hacer uso de los servicios y del inventario de viviendas existentes, garantizar una separación y privacidad adecuadas entre los hogares y reservar espacio para las instalaciones necesarias.

Tamaño de las parcelas para los alojamientos: se recomienda una proporción entre la huella del alojamiento y el tamaño de la parcela de 1:2 o preferiblemente 1:3, a fin de dejar espacio suficiente para que los residentes realicen las actividades al aire libre más importantes. Sin embargo, es preferible una proporción más cercana a 1:4 o 1:5. Esta proporción debería tener en cuenta las normas sociales y culturales, y la disponibilidad real de espacio.

Drenaje de aguas pluviales y aguas de crecida: si las aguas pluviales o de crecida no se drenan debidamente, los habitantes del asentamiento pueden ver seriamente limitados su espacio habitable movilidad y acceso a servicios. Por regla general, la elección del terreno y el desarrollo de las infraestructuras determinan la naturaleza de los sistemas de drenaje de gran escala. Ha de evitarse elegir un terreno situado sobre una llanura aluvial, ya que puede ser peligroso para la seguridad, especialmente en espacios congestionados o confinados. La entrada y el estancamiento de agua en los lugares de vivienda, aprendizaje y trabajo supone una amenaza general para la salud, la dignidad y el bienestar.

Hay que proteger los retretes y el alcantarillado de las inundaciones, a fin de evitar daños estructurales y fugas. El principal peligro para la salud pública que conlleva un drenaje deficiente es una mayor exposición a enfermedades diarreicas por el contacto con agua contaminada.

El agua incontrolada también puede dañar otras infraestructuras, viviendas y pertenencias, limitar las oportunidades para ganarse la vida y causar estrés. Un drenaje deficiente crea, además condiciones favorables para la reproducción de vectores ⊕ *véase WASH - Control de vectores - Normas 4.1 y 4.2.*

Acceso: considerar el estado de las carreteras locales y la proximidad a centros de transporte para el suministro de asistencia de socorro y otros artículos. El suministro de asistencia de socorro debe evitar dañar la infraestructura local de carreteras. Considerar las limitaciones estacionales, los peligros y los riesgos para la seguridad. El terreno y sus principales puntos de almacenamiento y reparto de alimentos deben ser accesibles para camiones pesados desde carreteras que sean transitables en toda condición climática. Otras instalaciones deben ser accesibles para vehículos ligeros. Establecer calles y caminos seguros dentro de los asentamientos y accesos transitables a todas las viviendas individuales e instalaciones comunitarias, en toda condición climática. Considerar las necesidades de las personas afectadas por barreras de movilidad o acceso.

Seguridad contra incendios: la planificación del terreno debe basarse en evaluaciones de riesgos de incendio. Establecer cortafuegos de 30 metros cada 300 metros en las zonas construidas de asentamientos tipo campamentos. El espacio entre edificios debe ser como mínimo de dos metros. Preferiblemente debería ser el doble de la altura del edificio para evitar que, en caso de derrumbe, choque con los edificios contiguos.

Considerar las prácticas locales de cocina y calefacción (como el tipo de estufas y su ubicación preferida). Hay que considerar el suministro de estufas seguras, equipamiento contra incendios y la concienciación de los residentes. Es preferible utilizar materiales de construcción y artículos domésticos ignífugos. Informar a los residentes (incluidos los afectados por barreras de movilidad o accesibilidad) sobre los planes de prevención y control de incendios y de evacuación.

Reducción de crímenes: el diseño del asentamiento puede contribuir a reducir los crímenes y la violencia de género. Considerar la localización y accesibilidad de los alojamientos, los edificios y las instalaciones, el alumbrado nocturno, la distancia desde el alojamiento hasta las zonas de baño y retretes, o la vigilancia pasiva mediante líneas de visibilidad. Los edificios utilizados como centros colectivos deben tener vías de escape alternativas.

Amenazas y riesgos cambiantes: realizar evaluaciones periódicas del contexto, de los riesgos y peligros a medida que cambie la situación. Esto puede incluir peligros estacionales, cambios en la situación de seguridad, presencia de municiones sin detonar de conflictos anteriores o actuales, o consecuencias de los cambios demográficos.

Seguridad de los centros colectivos y de las infraestructuras comunitarias: la estabilidad estructural de los edificios comunitarios, centros colectivos y otras estructuras en zonas habitadas afectadas por la crisis debe ser evaluada por

especialistas técnicos. Considerar las amenazas reales y potenciales para la seguridad o la salud.

Apoyo para obtener medios de vida: considerar las actividades económicas anteriores al desastre y las opciones posibles de medios de vida en el contexto posteriore identificar tierras disponibles para el cultivo y el pastoreo, o para el acceso a mercados y oportunidades de empleo. Las respuestas en materia de alojamiento y asentamiento tienen el potencial de ofrecer empleo local, como, por ejemplo, puestos de asistencia técnica, suministros y mano de obra. Utilizar programas formativos y educativos para fortalecer las capacidades locales con el fin de conseguir resultados en el plazo establecido ⊕ *véanse Alojamiento y asentamiento Norma 5* y *Seguridad alimentaria y nutrición - Medios de vida - Normas 7.1 y 7.2.*

Operación y mantenimiento: crear un plan de operación y mantenimiento para asegurar el funcionamiento eficaz de todo tipo de instalaciones y servicios (como agua, saneamiento, drenajes, gestión de residuos o escuelas). Entre los componentes esenciales de dicho plan se incluyen: la participación comunitaria, la creación de grupos de usuarios, la definición de funciones y responsabilidades, y la elaboración de un plan de recuperación o de compartición de costos.

Desmantelamiento de asentamientos y traspaso de terrenos: las medidas apropiadas de rehabilitación medio ambiental pueden potenciar la regeneración natural del entorno interno de los asentamientos temporales y sus alrededores. Debe existir un plan de desmantelamiento, preferiblemente elaborado en la fase de diseño de la intervención ⊕ *véase Alojamiento y asentamiento - Norma 7: Sostenibilidad medio ambiental.*

Enseñar a las poblaciones locales técnicas de gestión sostenible del suelo garantiza la recuperación del terreno y del medio ambiente local. Utilizar mano de obra local en las actividades de limpieza y desmantelamiento, en la medida de lo posible.

3. Espacio habitable

Un espacio habitable es muy importante para el bienestar de las personas. Es una necesidad y un derecho humano fundament que cada familia disponga de un lugar para vivir, donde se sienta segura y pueda realizar diversas actividades domésticas esenciales.

Alojamiento y asentamiento - Norma 3: Espacio habitable

Las personas tienen acceso a espacios habitables seguros y adecuados, que permiten desarrollar con dignidad las actividades domésticas esenciales y los medios de vida.

Acciones clave

1. Verificar que cada hogar afectado tenga un espacio habitable adecuado donde desarrollar sus actividades domésticas básicas.
   - Proporcionar un espacio habitable que se acomode a las diversas necesidades de los miembros del hogar para dormir, preparar alimentos y comer, respetando la cultura y el estilo de vida locales.
   - Proporcionar paredes y un techo para los ocupantes y sus bienes domésticos, que ofrezcan seguridad física, dignidad, privacidad y protección contra las condiciones meteorológicas.
   - Proporcionar condiciones óptimas de alumbrado, ventilación y confort térmico.
2. Velar por que el espacio circundante al espacio habitable facilite el acceso seguro a actividades fundamentales.
   - Incluir zonas adecuadas para cocinar, retretes, lavandería, baño, desarrollar actividades para ganarse la vida, socializar y jugar.
3. Promover el uso de soluciones de alojamiento, técnicas de construcción y materiales que sean cultural y socialmente aceptables y medio ambientalmente sostenibles.

Indicadores clave

Porcentaje de la población afectada que tiene un espacio habitable adecuado, dentro y en las inmediaciones de sus alojamientos, para desarrollar sus actividades cotidianas

- Mínimo 3,5 metros cuadrados de espacio habitable por persona, sin contar el espacio para cocinar, la zona de baño y las instalaciones de saneamiento.

- 4,5-5,5 metros cuadrados de espacio habitable por persona en climas fríos o entornos urbanos, donde se incluye el espacio interno para cocinar y las instalaciones de baño y/o saneamiento.
- Altura mínima de 2 metros suelo al techo (2,6 metros en climas calurosos) en su punto más elevado.

Porcentaje de alojamientos que cumplen las normas técnicas y de desempeño, y que son culturalmente aceptables

Porcentaje de personas que reciben asistencia en materia de alojamiento que se sienten seguras en su alojamiento

Notas de orientación

Espacio habitable: el espacio habitable debe ser adecuado para actividades cotidianas como dormir, preparar y consumir alimentos, lavarse, vestirse, almacenar agua y alimentos, y proteger las posesiones domésticas y otros bienes esenciales. Debe garantizar la privacidad y la separación que se requiera entre sexos, distintos grupos de edad y familias dentro de un hogar concreto, conforme a las normas culturales y sociales ⊕ *véase Alojamiento y asentamiento - Norma 2: Localización y planificación del asentamiento.*

Conviene que el espacio habitable sea suficiente para que los miembros del hogar se reúnan, y para atender a lactantes, menores y personas enfermas o lesionadas. Prestar atención a los cambios de uso del espacio durante el día y la noche, y planificar la localización de las ventanas, las puertas y los tabiques para aprovechar al máximo el espacio interno y las zonas exteriores contiguas, como cocinas o zonas de juegos.

Para acomodar estas actividades con dignidad, los alojamientos necesitan un espacio cerrado (paredes, ventanas, puertas y techo) con una superficie adecuada. El hacinamiento o la exposición a los elementos aumenta el riesgo de brotes de enfermedades. Los espacios reducidos pueden generar riesgos de protección y reducir la seguridad y la privacidad.

El espacio habitable mínimo debe flejar las normas culturales y sociales, el contexto, la fase de la respuesta y las orientaciones de las autoridades nacionales o del sector de respuesta humanitaria. Hay que considerar atentamente las consecuencias de adoptar el espacio mínimo calculado (3,5 metros cuadrados por persona o 4,5 metros cuadrados en climas fríos) y acordar cualquier adaptación con los socios, acercándose al mínimo lo más rápidamente posible para todos.

Cuando exista la necesidad de actuar rápidamente para salvar vidas, se debe considerar asistencia inicial para:

- construir un techado para el espacio habitable mínimo y continuar con las paredes, puertas y ventanas, o bien
- construir un alojamiento con menor superficie para incrementarla después.

En algunas situaciones, el espacio estándar puede venir dictado por las limitaciones físicas. Esto puede ocurrir en un asentamiento confinado, en entornos urbanos muy densos o en condiciones climáticas extremas donde no es fácil conseguir materiales para construir alojamientos. El espacio mínimo indicado es aplicable en la fase de emergencia y en soluciones de alojamiento temporales o transitorias. Cuando la duración de la estancia se prolongue, deberán revisarse los cálculos de espacio habitable. En la fase de recuperación, deben tenerse en cuenta las normas locales aceptables y las estrategias de salida.

Involucrar a las comunidades y los hogares afectados en la mayor medida posible para determinar el tipo de asistencia que se ha de prestar. Consultar con las personas que pasen más tiempo en los espacios cubiertos y con las afectadas por barreras de movilidad o acceso. Hay que asegurarse de que el espacio de vivienda sea accesible para las personas con discapacidad y para las personas que viven con ellas. Las personas con discapacidad, especialmente aquellas con discapacidad intelectual y psicosocial, pueden necesitar espacio adicional.

Prácticas culturales, seguridad y privacidad: respetar las prácticas y costumbres existentes, y cómo afectan a la necesidad de incluir separaciones interiores (cortinas, paredes), por ejemplo, diseñando viviendas de modo que dispongan de espacios para dormir para miembros de familias extensas o de diferentes familias dentro de un mismo hogar.

En los alojamientos colectivos, se puede proporcionar privacidad y seguridad personal estableciendo vías de circulación bien planificadas e iluminadas con tabiques para resguardar los espacios personales y familiares.

En alojamientos colectivos, hay que dar la opción de que los grupos de personas con intereses comunes compartan espacios. Por ejemplo, algunas personas LGBTQI prefieren vivir con amigos y personas similares en lugar de con sus propias familias.

Protección: se debe asegurar que haya varias vías de salida de la vivienda y que los espacios interiores tengan salida a espacios públicos. Se ha de asegurar que el personal sepa qué hacer en situaciones de abuso o violencia doméstica, violencia, explotación o desatención de menores. Las mujeres y las niñas, y las personas que necesitan ayuda con su higiene personal suelen necesitar espacio adicional ⊕ *véase WASH - Promoción de la higiene - Norma 1.3: Higiene menstrual e incontinencia.*

Cuando se utilicen alojamientos colectivos temporales, se deben adoptar medidas específicas para prevenir la explotación y violencia sexual. Trabajar con los miembros de la comunidad para comprender los riesgos y hacerles frente, así como para establecer un sistema sólido de denuncias, con acciones inmediatas y verificables.

Consideraciones psicosociales: la distribución y el diseño de los alojamientos debe incluir espacios vitales abiertos y públicos, que aumenten las opciones de socialización.

En climas cálidos y húmedos, diseñar y orientar los alojamientos de modo que tengan la máxima ventilación y se reduzca al mínimo la entrada de luz solar directa. Un techo elevado facilita la circulación del aire. Un espacio anexo cubierto ayuda a reducir la luz directa del sol y protege de la lluvia. Considerar el uso de espacios exteriores contiguos sombreados o cubiertos para preparar y cocinar alimentos, con espacios separados para otras actividades cotidianas. El techo debe estar inclinado para desaguar el agua de lluvia con anchos voladizos, salvo en zonas vulnerables a fuertes vientos. El material de construcción del alojamiento debe ser ligero y tener una baja capacidad térmica (por ejemplo, madera). Utilizar suelos elevados para evitar que entre agua en el espacio habitable ⊕ *véase Alojamiento y asentamiento - Norma 2: Localización y planificación del asentamiento.*

En climas cálidos y secos, la construcción con materiales pesados (como tierra o piedra) garantiza el confort térmico pese a los cambios de temperatura entre el día y la noche. La alternativa es utilizar un material de construcción ligero con un aislamiento adecuado. Se debe prestar atención al diseño estructural de las construcciones pesadas en zonas de riesgos sísmicos. Disponer lugares sombreados y ventilados, siempre que sea posible y conveniente. Si solo se tienen láminas de plástico o tiendas de campaña, instalar un techo de dos capas con ventilación entre ellas para reducir la acumulación de calor radiante. Colocar las puertas y ventanas apartadas de la dirección de los vientos calientes dominantes. Los suelos internos deben calzar perfectamente con las paredes externas sin dejar intersticios para que no penetren el polvo y los vectores de enfermedades.

En climas fríos, es preferible un techo bajo para minimizar el volumen interno que se ha de calefactar. Los alojamientos ocupados durante todo el día han de construirse con materiales pesados de alta capacidad térmica. Si el alojamiento solo se ocupa de noche, es más conveniente utilizar materiales de construcción ligeros y de baja capacidad térmica con un buen aislamiento. Reducir al mínimo el flujo de aire, especialmente en torno a los vanos de puertas y ventanas, para mantener el confort personal al tiempo que se establece una ventilación adecuada para calefactores o estufas para cocinar.

Una ventilación adecuada ayuda a mantener un ambiente interno saludable, evita la condensación y reduce la propagación de enfermedades transmisibles. Reduce, asimismo, el efecto del humo producido por las estufas domésticas, que puede causar infecciones respiratorias y problemas oculares. Cuando sera posible, se debe considerar la ventilación natural.

Control de vectores: las tierras a baja altura, los escombros y los edificios vacíos pueden favorecer la reproducción de vectores que pueden entrañar riesgos para la salud pública. En el caso de los asentamientos comunitarios, la elección del terreno y la mitigación activa de los vectores de riesgo son claves para reducir el impacto de las enfermedades transmitidas por vectores ⊕ *véase WASH - Control de vectores - Norma 4.2: Acciones domésticas y personales para el control de vectores.*

4. Artículos domésticos

La asistencia en materia con los artículos domésticos ayuda a restaurar y mantener la salud, la dignidad y la seguridad y a realizar actividades domésticas cotidianas en el hogar y en sus inmediaciones. Esta norma se refiere a los artículos que se utilizan para dormir, preparar y conservar alimentos, comer y beber, mantener el confort térmico, así como los que se usan para el alumbrado y la vestimenta personal. El capítulo sobre Abastecimiento de Agua, Saneamiento e Higiene (WASH) contiene información adicional sobre artículos, tales como los mosquiteros, los cubos, el almacenamiento de agua y los artículos de higiene.

Alojamiento y asentamiento - Norma 4: Artículos domésticos

La asistencia relacionada con los artículos domésticos ayuda a restaurar y mantener la salud, la dignidad y la seguridad, y a realizar actividades domésticas cotidianas en el hogar y en sus inmediaciones.

Acciones clave

1. Evaluar y garantizar el acceso a artículos que permitan a o hogares restaurar y mantener actividades domésticas esenciales.

- Considerar diferentes necesidades según la edad, el sexo, las discapacidad, las prácticas sociales y culturales y el tamaño de la familia.
- Priorizar el acceso a los artículos destinados a actividades domésticas, vestimenta e higiene personal, así como a aquellos fomentan la seguridad y la salud.

2. Decidir cómo prestar la asistencia relacionada con los artículos domésticos de manera efectiva y apropiada.

- Considerar qué se puede obtener localmente por medio de asistencia basada en el uso de dinero en efectivo o cupones, así como las adquisiciones a nivel local, regional o internacional para el reparto de artículos en especie.
- Considerar las cuestiones medio ambientales relacionadas con la forma de envasar o entregar los artículos.

3. Hacer un seguimiento de la disponibilidad, calidad y utilización de los artículos domésticos y realizar las adaptaciones que sean necesarias.

- Planificar el reabastecimiento en caso de desplazamiento prolongado.
- Hacer un seguimiento de la disponibilidad, los precios y la calidad en los mercados elegidos. Adaptar la forma en que se presta la asistencia a medida que evolucione la situación.

Indicadores clave

Las personas tienen prendas de vestir suficientes y apropiadas

- Como mínimo, dos juegos completos de prendas de vestir por persona, de la talla adecuada y apropiada a la cultura, la estación y el clima, y adaptadas a las necesidades concretas.

Las personas disponen de artículos suficientes y de calidad apropiada para dormir en condiciones de seguridad, salubridad y privacidad

- Como mínimo una manta y un juego de ropa de cama (estera, colchón, sábanas) por persona. En climas fríos harán falta más mantas o elementos para aislar la cama del suelo.
- Mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración, cuando sean necesarios.

Las personas tienen artículos suficientes y apropiados para preparar, consumir y almacenar alimentos

- Cada hogar o grupo de cuatro a cinco personas: dos ollas de tamaño familiar con asas y tapas, una fuente para preparar o servir alimentos, un cuchillo de cocina y dos cucharones.
- Por persona: un plato hondo, un juego de cubiertos y un recipiente para beber.

Porcentaje de la población afectada que tiene acceso a un suministro de energía suficiente, seguro y asequible para mantener el confort térmico, preparar alimentos y disponer de alumbrado

Número de casos de lesiones a personas que utilizan estufas o que almacenan u obtienen combustible

- Establecer la base de referencia y medir los progresos hasta 0.

Notas de orientación

Debe haber ***artículos domésticos esenciales*** en cantidad y de calidad suficientes para:

- dormir, confort térmico y vestimenta personal;
- almacenamiento de agua, preparación y conservación de alimentos, comer y beber;
- alumbrado;
- cocinar, hervir agua y calefacción, incluyendo combustible o energía ⊕ *véase Seguridad alimentaria y nutrición - Norma 5: Seguridad alimentaria general;*
- artículos de higiene, incluidas la higiene menstrual o la incontinencia ⊕ véase WASH - Promoción de la higiene - Normas 1.2 y 1.3*;*

- protección contra vectores, por ejemplo, mosquiteros ⊕ *véase WASH - Control de vectores - Norma 4.2*, y
- seguridad contra incendios y humo.

Selección de artículos domésticos apropiados: el suministro de artículos domésticos debe formar parte de un plan general. En el momento de especificar el tipo, cantidad y calidad de estos artículos, hay que dar prioridad a aquel los que salvan vidas. Considerar:

- las actividades cotidianas esenciales a nivel individual, doméstico y comunitario;
- las normas culturales, la pertinencia y las tradiciones;
- la seguridad y facilidad de uso (con mínimas instrucciones u orientaciones técnicas adicionales);
- la durabilidad, el ritmo de consumo y la necesidad de reabastecimiento;
- las condiciones de vida y la organización actuales;
- la disponibilidad local;
- las necesidades específicas según la categoría de población afectada, incluidas las mujeres, las niñas, los hombres, los niños, los menores lactantes, las personas mayores, las personas con discapacidad y otras personas y grupos en situación de vulnerabilidad y
- el impacto medio ambiental de los artículos seleccionados ⊕ *véase Alojamiento y asentamiento - Norma 7: Sostenibilidad medio ambiental.*

Seguridad: todos los artículos de plástico deben estar fabricados con un tipo adecuado para uso alimentario. Todos los artículos metálicos deben ser de acero inoxidable o esmaltados.

Debe haber una separación segura entre la estufa y los elementos del alojamiento. Se ha de colocar las estufas internas sobre bases no inflamables y cubrir el conducto de gases con un recubrimiento ignífugo en el lugar donde atraviesa el alojamiento hacia el exterior. Colocar las estufas lejos de las entradas para facilitar la seguridad de acceso durante su uso. El combustible debe almacenarse a una distancia segura de la propia estufa y los combustibles líquidos, como el queroseno, deben mantenerse fuera del alcance de los/las niños/as y bebés.

Confort térmico significa estar en un ambiente seco, cubierto y con una temperatura confortable. Las prendas de vestir, las mantas y la ropa de cama proporcionan confort personal. Las esteras para dormir y los aparatos de calefacción y refrigeración crean condiciones de vida adecuadas. Deben adoptarse todas las medidas posibles, a nivel individual y de hogar, para prevenir la hipotermia o los golpes de calor.

Suministro asequible de combustible y energía doméstica: el combustible y otras fuentes de energía son necesarios para el alumbrado, la cocina, el confort térmico y la comunicación. Recoger o comprar combustible o energía es un coste recurrente y debe planificarse en consecuencia. Promover prácticas de cocina energéticamente eficientes, incluido el uso de estufas de consumo eficiente, la preparación de la

leña, el manejo del fuego, la preparación de los alimentos y la cocina compartida. Consultar con las personas afectadas por la crisis y con la comunidad de acogida acerca de la localización y los medios de aprovisionamiento de combustible para resolver problemas de seguridad personal y sostenibilidad medio ambiental.

Se deberá disponer ***alumbrado artificial,*** según sea necesario, a fin de contribuir a la seguridad en los asentamientos y en sus inmediaciones, cuando no exista alumbrado general. Además de cerillas y velas, considerar el uso de alumbrado artificial energéticamente eficiente, como diodos emisores de luz (LED) y paneles solares.

Programación de artículos domésticos basada en el mercado: la evaluación del mercado de artículos domésticos debe formar parte de una evaluación general del sistema de mercado. Los artículos domésticos suministrados deben obtenerse en los mercados locales, siempre que sea posible. Analizar el gasto en estos artículos como parte de las pautas generales de gasto doméstico. Hacer un seguimiento a lo largo del tiempo para adaptarlo según proceda ⊕ *véase Prestación de asistencia a través de los mercados.*

Distribución: planificar métodos de distribución eficientes y equitativos consultando con las autoridades locales y las personas afectadas. Velar por que se incluya en las listas de distribución a las personas u hogares en situación de vulnerabilidad, y que puedan acceder tanto a la información como a la distribución propiamente dicha. Los puntos de distribución deben elegirse con cuidado, teniendo en cuenta la distancia a pie, el terreno y los aspectos prácticos del transporte de artículos de gran tamaño, como los que se utilizan en la ayuda para el alojamiento. Considerar la posibilidad de incluir contenedores para el almacenamiento y transporte de artículos personales y domésticos.

Seguimiento posterior a la distribución: evaluar la idoneidad del proceso de distribución y de los propios artículos domésticos. Si estos artículos no se utilizan o venden en el mercado o si hay retrasos en el acceso a los artículos, adaptar el proceso o los artículos. Hay que ser conscientes de que las necesidades cambian con el tiempo y los programas deben adaptarse a esos cambios.

5. Asistencia técnica

La asistencia técnica es parte integral de las respuestas en materia de alojamiento y asentamiento. Ayuda a que las personas afectadas se recuperen por sus propios medios y mejora la calidad y seguridad de sus alojamientos y asentamientos. Es esencial que los hogares o comunidades afectadas participen activamente en la elección del terreno de asentamiento, el diseño de los alojamientos, la distribución del sitio, la elección de los materiales y la supervisión o construcción de los alojamientos y otras estructuras.

Alojamiento y asentamiento - Norma 5: Asistencia técnica

Las personas tienen acceso a asistencia técnica apropiada en el momento oportuno.

Acciones clave

1. Conocer las prácticas de ordenación y construcción anteriores a la crisis, así como la disponibilidad de materiales de construcción, habilidades y capacidades.
   - Consultar con las personas afectadas, con los profesionales de la construcción y las autoridades locales para llegar a un acuerdo sobre las prácticas y los materiales de construcción, y encontrar los recursos humanos necesarios para asegurar la calidad.
2. Involucrar y apoyar a las personas afectadas, al gobierno local y a los profesionales locales en el proceso de construcción.
   - Cumplir con los reglamentos de ordenación y construcción, las especificaciones de los materiales y las normas de calidad aplicables, según la duración prevista de los alojamientos, los asentamientos y las intervenciones en los hogares.
   - Optimizar las prácticas de construcción y las oportunidades que se ofrecen localmente como medios de vida.
3. Promover prácticas de construcción más seguras para satisfacer las necesidades de alojamiento actuales y reducir riesgos futuros.
   - Si hay casas o alojamientos dañados o destruidos, determinar si existen riesgos y peligros estructurales, las razones de cualquier fallo o lo que puede fallar en el futuro.
   - Aprender de las prácticas y técnicas de construcción locales para mejorar e innovar en la medida de lo posible y facilitar la transferencia efectiva de conocimientos para promover prácticas de construcción adecuadas.

4 Velar por que se pueda obtener asistencia técnica adecuada.

- Considerar la necesidad de contar con profesionales especializados y de cumplir los reglamentos y normas de construcción, y cómo aumentar la capacidad técnica entre la población afectada.
- Prestar atención a las personas que tengan menos capacidad, aptitud u oportunidad para realizar actividades relacionadas con la construcción de manera segura y técnicamente adecuada, o negociar la ocupación de un inmueble ya existente que sea seguro y técnicamente adecuado.

5 Establecer una gestión adecuada de los materiales, las finanzas, la mano de obra, la asistencia técnica y los procesos de aprobación para obtener resultados de calidad.

- Seguir los procesos de gestión y códigos de conducta apropiados para la licitación, presentación de ofertas, adquisición, contratación y construcción.
- Fomentar el uso de tecnologías, herramientas y materiales disponibles localmente, sostenibles y conocidos, y contratar mano de obra local para mantener y reformar los alojamientos.

Indicadores clave

Porcentaje de programas en las las autoridades locales participan en la definición de los estándares de construcción y en el seguimiento de las actividades de construcción

Porcentaje de actividades de construcción en las que se demuestra una participación activa de la población afectada

Porcentaje de unidades de alojamiento construidas, reparadas, reacondicionadas estructuralmente, reformadas o mantenidas de acuerdo con las prácticas seguras de construcción acordadas para el contexto y los peligros concretos

Porcentaje de hogares que declaran haber recibido asistencia técnica y orientación apropiadas

Notas de orientación

Participación y relaciones con las personas afectadas: la participación en las actividades de alojamiento y construcción debe ser compatible con las prácticas locales existentes. Los programas de formación y de aprendizaje pueden maximizar las oportunidades para la participación de todas las personas afectadas (las directamente afectadas y las de la comunidad de acogida) durante la construcción. Ofrecer oportunidades para que participen las mujeres y las personas con discapacidad. Las personas menos capaces de realizar tareas físicas pueden colaborar en actividades como la vigilancia de los terrenos, el control de existencias, el apoyo administrativo, cuidado de menores o la preparación de alimentos para quienes trabajan en la construcción. Hay que ser conscientes de que las personas afectadas pueden

tener su tiempo limitado por otros factores. Los equipos de personas voluntarias o la mano de obra contratada pueden apoyar los esfuerzos de construcción de los hogares, especialmente los de aquellos encabezados por mujeres, menores, personas mayores o personas con discapacidad. Esta asistencia es importante porque esos grupos pueden verse en riesgo de explotación sexual al solicitar asistencia para la construcción.

Movilización de jóvenes en actividades de construcción: los jóvenes que participan en un proyecto de construcción pueden adquirir valiosas competencias, confianza, autoestima y conexión con la comunidad.

Asegurar que los menores que no alcancen la edad mínima para trabajar no participen ni en la construcción de alojamientos ni en los programas de trabajo a cambio de dinero en efectivo. Los menores que alcancen la edad mínima para trabajar (normalmente 14 o 15 años) y hasta los 18 años deberían participar de manera apropiada para su edad y desarrollo. Hay que velar por que su participación se ajuste a la legislación nacional en el contexto. Es preciso adoptar medidas para garantizar que se cumpla la normativa internacional y la legislación laboral nacional a fin de evitar que los menores realicen trabajos peligrosos o que trabajen sin tener la edad requerida. Cualquier sospecha o duda de que haya trabajo infantil deberá remitirse a las personas u organizaciones especialistas en protección de la infancia o a los servicios sociales ⊕ *véase el Manual CPMS*.

Competencias profesionales: se debe prestar asesoramiento sobre cuestiones tales como la ordenación de sitios y planificación de los espacios, la evaluación de daños, los trabajos de demolición y retirada de escombros, las actividades de construcción, la gestión del asentamiento, la evaluación de los edificios existentes y la seguridad de la tenencia. De este modo se puede velar por que los alojamientos cumplan las normas establecidas. También será útil conocer los mercados de materiales y trabajo, así como el apoyo jurídico y administrativo ⊕ *véase Alojamiento y asentamiento - Norma 6: Seguridad de la tenencia.*

- **Cumplimiento de los reglamentos de construcción:** determinar si se suelen respetar o hacer cumplir los reglamentos de construcción locales o nacionales. De no ser así, abogar por que se apliquen y se cumplan. Estos reglamentos deben reflejar la cultura en materia de vivienda, las condiciones climáticas, los recursos, las capacidades de construcción y mantenimiento, la accesibilidad y la asequibilidad a nivel local. Velar por que los programas de alojamiento permitan que los hogares cumplan o se adapten progresivamente a los reglamentos y normas acordados, especialmente cuando se trata de programas que utilizan asistencia basada en dinero en efectivo para satisfacer las necesidades de alojamiento. Cuando no existan normas, establecer normas mínimas en colaboración con las autoridades locales y las partes interesadas pertinentes (incluidas, en la medida de lo posible, las personas afectadas) a fin de velar por que se cumplan los requisitos de seguridad y desempeño.

- **Aumento de la capacidad técnica:** aumentar la capacidad de la comunidad colaborando en la formación y concienciación de las poblaciones afectadas, autoridades locales, profesionales locales de la construcción, mano de obra cualificada o no, propietarios arrendadores, expertos jurídicos y socios locales.

En lugares vulnerables a crisis estacionales o cíclicas, hay que contar con especialistas técnicos y personas expertas locales con experiencia en soluciones o buenas prácticas adaptadas a lo local. Estas personas pueden aportar conocimientos de prácticas de diseño y construcción y contribuir a desarrollar soluciones mejoradas.

Aprovisionamiento de materiales: cuando sea posible suministrar rápidamente materiales de construcción apropiados, la población afectada puede construir los alojamientos por sí misma. Estas soluciones de alojamiento pueden constar de componentes independientes ensamblables o un kit predefinido, con herramientas de construcción apropiadas. La elección de materiales debe basarse en una evaluación rápida del mercado y del impacto medio ambiental.

El aprovisionamiento local de materiales puede afectar a la economía, a los recursos humanos o al medio ambiente. En algunas situaciones, puede que no haya materiales de calidad adecuada disponibles localmente. En esos casos, utilizar materiales o procesos de producción alternativos, o sistemas de alojamiento comerciales, pero considerando los efectos que puedan tener para la cultura local el uso de materiales desconocidos. Evitar utilizar materiales producidos mediante la explotación de trabajadores locales y menores.

Edificios públicos seguros: construir o reparar los edificios públicos temporales y permanentes, como escuelas y centros de salud, para que no entrañen un riesgo de salud pública y sean resistentes a desastres. Este tipo de instalaciones debe cumplir las normas de construcción y los procedimientos de aprobación técnica. Hay que garantizar la seguridad y el acceso para todos, incluidas las personas afectadas por barreras de movilidad y comunicación (cuando sea posible, coordinar con las organizaciones que representan a personas con discapacidad). Consultar con las autoridades pertinentes cuando se reparen o construyan este tipo de edificios. Establecer una estrategia de operación y mantenimiento asequible.

Gestión de compras y construcción: elaborar un calendario de construcción que incluya hitos clave, como fechas de inicio y terminación, así como las fechas y la duración de la reubicación de las personas desplazadas. Esto se aplica igualmente si la construcción está gestionada por el propietario o por un contratista. Este calendario debe reflejar la fecha de inicio esperado de la meteorología estacional e incluir un plan de contingencia para eventos imprevistos. Establecer un sistema de gestión y seguimiento de materiales, mano de obra y supervisión del terreno. Este debe incluir el aprovisionamiento, las compras, el transporte, la manipulación y la administración a lo largo de todo el proceso.

Contratar mano de obra local siempre que sea posible a fin de incrementar sus competencias y apoyar los medios de vida de las personas afectadas. Contratar a profesionales especializados (como ingenieros, arquitectos, urbanistas, gestores de contratos o abogados) para desempeñar determinadas funciones.

Velar por que se tengan en cuenta las cuestiones medio ambientales y promover una reutilización socialmente aceptable de los materiales rescatados cuando se pueda confirmar la calidad de los mismos y que se tiene derecho a utilizar los

⊕ *véase Alojamiento y asentamiento - Norma 7: Sostenibilidad medio ambiental.*

Mejoras y mantenimiento: normalmente, las respuestas iniciales de alojamiento solo ofrecen un nivel mínimo de espacio habitable cerrado o cubierto. Sin embargo, los métodos y materiales de construcción utilizados inicialmente deberían hacer posible que los hogares mantengan, adapten o reformen el alojamiento para satisfacer sus necesidades a largo plazo. Las adaptaciones deben realizarse de manera segura, utilizando herramientas y materiales disponibles localmente, conocidos y asequibles, siempre que sea posible.

Herramientas comunitarias: se han de establecer procedimientos que expliquen cómo utilizar, mantener y almacenar de forma segura las herramientas y los materiales comunitarios o de uso compartido.

6. Seguridad de la tenencia

El concepto de seguridad de la tenencia implica que las personas pueden vivir en sus hogares sin temor a un desalojo forzoso, ya sea en asentamientos comunitarios, asentamientos informales, comunidades de acogida o después del retorno. Es el fundamento del derecho a una vivienda adecuada y muchos otros derechos humanos. En el contexto humanitario, lo más apropiado puede ser adoptar un enfoque incremental o gradual, por el que se reconozca que se puede ayudar a las personas desplazadas a mejorar sus condiciones de vida en distintos tipos de alojamientos. No significa dar prioridad de asistencia a quienes son propietarios, ni transmite necesariamente la idea de permanencia o propiedad. Los actores del sector de alojamiento han desarrollado un entendimiento de lo que es "suficientemente seguro" de cara a diseñar opciones de alojamiento que apoyen a las personas en situación de mayor vulnerabilidad e inseguridad de la tenencia. Para más información sobre la diligencia debida y el concepto de "suficientemente seguro" ⊕ *véase Referencias: Payne and Durand-Lasserve (2012)*.

Alojamiento y asentamiento - Norma 6: Seguridad de la tenencia

La población afectada tiene seguridad de tenencia en sus opciones de alojamiento y asentamiento.

Acciones clave

1 Aplicar la diligencia debida en el diseño y ejecución de los programas.

- Establecer la máxima seguridad jurídica posible con respecto a la tenencia (el enfoque de "suficientemente seguro"), en virtud del contexto y las limitaciones existentes.
- Coordinar y trabajar con las autoridades locales, profesionales jurídicos y los foros interinstitucionales.

2 Conocer el marco jurídico y la realidad sobre el terreno.

- Describir los sistemas y procedimientos de tenencia correspondientes a los diferentes escenarios de alojamiento y asentamiento posteriores a la crisis; identificar cómo afectan a los grupos de mayor riesgo.
- Trabajar con las autoridades locales para saber qué reglamentos se aplicarán y cuáles no, y los plazos correspondientes.
- Averiguar cómo se gestionan las relaciones de tenencia y cómo se resuelven los conflictos, y cómo pueden haber cambiado estos procedimientos desde que se inició la crisis.

3 Entender cómo los sistemas, procedimientos y prácticas de tenencia afectan a la seguridad de la tenencia de los grupos de riesgo.

- Incluir la seguridad de la tenencia como indicador de vulnerabilidad.
- Averiguar qué documentos pueden necesitar las personas que participen en un programa, teniendo en cuenta que es posible que las más vulnerables no dispongan de dichos documentos o no puedan obtenerlos.
- Velar por que la respuesta de alojamiento y asentamiento no esté predispuesta a la figura del ocupante-propietario o a la propiedad vitalicia.

4 Ejecutar programas de alojamiento y asentamiento que favorezcan la seguridad de la tenencia.

- Contar con personas expertas locales para adaptar los programas de alojamiento y asentamiento a los distintos tipos de tenencia, sobre todo en el caso de las personas vulnerables.
- Verificar que la documentación, como un contrato de tenencia, está preparada correctamente y refleja los derechos de todas las partes.
- Reducir el riesgo de que el programa de alojamiento pueda generar o agravar tensiones en el seno de la comunidad y con las comunidades locales vecinas.

5 Apoyar la protección contra el desalojo forzoso.

- En caso de desalojo, o riesgo de desalojo, derivar el caso a donde corresponda con el objeto de determinar soluciones de alojamiento alternativas y otra asistencia sectorial.
- Colaborar en la resolución de conflictos.

Indicadores clave

Porcentaje de personas beneficiarias de alojamientos que tienen seguridad de la tenencia de su opción de alojamiento y asentamiento, al menos durante la vigencia de un determinado programa de asistencia

Porcentaje de personas benficiarias de alojamiento que tienen un contrato que garantiza la seguridad de la tenencia de su opción de alojamiento

Porcentaje de personas beneficiarias de alojamiento con problemas de tenencia que hayan tenido acceso –de forma independiente o mediante derivación– a servicios jurídicos o mecanismos de resolución de conflictos

- ⊕ *Véase el Principio de Protección 4.*

Notas de orientación

Tenencia: la tenencia es la relación entre grupos o personas con respecto a la vivienda y la tierra, regulada por ley o por procedimientos consuetudinarios, informales o religiosos. Los sistemas de tenencia determinan quién puede utilizar qué recursos, durante cuánto tiempo y en qué condiciones. Hay muchos tipos de procedimientos

de tenencia, que van desde la plena propiedad y los contratos de alquiler hasta las viviendas de emergencia y la ocupación de tierras en asentamientos informales. Sea cual sea la condición de la tenencia, todas las personas tienen derechos sobre la vivienda, la tierra y la propiedad. Puede que las personas que vivan en asentamientos informales, que a menudo son desplazadas internamente, no tengan derecho legal a ocupar la tierra, pero siguen teniendo el derecho a una vivienda adecuada y a ser protegidas contra el desalojo forzoso de su hogar. A fin de determinar si existe una seguridad adecuada de la tenencia, es necesario disponer de información como la documentación de la tenencia y el uso de métodos de diligencia debida.

La seguridad de la tenencia es una parte integral del derecho a una vivienda adecuada. Garantiza la protección jurídica contra el desalojo forzoso, el acoso y otras amenazas y permite que las personas vivan en sus hogares en condiciones de seguridad, paz y dignidad. Todas las personas, incluidas las mujeres, deberían poseer un cierto grado de seguridad de la tenencia. Es importante entender cómo se gestionan y se practican las relaciones de tenencia, incluidos los mecanismos de resolución de conflictos, y cómo pueden haber cambiado desde que se inició la crisis. Los datos para evaluar la seguridad de la tenencia pueden incluir cifras de conflictos, índices de desalojo y percepciones de seguridad.

Tenencia incremental: una de las maneras más eficaces de fortalecer la seguridad de la tenencia es aprovechar los sistemas de tenencia existentes que gozan de cierto grado de legitimidad social ⊕ *véase Referencias: UN Habitat and GLTN Social Tenure Domain Model,* y *Payne and Durand-Lasserve (2012).*

Consideraciones urbanas: la mayoría de las personas desplazadas urbanas viven en asentamientos informales o en alojamientos de alquiler sin contratos formales de propiedad, arriendo y/o uso. Por tanto, el riesgo de desalojo forzoso y las formas de explotación y acoso relacionadas son factores que definen su vida. En las opciones de asistencia en materia de alojamiento y asentamiento en las zonas urbanas se deben tener en cuenta las situaciones de tenencia complejas y estudiar las formas de tenencia incremental para inquilinos, colonos informales, ocupantes ilegales, etc.

Acción sin daño: en algunos contextos, una intervención humanitaria en materia de alojamiento puede acarrear el desalojo de grupos vulnerables. En otros, resaltar los problemas de seguridad de la tenencia puede incrementar el riesgo de desalojo de los grupos vulnerables. Un proceso de diligencia debida servirá para determinar los riesgos de seguridad de la tenencia que afectan a distintos grupos. En algunos casos, cuando los riesgos para la seguridad de la tenencia sean demasiado grandes, puede que lo mejor sea no hacer nada.

Desencadenantes frecuentes de desalojo: la amenaza de desalojo se origina por una compleja interacción de factores, la mayoría de los cuales también conllevan explotación y abuso. Entre ellos cabe mencionar:

- la imposibilidad de pagar el alquiler, a menudo debido a la limitación de los medios de vida, como el derecho al trabajo;

- la ausencia de un contrato escrito de arriendo con la persona propietaria, que genera vulnerabilidad al incremento de precios y al desalojo;
- los conflictos con los propietarios;
- la discriminación contra las personas afectadas;
- las restricciones para mejorar el entorno de la vivienda, de modo que las personas que incumplen las normas de construcción se encuentran en constante amenaza de desalojo;
- la incapacidad de los usuarios u ocupantes de las zonas construibles para regularizar su situación con la administración civil;
- las transacciones de vivienda que se producen en un marco tradicional o religioso y, por tanto, no están reconocidas por la ley, o viceversa;
- en el caso de las mujeres: divorcio, violencia ejercida por la pareja sentimental y otras formas de violencia doméstica, o el fallecimiento del esposo y
- la falta de documentación civil de las mujeres (puede que estén incluidas en la documentación de su padre o marido) y de otros grupos marginados o perseguidos.

Desalojo y reubicación: el reasentamiento puede ser conforme a la legislación sobre derechos humanos para proteger la salud y la seguridad de los habitantes expuestos a desastres naturales o amenazas medio ambientales o para preservar recursos naturales críticos. Sin embargo, abusar de la normativa destinada a proteger la salud y la seguridad públicas o el medio ambiente con el fin de justificar un desalojo en ausencia de un riesgo auténtico, o cuando se dispone de otras opciones, es contrario al derecho internacional de los derechos humanos.

7. Sostenibilidad medio ambiental

La sostenibilidad medio ambiental es característica de una programación responsable que satisface las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades. Pasar por alto los problemas medio ambientales a corto plazo puede comprometer la recuperación, agravar los problemas ya existentes o crear otros nuevos ⊕ *véanse el Principio de Protección 1* y la *Norma Humanitaria Esencial, Compromisos 3 y 9*.

Alojamiento y asentamiento - Norma 7: Sostenibilidad medio ambiental

La asistencia al alojamiento y al asentamiento reduce al mínimo los impactos negativos del programa en el medio ambiente natural.

Acciones clave

1 Integrar la evaluación de impacto medio ambiental y la gestión medio ambiental en toda la planificación de alojamientos y asentamientos.

- Evaluar los impactos medio ambientales de la crisis y los riesgos y vulnerabilidades medio ambientales a fin de reducir al mínimo los efectos negativos de las opciones de alojamiento y asentamiento.
- Incorporar un plan de gestión medio ambiental en las operaciones y en los procedimientos de seguimiento.

2 Seleccionar los materiales y técnicas más sostenibles entre las opciones viables.

- Dar preferencia a aquellos que no agoten los recursos naturales locales o que no contribuyan a crear daños medio ambientales a largo plazo.
- Rescatar y reutilizar, reciclar o readaptar los materiales disponibles, incluidos los escombros.

3 Gestionar los residuos sólidos de todos los asentamientos de forma segura, oportuna, culturalmente sensible y sostenible desde el punto de vista del medio ambiente.

- Coordinar con las autoridades de agua y saneamiento, salud, obras públicas, así como con el sector privado y otras partes interesadas, a fin de establecer o restablecer prácticas sostenibles de gestión de residuos.

4 Establecer, restaurar y promover sistemas de suministro de energía que sean seguros, fiables, asequibles y sostenibles desde elpunto de vista del medio ambiente.

- Determinar si los sistemas de suministro de energía existentes tienen un impacto medio ambiental negativo sobre los recursos naturales, la contaminación, la salud y la seguridad.

- Asegurar que cualquier opción nueva o revisada de suministro energético satisfaga las necesidades de los usuarios e impartir formación y realizar un seguimiento, según sea necesario.

5 Proteger, restaurar y mejorar el valor ecológico de los terrenos donde se trabaje (como asentamientos temporales) durante y después del uso.

- Evaluar las condiciones de referencia medio ambientales y los recursos naturales disponibles a nivel local para cada terreno y determinar qué amenazas existen para el medio ambiente, incluidas las originadas por usos comerciales o industriales anteriores.
- Eliminar de la zona los peligros inmediatos y evidentes y reparar cualquier degradación seria del medio ambiente, preservando, en la mayor medida posible, la vegetación y los drenajes naturales.
- Dejar el terreno en un estado que permita a la población local utilizarlo de forma inmediata, si es posible en mejor estado que antes.

Indicadores clave

Porcentaje de actividades de alojamiento y asentamiento que van precedidas de un estudio medio ambiental

Número de recomendaciones del plan de gestión y seguimiento medio ambiental que se han aplicado

Porcentaje de construcciones de alojamiento que han utilizado métodos de compra y materiales de construcción con bajos niveles de emisión de carbono

Porcentaje de residuos sólidos sobre el terreno que se reutilizan, se readaptan o se reciclan

- Objetivo >70% del volumen.

Porcentaje de terrenos de asentamiento temporal que se restauran con mejores condiciones medio ambientales que antes del uso

Notas de orientación

La evaluación de impacto medio ambiental consta de tres elementos: una descripción del medio ambiente local en su estado inicial, con respecto al cual se produce la evaluación; el conocimiento de la actividad propuesta y las amenazas que pueda entrañar para el medio ambiente; y el conocimiento de las consecuencias que pueden derivarse en el caso de que se materialice la amenaza.

Puede ser útil consultar con organismos medio ambientales apropiados. Algunos puntos claves a considerar en la evaluación de impacto medio ambiental son:

- el acceso y uso de los recursos naturales locales antes de la crisis, por ejemplo, combustible y materiales de construcción, suministro de agua y gestión de residuos;

- la magnitud de los recursos naturales disponibles localmente y el impacto de la crisis sobre dichos recursos y
- problemas sociales, económicos y culturales (incluidas las funciones asignadas a cada género) que puedan influir en la sostenibilidad de la respuesta y mejorar su eficacia y eficiencia generales.

Aprovisionamiento de materiales: cuando se utilicen recursos naturales, como agua, madera, arena, tierra y elementos vegetales, así como combustible para la cocción de ladrillos y tejas, hay que ser consciente de su impacto medio ambiental. Promover el uso de múltiples fuentes de abastecimiento, la reutilización de materiales rescatados y la producción de materiales alternativos. La reforestación puede ser una buena manera de producir materiales de construcción sostenibles. Evitar el uso de materiales que se hayan producido mediante la explotación tanto de personas adultas como de menores ⊕ *véase Prestación de asistencia a través de los mercados.*

Selección del terreno: la elección del terreno debe basarse en las evaluaciones de impacto medio ambiental. Por ejemplo, localizar los asentamientos cerca de infraestructuras ya existentes puede reducir el impacto medio ambiental asociado con la construcción de nuevas infraestructuras. Considerar la exposición a riesgos relacionados con el clima ⊕ *véase Alojamiento y asentamiento - Norma 2: Localización y planificación del asentamiento.*

Erosión: conservar los árboles y otra vegetación para estabilizar la tierra y disponer de toda la sombra posible y la máxima protección contra el clima. El uso de los contornos naturales para construir servicios, tales como carreteras, caminos y redes de desagüe, reduce al mínimo la erosión y las inundaciones. Si es necesario, se onstruirán canales de desagüe y tuberías de desagüe que pasen por debajo de las carreteras o terraplenes para prevenir la erosión del suelo. Cuando la pendiente se superior al 5%, se deben aplicar técnicas de ingeniería para prevenir la erosión excesiva.

Gestión de escombros y reutilización o readaptación de residuos: planificar la gestión de los escombros inmediatamente después de la crisis favorece el rescate de los mismos para reutilizarlos, adaptarlos a nuevos usos o eliminarlos de forma segura.

Los residuos sólidos que se generan en contextos humanitarios pueden ser reutilizados o destinados a nuevos usos. La reutilización de materiales en un contexto humanitario, como parte de una estrategia sistemática de gestión de los residuos sólidos, depende de las actitudes culturales que suscite su manipulación, así como de la proximidad de empresas dispuestas a comprar los materiales ya separados. Los contextos humanitarios ofrecen oportunidades para la reutilización innovadora de materiales ⊕ *véanse WASH - Gestión de excrementos - Norma 3.1* y *WASH - Gestión de residuos sólidos - Normas 5.1 y 5.3.*

Energía: al abordar el consumo de energía, hay que tener en cuenta el clima, los recursos naturales disponibles, la contaminación en interiores y al aire libre, el impacto para la salud, la seguridad y las preferencias de los usuarios. Siempre que sea posible, los programas deberán reducir las necesidades energéticas de

los hogares. Un diseño que tenga en cuenta la eficiencia energética y la utilización conceptos pasivos de calefacción o refrigeración de las estructuras y de artículos domésticos que hacer un uso eficiente de la energía como las lámparas solares, reduce los costos domésticos y el impacto medio ambiental ⊕ *véase Seguridad alimentaria y nutrición - Norma 5: Seguridad alimentaria general.*

Determinar los riesgos que puede entrañar para el público el deterioro de los suministros de energía, por ejemplo, los daños en los cables eléctricos o las fugas en las bombonas de gas propano o depósitos de aceite combustible. Es preciso coordinar con las autoridades y los proveedores de energía locales para restaurar, prestar y mantener los servicios energéticos. Los subsidios u otros incentivos pueden ser una opción para garantizar la seguridad y reducir la contaminación o la presión sobre los recursos naturales.

Gestión de los recursos naturales: cuando existan recursos naturales limitados para sustentar un incremento importante de población humana, será esencial un plan de gestión de los recursos. Si es necesario, consultar con personas expertas externas. El plan de gestión de los recursos puede proponer suministros externos de combustible y opciones para el pastoreo, la agricultura y otras fuentes de ingresos que dependen de los recursos naturales. Puede que un asentamiento de grandes dimensiones que esté bien gestionado sea más sostenible desde el punto de vista medio ambiental que numerosos asentamientos pequeños y dispersos que no sean tan fáciles de gestionar o supervisar. Sin embargo, los asentamientos comunitarios de gran tamaño pueden ejercer mayor presión sobre las comunidades de acogida cercanas que los asentamientos pequeños y dispersos. Los actores del sector de alojamiento deberían tener siempre en cuenta cómo afectan sus intervenciones a las necesidades de recursos naturales de la población de acogida ⊕ *véanse Norma Humanitaria Esencial - Compromiso 9* y *Manual LEGS.*

Contextos urbanos y rurales: en general, las personas que viven en zonas rurales tienen una mayor dependencia de los recursos naturales en su entorno inmediato que los habitantes de zonas urbanas. Sin embargo, las zonas urbanas absorben grandes cantidades de recursos naturales, como madera, arena y cemento, ladrillos y otros materiales de construcción naturales que provienen de una zona de influencia mucho mayor. Cuando se utilicen grandes cantidades de materiales de construcción en programas urbanos u otros programas de alojamiento a gran escala, que puedan tener un impacto medio ambiental a mucha distancia de la zona de ejecución del programa, deberán tomarse decisiones bien informadas.

Apéndice 1
Lista de verificación para la evaluación del alojamiento y el asentamiento

Esta lista de preguntas sirve como lista de verificación para garantizar que se ha obtenido información adecuada que sirva de base a la respuesta en materia de alojamiento y asentamiento posterior a la crisis. Esta lista de preguntas no es obligatoria. Se puede utilizar y adaptar, según proceda.

La información relativa a las causas subyacentes de la crisis, la situación de seguridad, y las personas clave con las que consultar y contactar, así como los datos demográficos básicos de las personas desplazadas y, en su caso, de la población de acogida, se obtendrán por separado.

Evaluación y coordinación

- ¿Han establecido las autoridades competentes y las organizaciones humanitarias un mecanismo de coordinación consensuado?
- ¿Qué datos de referencia existen de las personas afectadas? ¿Cuáles son las amenazas conocidas y los riesgos y vulnerabilidades relacionados con el alojamiento y el asentamiento?
- ¿Existe un plan de contingencia que sirva de base a la respuesta?
- ¿De qué información inicial se dispone ya?
- ¿Se ha planificado una evaluación interinstitucional o multisectorial? ¿Incluye el alojamiento, el asentamiento y los artículos domésticos?

Demografía

- ¿Cuántas personas conforman un hogar medio?
- ¿Cuántas personas afectadas viven en diferentes tipos de hogares? Considerar los grupos que vivan al margen de conexiones familiares, como grupos de menores no acompañados y hogares que no tengan el tamaño medio, entre otros. Desglosar por sexo, edad, discapacidad y etnia, a filiación lingüística o religiosa, según sea apropiado para el contexto.
- ¿Cuántos hogares carecen de alojamiento adecuado y dónde se encuentran?
- ¿Cuántas personas, desglosadas por sexo, edad y discapacidad, que no sean miembros de un hogar, carecen de alojamiento o tienen un alojamiento inadecuado, y dónde se encuentran?
- ¿Cuántas familias afectadas que carecen de alojamiento adecuado no han sido desplazadas y pueden ser asistidas en el lugar de su hogar original?
- ¿Cuántas familias afectadas que carecen de alojamiento adecuado han sido desplazadas y necesitan asistencia en materia de alojamiento con familias de acogida o en asentamientos temporales?

- ¿Cuántas personas, desglosadas por sexo y edad, carecen de acceso a instalaciones comunitarias, como escuelas, instalaciones de salud y centros comunitarios?

Riesgos

- ¿Cuáles son los riesgos inmediatos para la vida, la salud y la seguridad derivados de la falta de alojamiento adecuado y cuántas personas están en riesgo?
- ¿Cuáles son los riesgos menos inmediatos para la vida, la salud y la seguridad de las personas derivados de la falta de alojamiento adecuado?
- ¿Cómo afectan los sistemas, procedimientos y prácticas de tenencia a la seguridad de la tenencia de las poblaciones vulnerables y marginadas?
- ¿Cuáles son los riesgos concretos para las personas en situación de vulnerabilidad, como las mujeres, los menores, los menores no acompañados y las personas con discapacidad o enfermedades crónicas, debido a la falta de alojamiento adecuado y por qué?
- ¿Cómo afecta la presencia de personas desplazadas a las poblaciones de acogida?
- ¿Cuáles son los riesgos potenciales de conflicto o discriminación entre grupos de la población afectada, especialmente mujeres y niñas?

Recursos y limitaciones

- ¿Cuáles son los recursos materiales, financieros y humanos de que disponen las personas afectadas para satisfacer parte o todas sus necesidades urgentes de alojamiento?
- ¿Qué problemas existen en relación con la disponibilidad, propiedad y utilización de tierras que afecten la capacidad de las personas para satisfacer sus necesidades urgentes de alojamiento, incluidos los asentamientos comunitarios temporales?
- ¿Qué riesgos puede entrañar para las posibles poblaciones de acogida alojar a personas desplazadas en sus propias viviendas o en terrenos adyacentes?
- ¿Qué oportunidades y limitaciones afectan al uso de edificios o estructuras existentes, disponibles e intactos para alojar temporalmente a personas desplazadas?
- ¿Existen tierras vacantes accesibles que sean adecuadas para establecer asentamientos temporales, teniendo en cuenta la topografía y otras limitaciones medio ambientales?
- ¿Qué requisitos y limitaciones de carácter normativo pueden afectar al desarrollo de soluciones de alojamiento?

Materiales, diseño y construcción

- ¿Qué soluciones iniciales de alojamiento o materiales de construcción han proporcionado las personas y comunidades afectadas u otros actores?

- ¿Qué materiales ya existentes se pueden rescatar de las estructuras afectadas para utilizarlos en la reconstrucción de alojamientos?
- ¿Cuáles son las prácticas de construcción típicas de las personas afectadas y qué materiales utilizan para la estructura, el techo y las paredes de cerramiento externo?
- ¿Qué soluciones alternativas de diseño o materiales existen y son conocidas o aceptadas por las personas afectadas?
- ¿Qué características de diseño garantizarán que todas las personas afectadas puedan obtener y utilizar soluciones de alojamiento de forma segura y rápida?
- ¿Cómo pueden las soluciones de alojamiento identificadas minimizar riesgos y vulnerabilidades en el futuro?
- ¿Quién construye normalmente los alojamientos y cómo?
- ¿Quién obtiene normalmente los materiales de construcción y cómo?
- ¿Cómo pueden las mujeres, los y las jóvenes, las personas con discapacidad y las personas mayores recibir formación o asistencia para participar en la construcción de sus propios alojamientos y cuáles son las limitaciones?
- Cuando haya personas u hogares que no tengan la capacidad o la oportunidad de construir sus propios alojamientos, ¿será necesaria asistencia adicional para ayudarles? Algunos ejemplos son la prestación de asistencia técnica o mano de obra voluntaria o contratada.

Actividades domésticas y de subsistencia

- ¿Qué actividades domésticas y de subsistencia se llevan a cabo normalmente en los alojamientos de las personas afectadas o en sus proximidades? y ¿cómo reflejan el espacio disponible y su diseño estas actividades?
- ¿Qué oportunidades de apoyo a la subsistencia legales y ambientalmente sostenibles se pueden ofrecer a través del aprovisionamiento de materiales y la construcción de soluciones de alojamiento y asentamiento?

Servicios e instalaciones comunitarias esenciales

- ¿Qué disponibilidad actual hay de agua para beber y para la higiene personal? y ¿qué posibilidades y limitaciones existen para satisfacer las necesidades de saneamiento previstas?
- ¿Qué disponibilidad actual hay de instalaciones comunitarias (como centros de salud, escuelas y lugares de culto)? y ¿qué limitaciones y oportunidades existen para acceder a estas instalaciones?
- Cuando se utilicen edificios comunitarios, en particular escuelas, para alojar a personas desplazadas, ¿qué proceso y plazos existen para que vuelvan a destinarse a su uso previsto?

Efectos para la población de acogida e impacto medio ambiental

- ¿Qué cuestiones preocupan a la población de acogida?

- ¿Cuáles son las limitaciones organizativas y físicas relacionadas con el alojamiento de las personas desplazadas en la población de acogida o en asentamientos temporales?
- ¿Cuáles son los problemas medio ambientales relacionados con el aprovisionamiento local de materiales de construcción?
- ¿Cuáles son los problemas medio ambientales relacionados con las necesidades que tienen las personas desplazadas en materia de combustible, saneamiento, eliminación de residuos y pastoreo de animales, entre otras?

Necesidades de artículos domésticos

- ¿Cuáles son los artículos no alimentarios críticos que necesitan las personas afectadas?
- ¿Se puede obtener alguno de los artículos no alimentarios necesarios de forma local?
- ¿Es posible utilizar dinero en efectivo o cupones?
- ¿Será necesaria asistencia técnica complementaria al suministro de artículos de alojamiento?

Prendas de vestir y ropa de cama

- ¿Qué tipo de prendas de vestir, mantas y ropa de cama utilizan normalmente los hombres, las mujeres, los niños/as y bebés, las mujeres embarazadas y lactantes, las personas con discapacidad y las personas mayores? ¿Existen consideraciones sociales y culturales especiales?
- ¿Cuántos hombres y mujeres de todas las edades, niños/as y bebés tienen prendas de vestir, mantas o ropa de cama inadecuadas o insuficientes para protegerse de los efectos negativos del clima y para mantener la salud, dignidad y bienestar?
- ¿Cuáles son los riesgos potenciales para la vida, la salud y la seguridad de las personas afectadas si no se satisface su necesidad de prendas de vestir, mantas o ropa de cama adecuadas?
- ¿Qué medidas de control de vectores, especialmente el suministro de mosquiteros, hacen falta para garantizar la salud y el bienestar de los hogares?

Utensilios, estufas y combustible para cocinar y comer

- ¿Qué utensilios para cocinar y comer tenía un hogar típico antes de la crisis?
- ¿Cuántos hogares carecen de utensilios suficientes para cocinar y comer?
- ¿Cómo solían las personas afectadas cocinar y calentar sus viviendas antes de la crisis y dónde cocinaban?
- ¿Qué combustible solían utilizar para cocinar y calentarse antes de la crisis y dónde lo obtenían?
- ¿Cuántos hogares carecen de una estufa para cocinar y calentarse, y por qué?
- ¿Cuántos hogares carecen de suministros adecuados de combustible para cocinar y calentarse?

- ¿Qué oportunidades y limitaciones (especialmente medio ambientales) existen para que las poblaciones afectadas por la crisis y las poblaciones vecinas se aprovisionen de cantidades adecuadas de combustible para?
- ¿Cómo afecta el aprovisionamiento de cantidades adecuadas de combustible a las personas afectadas y, en particular, a las mujeres de todas las edades?
- ¿Hay aspectos culturales en las formas de cocinar y comer que haya que tener en cuenta?

Herramientas y equipamiento

- ¿De qué herramientas básicas disponen los hogares para reparar, construir o mantener un alojamiento?
- ¿Qué actividades de subsistencia pueden utilizar también las herramientas básicas con fines de construcción, mantenimiento o remoción de escombros?
- ¿Qué actividades de formación o concienciación serían adecuadas para que se utilicen las herramientas de forma segura?

Apéndice 2
Descripción de los escenarios de asentamiento

Los escenarios de asentamiento permiten un primer nivel de categorización del lugar y la forma en que viven las personas afectadas. Conocer la crisis a través de estos escenarios de asentamiento será útil para planificar estrategias de asistencia. Se debe obtener información adicional para que sirva de base a una planificación detallada del asentamiento ⊕ *véase el apéndice 3: Cuadro de características de las tipologías de los asentamientos.*

Grupo de población	Escenario de asentamiento	Descripción	Ejemplos
Personas no desplazadas	Alojamiento o tierra ocupados por el propietario	El ocupante es el propietario del inmueble o tierra (la propiedad puede ser formal o informal) o es propietario de una parte o copropietario	Casas, apartamentos, tierra
	Alojamiento o tierra de alquiler	El alquilar permite a una persona u hogar utilizar una vivienda o tierra durante un periodo de tiempo determinado a un precio específico, sin transferencia de propiedad, de acuerdo con un contrato escrito o verbal con un propietario público o privado	
	Alojamiento o tierra ocupado informalmente	Los hogares ocupan el inmueble o tierra sin el permiso expreso del propietario o su representante designado	Casas y apartamentos vacíos, tierras vacantes
Personas desplazadas	Acuerdo de alquiler	El alquilar permite a una persona u hogar utilizar una vivienda o tierra durante un periodo de tiempo determinado a un precio específico, sin transferencia de propiedad. Se basa en un contrato escrito o verbal con un propietario público o privado. Se puede autofinanciar de forma individual o comunal, o subvencionar por parte del gobierno o de la comunidad humanitaria.	Casas, apartamentos y tierras dentro del inventario de viviendas existente

Grupo de población	Escenario de asentamiento	Descripción	Ejemplos
Personas desplazadas	Acuerdo de acogida	Las poblaciones de acogida ofrecen alojamiento a las poblaciones desplazadas o a familias individuales	Casas, apartamentos y tierras ya ocupados o facilitados por la población de acogida
	Proceso espontáneo de ocupación	Las familias desplazadas se asientan de forma espontánea en un lugar sin un acuerdo previo con los actores pertinentes (como el propietario, el gobierno local, las organizaciones humanitarias o la población de acogida)	Casas y apartamentos vacíos, tierras vacantes, márgenes de calles
Comunitario	Alojamiento colectivo	Instalación o estructura preexistente donde se alojan muchas familias Las infraestructuras y los servicios básicos se proporcionan a nivel comunitario o se facilita el acceso a los mismos.	Edificios públicos, centros de evacuación, de recepción y tránsito, edificios abandonados, complejos empresariales, edificios no terminados
	Asentamiento planificado	Un asentamiento construido específicamente para personas desplazadas cuya distribución está ordenada y gestionada, y que dispone de infraestructuras, instalaciones y servicios	Asentamientos formales administrados por las autoridades públicas, Naciones Unidas, ONG o la sociedad civil. Pueden incluir centros de tránsito o recepción, o centros de evacuación.
	Asentamiento no planificado	Múltiples familias se asientan espontánea y colectivamente en un lugar para crear un nuevo asentamiento. Las familias o el colectivo pueden haber llegado a acuerdos de alquiler con el propietario de las tierras. Esto suele ocurrir sin un acuerdo previo con los actores relevantes (como el propietario, el gobierno local o la población de acogida). En un principio, los servicios básicos del asentamiento no están planificados.	Asentamientos informales

Apéndice 3
Características adicionales de los escenarios de asentamiento

Este cuadro recoge características secundarias que amplían los escenarios de asentamiento descritos en ⊕ *el apéndice 2*. Su uso, para comprender mejor la crisis, debe servir de base a los procesos de planificación.

Nota: La elección de las características y su definición varía según el contexto y debe corresponderse con las directrices pertinentes. Se deben crear las características adicionales que sean necesarias para su definición en un contexto específico.

Categoría	Ejemplos	Notas
Tipo de población desplazada	Personas refugiadas, solicitantes de asilo, personas desplazadas internamente (PDI), personas refugiadas retornadas, PDI retornadas, otras personas de interés (por ejemplo, migrantes)	⊕ *Véase la Guía sobre el perfil humanitario (Humanitarian Profile Support Guidance) en la página web www.humanitarianresponse.info.*
Indirectamente afectadas	Poblaciones preexistentes, poblaciones de acogida	La presencia de las poblaciones directamente afectadas suele tener efectos para las poblaciones de acogida, por ejemplo, cuando comparten servicios comunitarios, como escuelas, o cuando actúan como familias de acogida
Contexto geográfico	Zonas urbanas, periurbanas, rurales	Las zonas periurbanas se sitúan entre las zonas urbanas y rurales consolidadas
Nivel de daño	Intacta, daños parciales, destrucción total	La categorización del nivel de daño debería servir de base a la decisión acerca de si es seguro ocupar el edificio o alojamiento
Duración/fase	A corto, medio o largo plazo Emergencia, permanente Transición, recuperación, estable	La definición de estos términos varía y debería establecerse al inicio de la respuesta
Sistemas de tenencia	Legales, tradicionales, religiosos, híbridos	
Tipos de tenencia de viviendas	Propiedad, derechos de uso, alquiler, tenencia colectiva	

Categoría	Ejemplos	Notas
Tipos de tenencia de tierras	Privada, comunitaria, colectiva, acceso abierto, estatal/pública	Los procedimientos informales de tenencia de tierras o viviendas incluyen la ocupación ilegal, regularizada o no, las subdivisiones no autorizadas de tierras de las que se tiene la propiedad legal, y diversos tipos de alquiler irregular. En algunos casos, pueden coexistir varios tipos de tenencia en la misma parcela y cada parte tiene determinados derechos.
Tipo de alojamiento	Tiendas de campaña, alojamientos improvisados, alojamientos de transición, viviendas tipo núcleo, viviendas permanentes, apartamentos, espacio alquilado en una unidad mayor, garajes, caravanas, contenedores	⊕ *Véase el apéndice 4: Opciones de asistencia*
Gestión del asentamiento	Gestionado, gestión remota o móvil, autogestión, no gestionado	Gestionado: sin objeciones por parte de la persona propietaria de la tierra y con el respaldo de las autoridades Gestión remota o móvil: cuando un equipo administra varios asentamientos Autogestión: por la estructura de liderazgo de la comunidad o por comités internos

Apéndice 4
Opciones de asistencia

Se pueden combinar distintas opciones de asistencia para satisfacer las necesidades de las personas afectadas. Se deben considerar las ventajas y desventajas de cada una a fin de elaborar el programa más conveniente.

Opción de asistencia	Descripción
Artículos domésticos	⊕ *véase Alojamiento y asentamiento - Norma 4: Artículos domésticos*
Kits de construcción de alojamientos	Materiales, herramientas y equipos de construcción necesarios para crear o mejorar el espacio habitable. Considerar si suministrar materiales estructurales, como postes o fijaciones, y si pueden ser suministrados por los hogares. Considerar la necesidad de realizar actividades adicionales de instrucción, promoción, educación o concienciación.
Herramientas para alojamientos	Herramientas de construcción necesarias para crear o mejorar el espacio habitable y el asentamiento.
Tiendas de campaña	Alojamientos portátiles prefabricados con una cubierta y una estructura.
Apoyo al retorno y al tránsito	Apoyo para las personas afectadas que deciden regresar a su lugar de origen o reubicarse en otro lugar. Este apoyo puede incluir toda una serie de servicios, como facilitar el transporte, billetes o cupones de transporte, o artículos tales como herramientas, materiales y semillas.
Reparaciones	La reparación consiste en restaurar un edificio dañado o deteriorado para dejarlo en perfectas condiciones de uso, en cumplimiento de las normas y especificaciones exigidas. Si un edificio ha sufrido daños menores, es posible repararlo sin efectuar una gran obra de reacondicionamiento estructural. Para las personas desplazadas puede ser necesario reparar centros colectivos o adaptar edificios ya existentes, como, por ejemplo, escuelas, para que sirvan de alojamiento masivo.
Reacondicionamiento estructural	Reacondicionar estructuralmente un edificio implica reforzar o modificar su estructura. El objetivo es que el edificio sea más resistente a futuros peligros gracias a la inserción de elementos estructurales seguros. Puede que los edificios que hayan quedado dañados a causa de la crisis tengan que ser reacondicionados estructuralmente, además de reparados. Para las personas desplazadas, puede ser necesario reacondicionar estructuralmente las casas de las familias de acogida, si hay un peligro inminente.
Asistencia para la acogida	Las personas que no pueden regresar a sus hogares, a menudo se quedan con familiares y amigos, o en comunidades con quienes comparten historia, religión u otros vínculos. Apoyar el hogar de acogida para que continúe alojando a las personas afectadas incluye ayudas para ampliar o adaptar el alojamiento existente, o ayuda financiera y material para cubrir los costos de funcionamiento doméstico.

Opción de asistencia	Descripción
Asistencia para el alquiler	La asistencia a las familias afectadas para que alquilen viviendas y tierras puede incluir ayudas financieras, apoyo para obtener un acuerdo justo o asesoramiento sobre las normas que rigen la propiedad inmobiliaria. El alquiler es un gasto continuo, por lo que hay que planificar las estrategias de salida, promover la autosuficiencia o relacionar las actividades de subsistencia desde un principio ⊕ *véanse Alojamiento y asentamiento - Norma 3: Espacio de vivienda y Norma 6: Seguridad de la tenencia.* (Nota: La asistencia para el alquiler puede inyectar dinero en efectivo en la población de acogida o puede agotar el mercado y provocar inflación).
Alojamientos temporales	Soluciones de alojamiento a corto plazo, destinadas a retirarse una vez se alcance la siguiente fase de la solución de alojamiento. Normalmente se construyen con costos limitados.
Alojamientos de transición	Alojamientos rápidos que se construyen con materiales y técnicas pensados para pasar a ser estructuras más permanentes. El alojamiento se debe poder reformar, reutilizar, revender o trasladar de los terrenos temporales a sitios permanentes.
Vivienda tipo núcleo	Unidades de vivienda planificadas, diseñadas y construidas para formar parte en algún momento de una casa permanente, pero sin completarla. La vivienda tipo núcleo facilita el proceso de ampliación futura por parte de los residentes con sus propios medios y recursos. El objetivo es crear un espacio de vivienda seguro y adecuado, de una o dos habitaciones, con instalaciones de agua y saneamiento, y los artículos domésticos necesarios ⊕ *véanse Alojamiento y asentamiento - Norma 3: Espacio de vivienda y Norma 4: Artículos domésticos.*
Reconstrucción	Estructuras que no se pueden reparar y que hay que demoler y reconstruir.
Centros de información	Los centros de información ofrecen asesoramiento y orientación a las personas afectadas. La información facilitada a través de estos centros puede aclarar cuestiones de derecho a la asistencia, derecho a la tierra, acceso a compensaciones, asesoramiento y asistencia técnica, retorno, integración y reubicación, así como mecanismos de retroalimentación rendición de cuentas y resarcimiento, incluida la asistencia jurídica y de arbitraje.
Experiencia jurídica y administrativa	Facilitar el acceso a personas expertas en los ámbitos jurídico y administrativo ayuda a las personas afectadas a conocer sus derechos y a recibir el apoyo administrativo que necesitan de forma gratuita o a bajo costo. Hay que prestar especial atención a las necesidades de los grupos más vulnerables.
Asegurar la tenencia	El apoyo para asegurar los derechos de ocupación de viviendas o tierras a las personas afectadas garantiza la protección legal contra el desalojo forzoso, el acoso y otras amenazas, y proporciona seguridad, paz y dignidad ⊕ *véase Alojamiento y asentamiento - Norma 6: Seguridad de la tenencia.*
Planificación de infraestructuras y asentamientos	El apoyo a la planificación de infraestructuras y asentamientos se utiliza para mejorar los servicios de una comunidad y respaldar la planificación de un asentamiento y las soluciones de reconstrucción sostenibles. El apoyo a la planificación de infraestructuras y asentamientos se puede dividir en dos categorías: el que se coordina principalmente por el sector de alojamiento y el que se coordina a través de otros sectores.

Opción de asistencia	Descripción
Apoyo al alojamiento colectivo	Se pueden utilizar edificios ya existentes como centros colectivos o centros de evacuación y con el fin de proporcionar alojamiento rápido. Pueden ser escuelas, edificios comunitarios, campos de deportes cubiertos, instalaciones religiosas o propiedades vacantes. Puede que estas propiedades necesiten adaptación o reformas para ser habitables ⊕ *véase Alojamiento y asentamiento - Norma 3: Espacio habitable.* Cuando se utilicen edificios escolares para alojar a personas afectadas por una crisis, se deben identificar y utilizar de forma inmediata estructuras alternativas para que pueda continuar la escolarización ⊕ *véanse las Directrices para centros colectivos (Collective Centre Guidelines) y el Manual INEE.*
Gestión de asentamientos y centros colectivos	⊕ *Véase la referencia: Collective Centre Guidelines.*
Retirada de escombros y gestión de cadáveres	La retirada de los escombros ayuda a mejorar la seguridad pública y el acceso a las personas afectadas. Considerar también el impacto medio ambiental ⊕ *véase Alojamiento y asentamiento - Normas 2 y 7.* Manejar e identificar los cadáveres adecuadamente ⊕ *véanse los capítulos Salud y WASH.*
Rehabilitar y/o instalar infraestructuras comunes	Rehabilitar o reconstruir las infraestructuras, por ejemplo, de suministro de agua y saneamiento, carreteras, drenajes, puentes y electricidad ⊕ *véanse las normas WASH*, y *Alojamiento y asentamiento - Norma 2: Localización y planificación del asentamiento.*
Rehabilitar y/o construir instalaciones comunitarias	▪ ***Educación:*** escuelas, espacios amigables para la infancia, zonas de juego seguras ⊕ *véase el Manual INEE*; ▪ ***Servicios de salud:*** centros de salud y hospitales ⊕ *véase Sistemas de salud - Norma 1.1: Prestación de servicios de salud*; ▪ ***Seguridad:*** puestos policiales o estructuras de vigilancia comunitarias; ▪ ***Actividades comunitarias:*** lugares de reunión para la toma de decisiones, de recreo y de culto, de almacenamiento de combustible, instalaciones para cocinar y para la eliminación de residuos sólidos, y ▪ ***Actividades económicas:*** mercados, tierras y espacio para el ganado, espacio para desarrollar los medios de vida y los negocios.
Planificación y zonificación de ciudades y pueblos	Cuando se vuelvan a planificar las zonas residenciales con posterioridad a una crisis, contar con las autoridades locales y los técnicos de ordenación urbana a fin de que se respeten las normas y los intereses respectivos de todas las partes interesadas ⊕ *véase Alojamiento y asentamiento - Norma 2: Localización y planificación del asentamiento.*
Reubicación	La reubicación es un proceso que implica reconstruir la vivienda de una familia, o los recursos y las infraestructuras comunitarias en otro lugar.

Apéndice 5
Opciones de asistencia

El método de prestación de la asistencia influye en la calidad, el momento y la escala de la prestación y su costo. Para seleccionar las opciones de implementación hay que conocer bien los mercados locales, incluidos los mercados de productos básicos, mano de obra y alquiler, a fin de apoyar la recuperación económica ⊕ *véase Prestación de asistencia a través de los mercados*. Considerar cómo las opciones de implementación seleccionadas afectan al grado de participación y sentimiento de pertenencia, a las dinámicas de género, a la cohesión social y a las opciones de subsistencia.

Opción de implementación	Descripción
Asistencia técnica y aseguramiento de la calidad	La asistencia técnica es una parte integral de cualquier respuesta de alojamiento y asentamiento, independientemente del tipo de asistencia ⊕ *véase Alojamiento y asentamiento - Norma 5: Asistencia técnica.*
Apoyo financiero	Gracias al apoyo financiero, las familias y las comunidades pueden acceder a bienes o servicios o satisfacer sus necesidades de alojamiento y asentamiento. En función del riesgo y de las complejidades, complementar el apoyo financiero con asistencia técnica y creación de capacidades. Las transferencias basadas en el mercado incluyen las siguientes opciones: ▪ ***Transferencia de dinero en efectivo condicionadas:*** útiles cuando es vital cumplir determinadas condiciones, por ejemplo, ejecución por etapas. ▪ ***Efectivo o cupones limitados:*** útil para garantizar productos concretos o para establecer vínculos con proveedores. ▪ Incondicional, ilimitado o multifuncional. ▪ Acceso a servicios financieros, como grupos de ahorro, préstamos, microcrédito, seguro y avales ⊕ *véase Prestación de asistencia a través de los mercados.*
Apoyo material en especie	Comprar y repartir productos y materiales directamente a las familias afectadas es una opción cuando los mercados locales no tienen disponibilidad en cantidad y calidad adecuadas o en el momento oportuno. ⊕ *Véase Prestación de asistencia a través de los mercados*
Trabajo por encargo y contratación	Encargos o contratos de trabajo para cumplir los objetivos de alojamiento y asentamiento, ya sea a través de modelos liderados por propietarios, por contratistas o por agencias ⊕ *véase Alojamiento y asentamiento - Norma 5: Asistencia técnica.*
Desarrollo de capacidades	La formación y el perfeccionamiento de competencias brindan a las partes interesadas la oportunidad de mejorar su capacidad de respuesta, a título individual y colectivo, así como e interactuar y considerar conjuntamente retos comunes y herramientas, como el desarrollo y aplicación de normas y reglamentos de construcción ⊕ *véase Alojamiento y asentamiento - Norma 5: Asistencia técnica.* Una adecuada creación de capacidades debería permitir a los expertos concentrarse en la supervisión de las actividades realizadas por las partes interesadas locales y prestar su asistencia a mayor número de personas.

Para obtener una tabla sobre las posibles opciones de asistencia e implementación relacionadas con los escenarios de asentamiento, diríjase a www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Referencias y lecturas complementarias

Instrumentos jurídicos internacionales

Convención sobre el estatuto de los refugiados. ACNUR, 1951. http://www.acnur.org

Artículo 25 Declaración Universal de los Derechos Humanos. Archivo del Consejo Internacional de Política de Derechos Humanos, 1948. https://dudh.es

Observación general Nº. 4: El derecho a una vivienda adecuada (párrafo 1 del artículo 11del Pacto). Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, 1991. http://www.acnur.org

Observación general 7: El derecho a una vivienda adecuada (párrafo 1 del artículo 11 del Pacto): los desalojos forzosos. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, 1997. https://www.escr-net.org

Guiding Principles on Internal Displacement. OCHA, 1998. www.internal-displacement.org

Pinheiro, *P. Principios sobre la restitución de las viviendas y el patrimonio de los refugiadosy las personas desplazadas*. ACNUDH, 2005. http://www.acnur.org

Generales

Humanitarian Inclusion Standards for Older People and People with Disabilities. International Age and Disability Capacity Programme (ADCAP). HelpAge, 2018. www.helpage.org

Criterios mínimos para el análisis de mercado en situaciones de emergencia (MISMA). Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. http://www.cashlearning.org

Normas mínimas para la protección de la infancia en la acción humanitaria (CPMS). El Grupo de Trabajo para la Protección de la Infancia (CPWG), 2012. http://cpwg.net

Camp Closure Guidelines. Global CCCM Cluster, 2014. www.globalcccmcluster.org

Post-Disaster Settlement Planning Guidelines. IFRC, 2012. www.ifrc.org

INEE Normas mínimas para la educación: Preparación, Respuesta, Recuperación. Red Interagencial para la Educación en Situaciones de Emergencia (INEE), 2010. https://reliefweb.int

Normas y directrices para intervenciones ganaderas en emergencias (LEGS). LEGS Project, segunda edición, 2017. https://www.livestock-emergency.net

Humanitarian Civil-Military Coordination: A Guide for the Military. OCHA, 2014. https://docs.unocha.org

UN-CMCoord Manual de Campo. OCAH, 2015. https://www.unocha.org

Normas mínimas para la recuperación económica (MERS). Red SEEP, 2017. https://seepnetwork.org

Emergency Handbook, 4th Edition. UNHCR, 2015. emergency.unhcr.org

Escenarios de asentamiento

Humanitarian Profile Support Guidance. IASC Information Management Working Group, 2016. www.humanitarianresponse.info

Shelter after Disaster. Shelter Centre, 2010. http://shelterprojects.org

Asentamiento comunitario temporal

Collective Centre Guidelines. UNHCR and IOM, 2010. https://www.globalcccmcluster.org

Efectivo, cupones, evaluaciones de mercado/discapacidades

CaLP CBA quality toolbox. pqtoolbox.cashlearning.org

Todas las personas bajo un mismo techo: Alojamientos y asentamientos de emergencia inclusivos. FICR, 2015. https://www.sheltercluster.org

Género y violencia de género

Manual de género para acción humanitaria IASC. IASC, 2017. https://interagencystandingcommittee.org

Directrices para la integración de las intervenciones contra la violencia de género en la acción humanitaria. Tercera parte, sección 11: Albergue, asentamientos humanos y recuperación. IASC, 2015. gbvguidelines.org

Security of Tenure in Humanitarian Shelter Operations. NRC and IFRC, 2014. www.ifrc.org

Escuelas y edificios públicos

Notas de orientación para la construcción de escuelas más seguras (INEE Toolkit). INEE, 2009. http://toolkit.ineesite.org

Contexto urbano

Urban Informal Settlers Displaced by Disasters: Challenges to Housing Responses. IDMC, 2015. www.internal-displacement.org

Urban Shelter Guidelines. NRC, Shelter Centre, 2010. http://shelterprojects.org

Seguridad de la tenencia

El derecho a una vivienda adecuada, Folleto informativo 21 (Rev.1). ACNUDH y ONU Habitat, 2015. https://www.ohchr.org

Los desalojos forzosos y los derechos humanos, Folleto informativo 25 (Rev.1). ACNUDH y ONUHabitat, 2014. https://www.ohchr.org

Rapid Tenure Assessment Guidelines for Post-Disaster Response Planning. IFRC, 2015. www.ifrc.org

Securing Tenure in Shelter Operations: Guidance for Humanitarian Response. NRC, 2016. https://www.sheltercluster.org

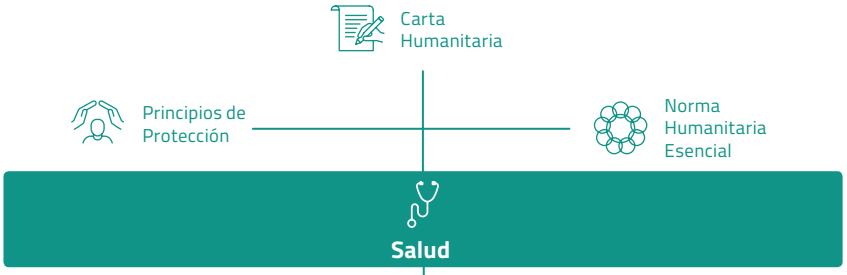
Payne, G. Durand-Lasserve, A. *Holding On: Security of Tenure – Types, Policies, Practices and Challenges.* 2012. www.ohchr.org

Land Rights and Shelter: The Due Diligence Standard. Shelter Cluster, 2013. www.sheltercluster.org

Lecturas complementarias

Para consultar sugerencias de lecturas complementarias, diríjase a www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Salud



Sistemas de salud	Atención esencial de salud						
	Enfermedades transmisibles	Salud infantil	Salud sexual y reproductiva	Cuidado de lesiones y traumas	Salud mental	Enfermedades no transmisibles	Cuidados paliativos
NORMA 1.1 Prestación de servicios de salud	**NORMA 2.1.1** Prevención	**NORMA 2.2.1** Enfermedades infantiles que pueden prevenirse mediante vacunación	**NORMA 2.3.1** Atención de salud reproductiva, materna y neonatal	**NORMA 2.4** Atención a lesiones y traumas	**NORMA 2.5** Atención de salud mental	**NORMA 2.6** Atención a las enfermedades no transmisibles	**NORMA 2.7** Cuidados paliativos
NORMA 1.2 Recursos humanos de salud	**NORMA 2.1.2** Vigilancia, detección de brotes y respuesta temprana	**NORMA 2.2.2** Tratamiento de enfermedades en recién nacidos y en la infancia	**NORMA 2.3.2** Violencia sexual y tratamiento clínico de la violación				
NORMA 1.3 Medicamentos y materiales médicos esenciales	**NORMA 2.1.3** Diagnóstico y gestión de casos		**NORMA 2.3.3** VIH				
NORMA 1.4 Financiación de la salud	**NORMA 2.1.4** Preparación para un brote y respuesta						
NORMA 1.5 Información de salud							

APÉNDICE 1 Lista de verificación para la evaluación en materia de salud
APÉNDICE 2 Modelos de formularios de notificación de vigilancia semanal
APÉNDICE 3 Fórmulas para calcular indicadores clave de salud
APÉNDICE 4 Intoxicación

Índice

Conceptos esenciales en materia de salud 324
1. Sistemas de salud 329
2. Atención esencial de salud 345
    2.1 Enfermedades transmisibles 345
    2.2 Salud infantil 357
    2.3 Salud sexual y reproductiva 363
    2.4 Cuidado de lesiones y traumas 371
    2.5 Salud mental 376
    2.6 Enfermedades no transmisibles 380
    2.7 Cuidados paliativos 383
Apéndice 1: Lista de verificación para la evaluación en materia de salud 387
Apéndice 2: Modelos de formularios de notificación de vigilancia semanal 389
Apéndice 3: Fórmulas para calcular indicadores clave de salud 394
Apéndice 4: Intoxicación 396
Referencias y lecturas complementarias 398

Conceptos esenciales en materia de salud

Todas las personas tienen derecho a recibir atención de salud apropiada en el momento oportuno

Las normas mínimas de Esfera sobre atención de salud son una expresión práctica del derecho a la atención de salud en contextos humanitarios. Están basadas en los principios, convicciones, derechos y obligaciones declarados en la Carta Humanitaria, que incluyen los derechos a vivir con dignidad, a la protección y a la seguridad y a recibir asistencia humanitaria, según las necesidades.

Véase una lista de los documentos jurídicos y normativos fundamentales en los que se sustenta la Carta Humanitaria, con comentarios explicativos destinados a las personas involucradas en la acción humanitaria, ⊕ *en el anexo 1*.

La atención de salud en una crisis tiene por objeto reducir la morbilidad y la mortalidad excesivas

Las crisis humanitarias tienen efectos importantes para la salud y el bienestar de las poblaciones afectadas. En las fases iniciales de una emergencia, la atención de salud es crucial para salvar vidas. La atención de salud también puede incluir la promoción de la salud, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos en cualquier fase de la respuesta.

Los efectos de una crisis en la salud pública pueden ser directos (los muertos o heridos ocasionados por la crisis propiamente dicha) e indirectos (cambios en las condiciones de vida, desplazamientos forzosos, falta de protección jurídica o reducción del acceso a la atención de salud).

El hacinamiento, el alojamiento inadecuado, el saneamiento deficiente, la insuficiente cantidad y calidad del agua, y la reducción de la seguridad alimentaria son factores que aumentan el riesgo de malnutrición y de que se produzcan brotes de enfermedades transmisibles. Los factores de estrés extremo también pueden desencadenar trastornos de salud mental. La erosión de los mecanismos de apoyo social y de los sistemas de autoayuda puede hacer que se utilicen mecanismos de afrontamiento negativos y no se busque ayuda. El acceso reducido a la atención de salud y la interrupción del suministro de medicamentos pueden alterar los tratamientos en curso, como la atención de salud materna y el tratamiento del VIH, de la diabetes y de los trastornos de salud mental.

El objetivo fundamental de una respuesta de salud durante una crisis es prevenir y reducir la mortalidad y la morbilidad excesivas. Las pautas de mortalidad y morbilidad y, por tanto, las necesidades de atención de salud, varían según el tipo y alcance de cada crisis.

Los indicadores más útiles para observar y evaluar la gravedad de una crisis son la tasa bruta de mortalidad (TBM) y un indicador más sensible, como es la tasa bruta de mortalidad en menores de 5 años (TBMM5). Si la TBM o la TBMM5 de referencia llegan a duplicar su valor, es indicativo de una importante emergencia de salud pública y requiere una respuesta inmediata ⊕ *véase el apéndice 3: Fórmulas para calcular indicadores clave de salud*.

A falta de una línea de base conocida, los siguientes valores constituyen umbrales de emergencia:

- TBM >1/10.000/día
- TBMM5 >2/10.000/día

Los umbrales de emergencia deben decidirse en cada país. Cuando la TBMM5 de referencia ya sobrepase el umbral de emergencia, por ejemplo, no sería ético esperar a que se duplicase.

Apoyar y desarrollar los sistemas de salud existentes

Un enfoque sobre los sistemas de salud hará progresivamente realidad el derecho a la salud durante la crisis y la recuperación; considerar cómo apoyar los sistemas existentes. Contratar personal (nacional e internacional) tendrá implicaciones a corto y largo plazo para los sistemas de salud nacionales. Después de un análisis, las intervenciones de salud bien planificadas pueden potenciar los sistemas de salud existentes, su futura recuperación y desarrollo.

En la primera fase de una crisis, priorizar las evaluaciones rápidas dirigidas al sector de salud y multisectoriales. Que la información sea incompleta y que no sea posible acceder a determinadas zonas no debe impedir que se tomen decisiones de salud pública en el momento oportuno. Realizar evaluaciones más exhaustivas lo antes posible.

Las crisis urbanas requieren un enfoque diferente para las respuestas en materia de salud

Las respuestas urbanas deben tener en cuenta la densidad de población, las políticas de entorno construido, las estructuras sociales y los servicios sociales existentes. Identificar a las personas en situación de riesgo o que carecen de acceso a la atención de salud no está exento de dificultades. Puede que la magnitud de las necesidades sobrepase rápidamente lo que se pueda proporcionar. Las personas que buscan refugio en pueblos y ciudades raramente tienen información sobre los servicios de salud existentes o cómo acceder a ellos, por lo que se corre el riesgo de que aumenten todavía más las enfermedades transmisibles. La divulgación ayudará a las personas a afrontar los nuevos factores urbanos de estrés, como el acceso inadecuado a alojamiento, alimentos, atención de salud, empleo o redes de apoyo social.

En las ciudades, los rumores y la desinformación se propagan rápidamente. Utilizar la tecnología para facilitar de forma inmediata información precisa sobre la atención y los servicios de salud. Los proveedores de atención de salud secundaria y terciaria suelen estar más activos en las ciudades, por lo que hay que aumentar su capacidad para ofrecer atención de salud primaria. Hay que contar con ellos

en los sistemas de alerta y respuesta tempranas para enfermedades transmisibles e incrementar su capacidad para prestar sus servicios especializados habituales.

Estas normas mínimas no deben aplicarse de forma aislada

Las normas mínimas recogidas en este capítulo reflejan el contenido esencial del derecho a una atención de salud adecuada y contribuyen al cumplimiento progresivo de este derecho a escala mundial. Este derecho está vinculado a los derechos al agua y al saneamiento, a la alimentación y al alojamiento. El cumplimiento de las normas mínimas de Esfera en un ámbito influye en los avances en otros ámbitos. Hay que coordinarse y colaborar estrechamente con otros sectores.

Hay que coordinarse con las autoridades locales y otros organismos de respuesta para garantizar que se satisfagan las necesidades, que no se dupliquen esfuerzos y que se optimice la calidad de la respuesta de atención de salud. La coordinación entre los actores del sector salud también es importante para satisfacer las necesidades con imparcialidad y garantizar que las personas que se encuentren en zonas de difícil acceso, en situaciones de riesgo o marginadas también tengan acceso a la atención. Las referencias cruzadas a lo largo del Manual indican posibles vínculos.

Cuando las normas nacionales sean menos exigentes que las normas mínimas de Esfera, colaborar con el gobierno para elevar la exigencia de forma progresiva.

Las prioridades deben establecerse partiendo de información fiable compartida entre sectores, que deberá revisarse a medida que evolucione la situación.

El derecho internacional protege específicamente el derecho a la atención de salud

La atención de salud debe prestarse sin discriminación, y debe ser accesible, es decir, disponible, aceptable, asequible y de buena calidad. Los Estados tienen la obligación de garantizar este derecho durante una crisis ⊕ *véase el anexo 1: Fundamentos jurídicos de Esfera*.

El derecho a la atención de salud solo puede garantizarse:

- si se protege a la población;
- si los profesionales responsables del sistema de salud tienen formación adecuada y están comprometidos con principios éticos y normas profesionales universales;
- si el sistema de salud cumple normas mínimas y
- si el Estado está capacitado y dispuesto para establecer y mantener condiciones de seguridad y estabilidad en las que se pueda prestar la atención de salud.

Los ataques, amenazas y otras obstrucciones violentas del trabajo del personal, de las instalaciones de salud y de los transportes médicos suponen una violación del derecho humanitario internacional. Estas protecciones se derivan de las obligaciones básicas de respetar y proteger a los heridos y enfermos.

Las organizaciones humanitarias deben considerar cuidadosamente la naturaleza de cualquier amenaza y cómo hacerle frente. Por ejemplo, un ataque de un ejército

nacional y una amenaza de la comunidad local pueden tratarse de forma diferente ⊕ *véase Consideraciones especiales para proteger la atención de salud* más adelante.

Vínculos con los Principios de Protección y la Norma Humanitaria Esencial

Los actores del sector salud deben cuidar de los heridos y enfermos con criterios humanitarios, prestando atención imparcial sin distinción, en función de las necesidades. Velar por la confidencialidad, la protección de datos y la privacidad es crucial para proteger a las personas de la violencia, los abusos y otros problemas.

El personal médico suele ser el que primero responde en los casos de violencia contra las personas, incluida la violencia de género (VG) y el abandono de menores. Formar al personal para que identifique y remita estos casos a los actores de bienestar o protección social por medio de sistemas de comunicación y derivación confidenciales. Un menor separado o no acompañado que necesita atención de salud crítica, pero que carece de un tutor legal que pueda otorgar su consentimiento presenta especiales problemas de protección. Consultar con el menor y con las autoridades locales competentes si es posible. El derecho a la vida y a la atención de salud es esencial para atender el interés superior del menor y prevalecer al derecho al consentimiento. Las decisiones deben ser sensibles al contexto y a las normas y prácticas culturales. La evacuación médica internacional y la derivación y circulación de menores no acompañados requiere documentación rigurosa, así como la participación de los servicios de protección y las autoridades locales.

Cada vez es más frecuente que haya que prestar atención de salud en el mar, incluso en aguas internacionales o una vez que las personas llegan a tierra. Esto conlleva determinadas dificultades de protección y complicaciones políticas, y requiere una cuidadosa planificación, preparación y mitigación de los riesgos para la protección.

Hay que evaluar detenidamente la cooperación civil-militar, sobre todo en conflictos. Las fuerzas armadas y los grupos armados pueden ser importantes proveedores de atención de salud, incluso para los civiles. Puede que los organismos humanitarios tengan que utilizar –como último recurso– capacidades militares como el apoyo de infraestructuras para restablecer el suministro eléctrico en las instalaciones de salud o la asistencia logística para transportar equipos de salud o realizar evacuaciones médicas. Sin embargo, la dependencia en las fuerzas armadas deberá considerarse en el contexto del acceso a la atención de salud y de las percepciones de neutralidad e imparcialidad ⊕ *véase la Carta Humanitaria* y *Entornos con fuerzas militares nacionales o internacionales* en *¿Qué es Esfera*?

Al aplicar de las normas mínimas, deben respetarse los nueve compromisos de la Norma Humanitaria Esencial. Se deben establecer mecanismos de retroalimentación durante las respuestas de atención de salud ⊕ *véase Norma Humanitaria Esencial - Compromiso 5*.

Consideraciones especiales para proteger la atención de salud

La prevención de ataques contra instalaciones de salud, ambulancias y personal de salud requiere un esfuerzo sostenido a nivel internacional, estatal y comunitario.

La naturaleza de las amenazas variará enormemente según el contexto y debería ser analizada y comunicada. Para proteger la atención de salud, los actores del sector salud deben considerar los siguientes aspectos de su trabajo y del apoyo a los ministerios de sanidad u otras partes relevantes.

Durante todas las situaciones de emergencia –y sobre todo durante un conflicto–, los actores del sector salud deben presentarse como neutrales e imparciales y actuar conforme a estos principios, ya que puede que las partes del conflicto, la comunidad o los pacientes no lo entiendan bien.

Cuando se presten servicios médicos críticos para salvar vidas, hay que aplicar los principios humanitarios y prestar una atención de salud imparcial basada exclusivamente en la necesidad. A fin de promover la neutralidad, hay que cuidar de las personas heridas y enfermas sin hacer distinciones, velar por la seguridad de los pacientes y mantener la confidencialidad de la información médica y los datos personales.

La aceptación de las comunidades locales, los funcionarios y las partes de un conflicto puede contribuir a proteger la atención de salud. Los actores del sector salud deben educar a las personas que tienen a su alrededor y mantener la percepción de imparcialidad y neutralidad. También influirá en estas percepciones el nivel de atención de un centro de salud, la calidad de sus servicios y su localización (por ejemplo, si se encuentra cerca de un campamento militar).

Normalmente, las instalaciones de salud aplican una política de "cero armas" y no se pueden introducir armas en un centro de salud o en una ambulancia. Esto favorece la neutralidad del entorno, puede contribuir a evitar tensiones o escaladas del conflicto en el interior del centro y a que la instalación se convierta en un objetivo.

Se deben que adoptar medidas de seguridad física para proteger el centro y su personal de las amenazas. Al mismo tiempo, hay que entender cómo pueden afectar las medidas de seguridad a la percepción que tenga el público en general y su aceptación del centro de salud.

Las organizaciones humanitarias deben tener en cuenta los riesgos y las ventajas del modo en que presentan sus servicios y cómo afecta a la confianza y aceptación de la comunidad. Mantener un perfil bajo (por ejemplo, evitando señalizar recursos o localizaciones) puede ser apropiado en algunas operaciones, pero en otras puede ser mejor poner grandes carteles de señalización.

1. Sistemas de salud

Un sistema de salud que funcione correctamente puede responder a todas las necesidades de atención de salud que surjan en una crisis, de modo que incluso durante una crisis de salud de gran escala, como un brote de ébola, se puedan seguir desarrollando otras actividades de atención de salud. Las afecciones fáciles de tratar seguirán tratándose y los programas de atención primaria de salud materna e infantil continuarán, a fin de reducir la mortalidad y morbilidad excesivas. Cualquier actor que promueva, restaure o mantenga la salud contribuye al sistema de salud en general. El sistema de salud abarca todos los niveles, desde el nacional, el regional, el de distrito y el de la comunidad hasta las personas cuidadoras en el hogar, el sector militar y el sector privado.

En una crisis, a menudo se debilitan los sistemas de salud y la prestación de atención de salud, incluso antes de que aumente la demanda. Es posible que se pierda personal de salud, que se interrumpan los suministros médicos o que se dañen las infraestructuras. Es importante conocer cómo afecta la crisis a los sistemas de salud para determinar las prioridades de respuesta humanitaria.

Los actores humanitarios raramente operan en una emergencia donde no existiera un sistema de salud con anterioridad. Cuando un sistema es débil, tendrá que ser fortalecido o desarrollado (por ejemplo, a través de rutas de derivación, y del cotejo y análisis de información de salud).

Las normas recogidas en esta sección abordan cinco aspectos esenciales de un buen sistema de salud:

- la prestación de servicios de salud de calidad;
- un personal de salud formado y motivado;
- el suministro, gestión y uso apropiados de medicamentos, materiales de diagnóstico y tecnologías;
- la financiación apropiada de la atención de salud ; y
- la buena información en materia de salud y análisis de la misma.

Estos aspectos están interrelacionados de muchas maneras. Por ejemplo, no disponer de suficiente personal de salud o carecer de medicamentos esenciales afectará a la prestación del servicio.

El liderazgo y la coordinación son vitales para garantizar que se atienden las necesidades de manera imparcial. El Ministerio de Salud (MdS) suele liderar y coordinar la respuesta y puede solicitar apoyo a otros actores del sector salud. A veces, no tiene la capacidad o disposición para asumir este papel de manera eficiente e imparcial, por lo que otro organismo deberá asumir esta responsabilidad. Si el MdS no tiene acceso o no sería aceptado en todas las zonas del país, los actores humanitarios deberán intentar servir de apoyo al sistema aceptado existente, sobre todo en una emergencia en fase aguda. Se debe determinar cuidadosamente cómo trabajar

con actores no estatales y otros, y su capacidad para proporcionar o coordinar la atención de salud para la población.

El acceso a la población es importante, pero debe considerarse teniendo claro los principios humanitarios y sus implicaciones respecto de una asistencia imparcial y neutral. La coordinación debe producirse en y entre todos los niveles de atención de salud, desde el nacional hasta el comunitario y con otros sectores como WASH, nutrición y educación, así como con grupos de trabajo técnicos intersectoriales, como salud mental y psicosocial, VG y VIH.

Sistemas de salud - Norma 1.1: Prestación de servicios de salud

La población tiene acceso a una atención de salud integrada y de calidad, que es segura, efectiva y orientada al paciente.

Acciones clave

1. Prestar una atención de salud suficiente y apropiada a los distintos niveles del sistema de salud.

- Priorizar los servicios de salud a nivel de país, o al nivel operativo más próximo en emergencias agudas, según el tipo de crisis, el perfil epidemiológico y la capacidad del sistema de salud.
- Identificar los diferentes tipos de atención que deberían estar disponibles a distintos niveles (hogar, comunidad, centro de salud y hospital).

2. Establecer o fortalecer los mecanismos de triaje y los sistemas de derivación.

- Implantar protocolos de triaje en los centros de salud o en las instalaciones de campo en situaciones de conflicto, de modo que se identifique a las personas que necesiten atención inmediata para que sean tratadas o estabilizadas rápidamente antes de ser remitidas y transportadas a otro lugar para recibir atención adicional.
- Asegurarse de realizar derivaciones eficaces entre niveles de atención y servicios, incluyendo servicios de transporte de emergencia protegidos y seguros, y entre sectores, como el de nutrición o la protección de la infancia.

3. Adaptar o utilizar los protocolos normalizados de atención de salud, gestión de casos y uso racional de fármacos.

- Aplicar las normas nacionales, incluyendo las listas de medicamentos esenciales, y adaptarlas al contexto de la emergencia.
- Aplicar las directrices internacionales, si no hay directrices nacionales o están anticuadas.

4 Prestar una atención de salud que garantice los derechos de los y las pacientes a la dignidad, la privacidad, la confidencialidad, la seguridad y el consentimiento informado.

- Velar por la seguridad y la privacidad de modo que todo el mundo pueda tener acceso a atención, incluyendo aquellas personas que padezcan afecciones que a menudo son estigmatizadas, como el VIH o las infecciones de transmisión sexual (ITS).

5 Prestar una atención de salud segura y evitar causar daños, episodios médicos adversos o abusos.

- Implantar un sistema de comunicación y revisión de episodios médicos adversos.
- Establecer una política de denuncia de abusos o violencia sexual.

6 Utilizar medidas apropiadas de prevención y control de infecciones (PCI), incluyendo normas WASH mínimas y mecanismos de eliminación de residuos médicos en todos los entornos de atención de salud.

- Durante brotes de enfermedades como el cólera o el ébola, solicitar orientaciones detalladas a organismos especializados como la Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF y Médicos Sin Fronteras (MSF).

7 Manejar o enterrar los cadáveres de una manera segura, digna y culturalmente apropiada, basada en una buena práctica de salud pública.

Indicadores clave

Porcentaje de la población que puede acceder a una atención de salud primaria a una hora de camino de sus viviendas

- Mínimo 80%

Porcentaje de instalaciones de salud que prestan servicios de salud priorizados

- Mínimo 80%

Número de camas de hospitalización (excepto camas de maternidad) por cada 10.000 personas

- Mínimo 18

Porcentaje de la población que debe ser derivada que es visitada en el siguiente nivel de atención de salud

Porcentaje de pacientes remitidos en un tiempo adecuado

Notas de orientación

El acceso a la atención de salud depende de su disponibilidad, incluido el alcance físico, la aceptabilidad y la asequibilidad para todos.

Disponibilidad: la atención de salud se puede prestar a través de una combinación de instalaciones de salud móviles y fijas en el ámbito de la comunidad. El número de dichas instalaciones y el tipo y la localización de cada una variarán según el contexto. En el momento de planificar la cobertura de las instalaciones de salud fijas pueden aplicarse los siguientes criterios orientativos:

- un centro de salud por cada 10.000 personas y
- un hospital de distrito o rural por cada 250.000 personas.

No obstante, estos criterios no garantizan que la cobertura de salud sea adecuada en todos los contextos. En las zonas rurales, puede que sea mejor un centro por cada 50.000 personas, con programas de gestión de casos en la comunidad y clínicas móviles. En las zonas urbanas, puede que las instalaciones de salud secundarias sean el primer punto de acceso y, por tanto, cubran la atención primaria para una población de más de 10.000 personas.

En las situaciones de emergencia, es crucial disponer de capacidad de refuerzo en la atención de salud. Evitar duplicar los servicios existentes, lo cual puede malgastar recursos y reducir la confianza en las instalaciones ya existentes. Las personas deben tener la confianza de regresar a esas instalaciones cuando cierren las instalaciones temporales.

Mantener un seguimiento de la tasa de utilización de los servicios. Una tasa baja puede ser indicativa de que la calidad es deficiente, de que existen barreras de costo directas o indirectas, de que se prefieren otros servicios, de que se ha sobreestimado la población o de otros problemas de acceso. Una tasa elevada puede ser indicativa de que existe un problema de salud pública, de que se ha subestimado la población objetivo o de que hay problemas de acceso en otra parte. Todos los datos deben ser analizados por sexo, edad, discapacidad, origen étnico y otros factores que puedan ser pertinentes en contexto. Para calcular la tasa de utilización ⊕ *véase el apéndice 3*.

Aceptabilidad: consultar con todas las secciones de la comunidad para identificar y afrontar los obstáculos de acceso a los servicios por parte de las diferentes partes de la comunidad y de todas las partes de un conflicto, especialmente los grupos en riesgo. Se debe trabajar con los hombres, las mujeres, los y las menores, las personas que viven con el VIH o que están en alto riesgo de contraerlo, las personas con discapacidad y las personas mayores a fin de conocer sus comportamientos saludables. Interactuar con las personas en el diseño de la atención de salud servirá para conseguir la colaboración de los pacientes y que la atención se preste en el momento más oportuno.

Asequibilidad: ⊕ *véase Sistemas de salud - Norma 1.4: Financiación de la salud*.

Atención en el ámbito de la comunidad: la atención de salud primaria incluye la atención en el hogar y en la comunidad. El acceso a la atención de salud primaria puede realizarse a través de los trabajadores comunitarios de salud (TCS) o de las personas voluntarias y los educadores entre iguales, o en colaboración con los comités de salud de los pueblos a fin de para aumentar la colaboración de los

pacientes y de la comunidad. La atención puede ir desde programas de prevención hasta la promoción de la salud o la gestión de los casos y depende del contexto. Todos los programas deberían establecer vínculos con el establecimiento de atención primaria de la salud más cercano a fin de garantizar una atención integrada, supervisión clínica y seguimiento del programa. Si los TCS están efectuando reconocimientos para detectar la malnutrición aguda, será necesario efectuar derivaciones a servicios de nutrición en las instalaciones de salud u otros centros ⊕ *véase Evaluación de la seguridad alimentaria y la nutrición - Norma 1.2: Evaluación nutricional*. Integrar la atención con los programas comunitarios de otros sectores, como WASH y nutrición ⊕ *véase WASH - Promoción de la higiene - Norma 1.1*, y *Seguridad alimentaria y nutrición - Tratamiento de la malnutrición - Norma 2.1*.

Los sistemas de derivación de emergencia, con mecanismos de transporte predeterminados, seguros y protegidos, deberían estar disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana. Debería haber un procedimiento de transferencia clínica entre la parte remitente y el proveedor de atención de salud receptor.

Derechos de pacientes: diseñar las instalaciones de salud y los servicios de modo que se garantice la privacidad y la confidencialidad, por ejemplo con salas de consulta independientes. Solicitar el consentimiento informado de los y las pacientes o sus tutores antes de realizar tratamientos médicos o procedimientos quirúrgicos. Abordar cualquier consideración especial que pueda influir en el consentimiento informado y en la seguridad, como la edad, el género, la discapacidad, el idioma o la etnia. Establecer mecanismos de retroalimentación con pacientes lo antes posible. Proteger los datos de pacientes ⊕ *véase Sistemas de salud - Norma 1.5: Información de salud*.

Instalaciones apropiadas y seguras: se deben aplicar protocolos de uso racional de fármacos y gestión segura de medicamentos y materiales ⊕ *véase Sistemas de salud - Norma 1.3: Medicamentos y materiales médicos esenciales*.

Velar por que las instalaciones sean adecuadas, incluso en emergencias. Debe haber espacios privados para consultas, un flujo de pacientes organizado, un metro de espacio entre camas, ventilación, una sala de esterilización (que no esté al aire libre) para hospitales, suministro de energía suficiente para los equipos críticos y estructuras WASH adecuadas. Durante los brotes de enfermedades, revisar los requisitos y recomendaciones de infraestructuras, por ejemplo, las zonas de triaje, observación y aislamiento.

Diseñar medidas para que las instalaciones de salud sean seguras y accesibles y estén protegidas durante una situación de crisis, como una inundación o un conflicto.

La prevención y control de infecciones (PCI) es clave en todos los entornos para prevenir enfermedades y la resistencia antimicrobiana. Incluso en ausencia de crisis, a nivel internacional, el 12% de los pacientes desarrollará una infección mientras recibe atención de salud y el 50% de las infecciones posteriores a la cirugía son resistentes a los antibióticos más conocidos.

Entre los componentes esenciales de la PCI se incluyen: la elaboración y aplicación de directrices (sobre precauciones estándar, precauciones por transmisión y técnicas clínicas asépticas), la disponibilidad de un equipo PCI en cada entorno, la formación al personal de salud, el seguimiento de los programas y la incorporación de la detección de infecciones asociadas a la atención de salud y la resistencia antimicrobiana en los sistemas de vigilancia. Los entornos de salud deben ser adecuados en términos de dotación de personal y carga de trabajo, ocupación de camas (no más de un paciente por cama) y entorno construido ⊕ *véase Sistemas de salud - Norma 1.2: Recursos humanos de salud* ⊕ *véase el apartado anterior Instalaciones apropiadas y seguras*, infraestructuras y equipos WASH, y deben mantener prácticas de higiene seguras ⊕ *véase WASH - Norma 6: WASH en entornos de atención de salud.*

Las precauciones estándar forman parte de las medidas PCI e incluyen:

- *La prevención de heridas por elementos punzantes:* manipular agujas, escalpelos y otros elementos punzantes con cuidado, por ejemplo, al limpiar instrumentos usados o desechar agujas usadas. A cualquier persona que presente heridas causadas por elementos punzantes se le deberá ofrecer profilaxis posterior a la exposición (PPE) para el VIH en un plazo de 72 horas ⊕ *véase Atención esencial de salud: salud sexual y reproductiva - Norma 2.3.3: VIH*.
- *Uso de equipos de protección personal (EPP):* proporcionar EPP apropiados en función del riesgo y de la tarea que se haya de llevar a cabo. Evaluar el tipo de exposición anticipada (por ejemplo, salpicaduras, atomización, tacto o contacto) y la categoría de transmisión de enfermedades; la durabilidad e idoneidad de los EPP para la tarea (como resistente a fluidos o a prueba de fluidos); y que el equipo sea de talla adecuada. El uso de EPP adicionales dependerá del tipo de transmisión: contacto (por ejemplo, bata o guantes); gotitas (es necesario llevar mascarillas quirúrgicas cuando se esté a una distancia inferior a un metro del paciente); o aérea (respiradores de partículas) ⊕ *véase WASH - Norma 6: WASH en entornos de atención de salud.*
- Otras medidas incluyen la higiene de las manos, la gestión de los residuos de atención de salud, el mantenimiento de un ambiente limpio, la limpieza de los materiales médicos, la higiene respiratoria y de la tos, y conocer los principios de la asepsia ⊕ *véase WASH - Norma 6: WASH en entornos de atención de salud*.

Episodios adversos: a nivel internacional, el 10% de los pacientes hospitalizados sufren un episodio adverso (incluso fuera de una crisis humanitaria) sobre todo por falta de seguridad en los procedimientos quirúrgicos, errores en la medicación e infecciones asociadas a la atención de salud. Debe mantenerse un registro de episodios adversos en cada centro de salud y auditarse para promover el aprendizaje.

Gestión de los cadáveres: actuar conforme a las costumbres locales y a las prácticas religiosas para gestionar los cadáveres con respeto e identificar y devolver los restos a los familiares. Se trate de una epidemia, de un desastre natural, de un conflicto o de una matanza masiva la gestión de los cadáveres requiere una buena coordinación entre los sectores de salud, WASH, jurídico, de protección y forense.

Los cadáveres raramente representan un riesgo inmediato para la salud. Algunas enfermedades (por ejemplo, el cólera o el ébola) requieren procedimientos especiales. Para recuperar los cadáveres pueden hacer falta EPP, equipos de recuperación, transporte y espacios de almacenamiento, así como documentación. ⊕ *Véase WASH - Norma 6: WASH en entornos de atención de salud.*

Sistemas de salud - Norma 1.2: Recursos humanos de salud

La población tiene acceso a personal de salud debidamente cualificado en todos los niveles de atención de salud.

Acciones clave

1 Revisar los niveles de personal existentes y su distribución conforme a las clasificaciones nacionales, a fin de detectar carencias y zonas insuficientemente atendidas.

- Controlar los niveles de personal por cada 1.000 personas, según su función y lugar de empleo.

2 Formar al personal para los roles que deben desempeñar conforme a las normas nacionales o las directrices internacionales.

- Reconocer que el personal en emergencias agudas puede tener funcionas más amplias y necesitar formación y apoyo.
- Impartir formación de refresco cuando la rotación de personal sea elevada.

3 Apoyar al personal de salud para que operen en un entorno de trabajo seguro.

- Implantar y defender todas las medidas posibles para proteger al personal de salud en situaciones de conflicto.
- Impartir formación en salud ocupacional y proporcionar inmunizaciones para la hepatitis B y el tétanos al personal clínico.
- Suministrar equipos adecuados de PCI y EPP para que el personal desempeñe sus funciones.

4 Desarrollar estrategias de sueldos e incentivos que minimicen las diferencias salariales y la desigualdad en la distribución del personal de salud entre el MdS y otros proveedores de salud.

5 Compartir los datos y la disponibilidad de información de los recursos humanos de salud con el MdS y otros organismos pertinentes a escala local y nacional.

- Estar al tanto de los desplazamientos y salidas del personal de salud durante los conflictos.

Indicadores clave

Número de trabajadores comunitarios de salud por cada 1.000 personas

- Mínimo 1 o 2 trabajadores comunitarios de salud

Porcentaje de partos atendidos por personal cualificado (médicos, enfermeras, comadronas)

- Mínimo 80%

Número de miembros del personal cualificados para atender partos (médicos, enfermeras, comadronas) por cada 10.000 personas

- Mínimo 23 por cada 10.000 personas

Todos los trabajadores de salud que realizan trabajos clínicos han recibido formación en protocolos clínicos y gestión de casos

Notas de orientación

Disponibilidad de trabajadores de salud: los recursos humanos de salud incluyen médicos y médicas, enfermeros y enfermeras, comadrones y comadronas, oficiales clínicos, técnicos y técnicas de laboratorio, farmacéuticos y farmacéuticas y TCS, así como personal de administración y auxiliar. El número y perfil del personal debe adecuarse a la población y a las necesidades de servicio. Si la dotación de personal es insuficiente, las cargas de trabajo pueden ser excesivas y la atención de salud puede presentar deficiencias de seguridad. Integrar al personal de salud existentes en la respuesta de emergencia.

En la selección y formación de personal local, seguir las directrices nacionales (o internacionales, si no existieran normas nacionales). La selección de personal internacional debería regirse por las normas nacionales y del Ministerio de Salud (por ejemplo, pruebas de cualificación, sobre todo en relación con la práctica clínica).

Considerar la atención a personas que se encuentren en zonas urbanas y rurales de difícil acceso, incluyendo las próximas al conflicto. El personal debe prestar atención a personas de cualquier etnia, idioma y afiliación. Si no se dispone de personal clínico de alto nivel, seleccionar trabajadores de salud de menor para las actividades de divulgación comunitaria, los equipos móviles o los puestos de salud, y establecer mecanismos de derivación sólidos. Puede que sea necesario ofrecer incentivos para trabajar en zonas difíciles.

Trabajadores comunitarios de salud (TCS): la programación comunitaria con TCS (incluyendo a las personas voluntarias) incrementa el acceso a las poblaciones de difícil acceso, incluidas las poblaciones marginadas o estigmatizadas.

Si existen limitaciones geográficas o problemas de aceptabilidad en diversas comunidades, puede que en la práctica un TCS solo pueda atender a 300 personas, en lugar de a 500.

El trabajo de los TCS será variable. Puede que reciban formación en primeros auxilios o gestión de casos o que realicen reconocimientos médicos. Deben estar vinculados al centro de salud más próximo para garantizar una supervisión apropiada y una atención integrada. A menudo no es posible absorber a los TCS en el sistema de salud una vez que la emergencia remite. En algunos contextos, es posible que los TCS solo trabajen habitualmente en entornos rurales, por lo que puede que sea necesario un modelo diferente para las crisis urbanas.

Aceptabilidad: satisfacer las expectativas socioculturales de las personas aumentará la colaboración de los pacientes. El personal debe ser reflejo de la diversidad de la población, con una mezcla de diferentes grupos socioeconómicos, étnicos, lingüísticos y de orientación sexual, así como un equilibrio de género apropiado.

Calidad: las organizaciones deben formar y supervisar al personal para asegurarse de que sus conocimientos están actualizados y que su práctica es segura. Se deben armonizar los programas de formación con las directrices nacionales (adaptadas para emergencias) o las directrices internacionales acordadas.

Incluir formación sobre:

- protocolos clínicos y gestión de casos;
- procedimientos de operación estándar (como PCI o gestión de residuos médicos);
- seguridad y protección (adaptadas al nivel de riesgo) y
- códigos de conducta (como ética médica, derechos de los pacientes, principios humanitarios, protección frente a la explotación y el abuso sexuales) ⊕ *véase Atención esencial de salud: salud sexual y reproductiva - Norma 2.3.2: Violencia sexual y tratamiento clínico de la violación* sexual y *Principios de Protección*.

Una supervisión regular con un seguimiento de la calidad fomentará una buena práctica. Los cursos de formación puntuales no garantizan una buena calidad.

Facilitar al MdS los registros de quién ha recibido formación, en qué, por parte de quién, cuándo y dónde.

Sistemas de salud - Norma 1.3: Medicamentos y materiales médicos esenciales

La población tiene acceso a medicamentos y materiales médicos esenciales que son seguros, efectivos y de calidad garantizada.

Acciones clave

1) Elaborar listas normalizadas de medicamentos y materiales médicos esenciales para la atención de salud prioritaria.

- Revisar las listas nacionales de medicamentos y materiales médicos esenciales desde el principio de la respuesta y adaptarlas al contexto de la emergencia.

- Prestar especial atención a los medicamentos controlados que puedan requerir una incidencia especial para garantizar su disponibilidad.

2 Establecer sistemas de gestión eficaz para garantizar la disponibilidad de medicamentos y materiales médicos esenciales que sean seguros.

- Incluir el transporte, el almacenamiento y la cadena de frío de las vacunas, así como la extracción y el almacenamiento de productos sanguíneos.

3 Aceptar donaciones de medicamentos y materiales médicos únicamente si cumplen directrices internacionalmente reconocidas.

Indicadores clave

Número de días en que no hay medicamentos esenciales disponibles

- Máximo 4 de cada 30 días

Porcentaje de instalaciones de salud que disponen de medicamentos esenciales

- Mínimo 80%

Porcentaje de instalaciones de salud que disponen de materiales médicos esenciales funcionales

- Mínimo 80%

Todos los medicamentos dispensados a los pacientes están dentro de su fecha de caducidad

Notas de orientación

Gestión de medicamentos esenciales: los medicamentos esenciales incluyen fármacos, vacunas y productos sanguíneos. Una buena gestión de los medicamentos garantiza su disponibilidad, pero también prohíbe el uso de medicamentos inseguros o caducados. Los principales elementos de gestión son la selección, la previsión, la adquisición, el almacenamiento y el reparto.

La selección debe basarse en la lista nacional de medicamentos esenciales. Abogar por corregir cualquier déficit, como en el caso de las enfermedades no transmisibles, la salud reproductiva, la analgesia en los cuidados paliativos y la cirugía, la anestesia, la salud mental, los fármacos controlados (véase a continuación), etc.

La previsión debe basarse en el consumo, los datos sobre morbilidad y el análisis del contexto. El suministro de medicamentos nacionales puede alterarse si la fabricación se ve afectada, se dañan los almacenes o se retrasan las adquisiciones internacionales, entre otros factores.

Los métodos de adquisición deben cumplir las leyes nacionales, los reglamentos aduaneros y los mecanismos de garantía de calidad relativos a las adquisiciones internacionales. Abogar por la mejorade los mecanismos (a través del MdS,

del organismo líder, de la autoridad nacional de gestión de desastres o del coordinador humanitario). Si no existen sistemas, se adquirirán productos precalificados, dentro de su fecha de caducidad y en el idioma del país y del personal de salud.

Almacenamiento: los medicamentos deben almacenarse en condiciones seguras durante todo el ciclo de suministro del fármaco. Los requisitos varían según los productos. Los medicamentos no deben almacenarse directamente en el suelo. Deben existir zonas separadas para los productos caducados (bajo llave), productos inflamables (bien ventiladas, con protección contra incendios), sustancias controladas (con seguridad reforzada) y productos que necesiten cadena de frío o control térmico.

Reparto: establecer mecanismos de transporte seguros, protegidos, predecibles y documentados desde los almacenes centrales hasta las instalaciones de salud. Los socios pueden utilizar un sistema de suministro automático o sobre demanda.

Eliminación segura de medicamentos caducados: prevenir la contaminación ambiental y los peligros para las personas. Cumplir la normativa nacional (adaptada a emergencias) o las directrices internacionales. La incineración a temperatura ultraelevada es costosa y el almacenamiento farmacéutico solo funciona a corto plazo ⊕ *véase WASH - Norma 6: WASH en entornos de atención de salud*.

Materiales médicos esenciales: definir y adquirir los materiales y equipos necesarios (incluidos reactivos de laboratorio y máquinas grandes) en cada nivel de atención de salud, que cumplan con la normativa nacional o internacional. Incluir equipos de asistencia para personas con discapacidad. Velar por que los materiales se utilicen con seguridad, incluyendo el mantenimiento periódico y el suministro de repuestos, preferiblemente de forma local. Desmantelar los equipos de forma segura. Distribuir o reemplazar los equipos de asistencia perdidos y proporcionar información clara sobre su uso y mantenimiento. Consultar con los servicios de rehabilitación en relación con el tamaño, ajuste, uso y mantenimiento adecuados. Evitar los repartos puntuales.

Los kits precalificados son útiles en las primeras etapas de una crisis o en el posicionamiento previo de preparación. Contienen medicamentos y materiales médicos esenciales precalificados y varían según la intervención de salud. La OMS es el principal proveedor de kits de salud interinstitucionales para emergencias y kits para enfermedades no transmisibles, además de los kits para tratar la diarrea, traumas, etc. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) es el principal proveedor de kits de salud sexual y reproductiva.

Fármacos controlados: los medicamentos analgésicos, de salud mental y para el sangrado posparto suelen estar controlados. Dado que el 80% de los países de renta baja carecen de medicamentos analgésicos adecuados, se debe incidir en el MdS y el gobierno para mejorar su disponibilidad.

Productos sanguíneos: coordinarse con el servicio nacional de transfusiones sanguíneas, cuando exista. Solamente debe extraerse sangre a personas

voluntarias. Someter todos los productos a pruebas de VIH, hepatitis B y C y sífilis, como mínimo, con pruebas de grupo sanguíneo y compatibilidad. Almacenar y distribuir de forma segura. Formar al personal clínico en el uso racional de la sangre y los productos sanguíneos.

Sistemas de salud - Norma 1.4: Financiación de la salud

La población tiene acceso a atención de salud prioritaria gratuita durante toda la crisis.

Acciones clave

1. Planificar la eliminación o suspensión temporal de tarifas a las personas usuarias la cuando se les cobra a través de sistemas gubernamentales.

2. Reducir los costos indirectos u otros obstáculos financieros para acceder a los servicios y utilizarlos.

Indicadores clave

Porcentaje de instalaciones de salud que no cobran a las personas usuarias por la atención de salud prioritaria (incluyendo consultas, tratamientos, investigaciones y suministro de medicamentos)

- Objetivo 100%

Porcentaje de personas que no realizan ningún pago directo por acceder o utilizar la atención de salud (incluyendo consultas, tratamientos, investigaciones y suministro de medicamentos)

- Objetivo 100%

Notas de orientación

Cobro de tarifas a personas usuarias: requerir el pago por los servicios prestados durante una emergencia impide el acceso y puede hacer que las personas no soliciten atención de salud.

La suspensión del cobro de tarifas causará necesariamente problemas financieros a los proveedores de salud gubernamentales. Deberá considerarse ayudar a las instalaciones del MdS o a las de otros proveedores responsables con salarios e incentivos para el personal y medicamentos, materiales médicos y equipos de asistencia adicionales. Si se suspende temporalmente el cobro de tarifas a los usuarios, habrá que velar por que los usuarios reciban información clara acerca

del tiempo de suspensión y las razones, además de hacer un seguimiento de la accesibilidad y la calidad del servicio.

Los costos indirectos pueden reducirse al mínimo prestando servicios adecuados en las comunidades y utilizando mecanismos planificados de transporte y derivación.

Asistencia basada en el uso de dinero en efectivo: los objetivos de Cobertura Sanitaria Universal para 2030 establecen que las personas deberían recibir atención de salud sin que ello comporte dificultades financieras indebidas. A la fecha de esta edición, no existen evidencias claras de que la asistencia basada en el uso de dinero en efectivo, concretamente para las respuestas de salud en contextos humanitarios, tenga un impacto positivo en los resultados de salud ⊕ *véase ¿Qué es Esfera?, incluido el apartado Prestación de asistencia a través de los mercados.*

La experiencia indica que la asistencia basada en el uso de dinero en efectivo *puede* ser útil:

- si la emergencia se ha estabilizado;
- si existe un servicio predecible que apoyar, como la atención prenatal o la gestión de enfermedades crónicas;
- si existen comportamientos positivos de búsqueda de atención de salud y una alta demanda; y
- si se han satisfecho otras necesidades críticas de los hogares, como la alimentación y el alojamiento.

Sistemas de salud - Norma 1.5: Información de salud

La atención de salud se guía por evidencias, mediante la recogida, análisis y utilización de datos relevantes en materia de salud pública.

Acciones clave

1 Fortalecer o desarrollar un sistema de información de salud que proporcione información suficiente, precisa y actualizada para facilitar una respuesta de salud efectiva y equitativa.

- Velar por que el sistema de información de salud incluya a todas las partes interesadas y por que sea sencillo de implementar, y por que la información sea fácil de recopilar, analizar e interpretar, a fin de encaminar la respuesta.

2 Fortalecer o desarrollar mecanismos de vigilancia, alerta temprana y respuesta (EWAR, por sus siglas en inglés) para todas las amenazas que requieran una respuesta inmediata.

- Decidir qué enfermedades y episodios prioritarios se han de incluir de acuerdo con el perfil de riesgo epidemiológico y el contexto de la emergencia.
- Incorporar componentes basados en indicadores y episodios.

3 Acordar y utilizar datos y definiciones de operación comunes.

- Considerar denominadores como la población, el tamaño de la familia y el desglose por edades.
- Establecer áreas administrativas y códigos geográficos.

4 Acordar procedimientos de operación estándar para todos los actores de salud cuando utilicen información de salud.

5 Establecer mecanismos para proteger los datos que garanticen los derechos y la seguridad de las personas, de las unidades de notificación o de las poblaciones.

6 Ayudar al actor líder a recopilar, analizar, interpretar y difundir información de salud a todas las partes interesadas tanto en momentos puntuales como periódicamente, y a orientar el proceso de toma de decisiones para los programas de salud.

- Incluir la cobertura y utilización de los servicios de salud, y el análisis e interpretación de los datos epidemiológicos.

Indicadores clave

Porcentaje de informes completos de vigilancia, alerta temprana y respuesta (EWAR, por su siglas en inglés)/vigilancia presentados a tiempo

- Mínimo 80%

Frecuencia de informes de salud generados por el actor líder del sector salud

- Como mínimo, mensual

Notas de orientación

Sistema de información de salud: un sistema de información de salud que funciona correctamente garantiza la producción, análisis, difusión y utilización de información fiable y oportuna sobre los factores determinantes de la salud, el desempeño de los sistemas de salud y el estado de salud. Los datos pueden ser cualitativos o cuantitativos y obtenerse de distintas fuentes, como censos, registros de estadísticas vitales, encuestas de población, encuestas de necesidades percibidas, historiales individuales e informes de centros de salud (por ejemplo, sistemas de información sobre la gestión sanitaria). Debería ser suficientemente flexible para incorporar y reflejar dificultades inesperadas, como brotes de enfermedades o el colapso total del sistema o los servicios de salud. La información servirá para determinar problemas y necesidades a todos los niveles del sistema de salud.

Recoger la información que falte por medio de evaluaciones o encuestas adicionales. Considerar los movimientos transfronterizos de personas y la información necesaria o disponible. Proporcionar análisis periódicos sobre quién hace qué y dónde.

Los Sistemas de Información sobre la Gestión de la Salud (HMIS, por sus siglas en inglés) o los informes rutinarios utilizan información de salud obtenida de las instalaciones de salud para evaluar la prestación de la atención de salud. Hacen un seguimiento de intervenciones concretas, del tratamiento de enfermedades y de los recursos, tales como la disponibilidad de fármacos trazadores, recursos humanos y tasas de utilización.

La vigilancia de la salud es la recogida, análisis e interpretación sistemáticos y continuados de datos de salud. La vigilancia de las enfermedades hace un seguimiento específico de distintas enfermedades y pautas de progresión y a menudo se registra en los informes HMIS.

La vigilancia, alerta temprana y respuesta (EWAR) forma parte de un sistema rutinario de vigilancia de la salud. Detecta y genera una alerta ante cualquier episodio de salud pública que necesite una respuesta inmediata, como una intoxicación química o enfermedades propensas a la epidemia ⊕ *véase Atención esencial de salud: enfermedades transmisibles - Norma 2.1.2: Vigilancia, detección de brotes y respuesta temprana*.

Procedimientos de operación estándar: establecer definiciones comunes y formas de transmitir la información a lugares geográficos, niveles de atención y actores del sector salud. Como mínimo, acordar:

- las definiciones de casos;
- los indicadores de qué debe ser objeto de seguimiento;
- las unidades de notificación (como clínicas móviles, hospitales de campo, puestos de salud);
- las vías de notificación y
- la frecuencia de presentación, análisis y notificación de datos.

Desglose de datos: los datos de salud deben ser desglosados por sexo, edad, discapacidad, poblaciones desplazadas y de acogida, contexto (por ejemplo, si se trata de un campamento o no) y nivel administrativo (región, distrito) a fin de orientar las decisiones y detectar las desigualdades para los grupos de riesgo.

Por lo que respecta a EWAR, desglosar los datos sobre morbilidad y mortalidad para menores de menos y de más de 5 años. El objetivo es generar una alerta rápidamente. Es aceptable que los datos sean menos detallados. Los datos de investigaciones de brotes, el rastreo de contactos, los listados por líneas y otras actividades de seguimiento de tendencias de enfermedades deben tener datos desglosados.

Gestión, seguridad y confidencialidad de los datos: hay que tomar precauciones adecuadas para proteger la seguridad de la persona y de los datos. El personal nunca debe compartir información de pacientes, sin su consentimiento, con nadie que no participe directamente en su atención. Es necesario tener en cuenta que existen personas con discapacidad intelectual, mental o sensorial que puede afectar su capacidad para otorgar un consentimiento informado. Hay que ser

conscientes de que puede que muchas personas que viven con afecciones como el VIH no hayan revelado su situación a sus familiares próximos. Es preciso tratar con cuidado los datos relativos a lesiones provocadas por torturas u otras violaciones de derechos humanos, incluida la agresión sexual. Se debe considerar transferir este tipo de información a los actores o instituciones apropiados si la persona afectada otorga un consentimiento informado ⊕ *véanse Principio de Protección 1* y *Norma Humanitaria Esencial - Compromiso 4*.

Amenazas para la atención de salud: las amenazas a personal de salud o cualquier incidente violento que les afecte deberá denunciarse a través de los mecanismos locales y nacionales acordados ⊕ *véanse Conceptos esenciales en el sector salud (más arriba)* y *Referencias y lecturas complementarias (más abajo)*.

2. Atención esencial de salud

La atención esencial de salud actúa sobre las principales causas de mortalidad y morbilidad en una población afectada por una crisis. Es preciso coordinarse con los ministerios de sanidad y otros actores oficiales del sector salud para acordar qué servicios hay que priorizar, cuándo y dónde. Basar las prioridades en el contexto, en una evaluación de riesgos y en las pruebas disponibles.

Una población afectada por una crisis tendrá necesidades nuevas y diferentes, que seguirán evolucionando. Es posible que las personas sufran problemas de hacinamiento, desplazamientos múltiples, malnutrición, falta de acceso al agua o la continuidad del conflicto. La edad, el género, la discapacidad, si la persona vive con el VIH y la identidad lingüística o étnica también pueden influir en las necesidades y constituir obstáculos importantes para acceder a la atención. Hay que considerar las necesidades de las personas que viven en lugares des atendidos o de difícil acceso.

Acordar los servicios prioritarios con el MdS y otros actores del sector salud, y centrarse en los riesgos más probables y que puedan causar mayor morbilidad y mortalidad. Los programas de salud deberían prestar una atención apropiada y efectiva teniendo en cuenta el contexto, la logística y los recursos que serán necesarios. Las prioridades pueden cambiar a medida que el contexto mejore o se deteriore. Este ejercicio debe llevarse a cabo regularmente, basado en la información disponible y según cambie el contexto.

Una vez se reduzcan las tasas de mortalidad o se estabilice la situación, puede ser viable ofrecer servicios de salud más completos. En situaciones prolongadas, puede ser un paquete esencial de servicios de salud, definido a nivel de país.

Esta sección describe la atención esencial de salud mínima en áreas clave de la respuesta a una emergencia: enfermedades transmisibles, salud infantil, salud sexual y reproductiva, atención a lesiones y traumas, salud mental, enfermedades no transmisibles y cuidados paliativos.

2.1 Enfermedades transmisibles

Una crisis humanitaria, ya sea causada por una catástrofe natural, un conflicto o una hambruna, suele acarrear un incremento de la morbilidad y la mortalidad a causa de enfermedades transmisibles. La llegada de personas a alojamientos o asentamientos comunitarios abarrotados hace que sea más fácil que se propaguen enfermedades como la diarrea o el sarampión. Si las instalaciones de saneamiento han resultado dañadas o si hay escasez de agua limpia, las enfermedades transmitidas por el agua o por vectores se propagan rápidamente. La reducción del nivel de inmunidad de la población hace que aumente la predisposición a padecer enfermedades. El colapso de los sistemas de salud puede interrumpir

los tratamientos de larga duración, como es el caso del VIH y la tuberculosis (TB), las inmunizaciones rutinarias, y el tratamiento de enfermedades sencillas como las infecciones respiratorias.

Enfermedades como las infecciones respiratorias agudas, la diarrea, el sarampión y la malaria siguen siendo las principales causas de morbilidad en las poblaciones afectadas por crisis. La malnutrición aguda empeora estas enfermedades, especialmente en caso de los menores de 5 años y en las personas mayores.

El objetivo en una crisis es prevenir las enfermedades transmisibles desde el principio, tratar los casos que se den y dar una respuesta rápida y apropiada, si se produce un brote.

Las intervenciones sobre las enfermedades transmisibles deberían incluir prevención, vigilancia, detección de brotes, diagnóstico y gestión de casos, y respuesta a los brotes.

Enfermedades transmisibles - Norma 2.1.1. Prevención

La población tiene acceso a atención de salud y a información para prevenir enfermedades transmisibles.

Acciones clave

1. Determinar el riesgo de enfermedades transmisibles en la población afectada.
   - Revisar la información de salud que existía anteriormente, en su caso, y los datos de vigilancia, así como el estado nutricional y el acceso a agua inocua y a saneamiento.
   - Realizar evaluaciones de riesgos con la población afectada, incluidos los y las líderes locales y profesionales de salud.
2. Trabajar con otros sectores para elaborar medidas de prevención generales y establecer programas integrados de promoción de la salud a escala de la comunidad.
   - Abordar temores concretos, rumores y creencias comunes que puedan debilitar los comportamientos saludables.
   - Coordinarse con otros sectores que lleven a cabo labores de divulgación, como promotores de la higiene o trabajadores comunitarios de nutrición, para que los mensajes estén armonizados.
3. Aplicar medidas de vacunación para prevenir enfermedades.
   - Determinar la necesidad de lanzar campañas de vacunación contra enfermedades transmisibles concretas, basadas en el riesgo, la viabilidad y el contexto.

- Reanudar, lo antes posible, la vacunación rutinaria a través del programa de inmunización preexistente.

4 Aplicar medidas de prevención de enfermedades concretas, según sea necesario.

- Proporcionar mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración (MTILD) a cualquier zona afectada por la malaria y velar porque todas las personas hospitalizadas los utilicen.

5 Aplicar medidas de prevención y control de infecciones (PCI) en todos los niveles de la atención de salud, en función del riesgo ⊕ *véanse Sistemas de salud - Norma 1.1* y *WASH - Norma 6: WASH en entornos de atención de salud*.

Indicadores clave

Porcentaje de personas que adoptan prácticas esenciales promovidas en actividades y mensajes de educación en salud

Porcentaje de familias afectadas que indican haber recibido información apropiada sobre riesgos relacionados con enfermedades transmisibles y acción preventiva

Porcentaje de familias afectadas que pueden describir correctamente tres medidas que están adoptando para prevenir enfermedades transmisibles

Todas las personas hospitalizadas en entornos de atención de salud utilizan mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración (MTILD) en zonas afectadas por la malaria

La incidencia de enfermedades transmisibles graves es estable o no aumenta con respecto al nivel anterior a la crisis

Notas de orientación

Evaluaciones de riesgos: realizar evaluaciones de riesgos con la población afectada, incluidos los y las líderes locales y profesionales de salud. Analizar los riesgos derivados del contexto y del entorno, como las zonas urbanas y los asentamientos comunitarios abarrotados de personas. Hay que considerar activamente diferentes segmentos de la población en relación con factores específicos de enfermedades, baja inmunidad u otros riesgos.

Medidas de prevención intersectoriales: elaborar medidas de prevención generales, como una adecuada higiene, la eliminación de residuos, el agua segura y suficiente y la gestión de vectores. La existencia de alojamientos adecuados, con una adecuada separación entre ellos y ventilación, puede contribuir a reducir la transmisión. La lactancia materna exclusiva y el acceso a una nutrición adecuada contribuyen directamente al estado de salud ⊕ *véanse Norma Humanitaria Esencial - Compromiso 3;*

WASH - Promoción de la higiene - Norma 1.1; WASH - Abastecimiento de agua - Normas 2.1 y 2.2; WASH - Gestión de residuos sólidos - Normas 5.1 a 5.3; Alojamiento y asentamiento - Norma 2 y *Seguridad alimentaria y nutrición - Alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as - Normas 4.1 y 4.2*.

Promoción de la salud: es preciso interactuar con las comunidades con el fin de proporcionar información en formatos e idiomas que sean accesibles para las personas mayores, las personas con discapacidad, las mujeres y los menores. Hay que tomarse el tiempo necesario para poner a prueba y validar los mensajes sobre cuestiones sensibles.

Vacunación: la decisión de poner en marcha una campaña de vacunación se basará en tres factores:

- Una **evaluación de los factores de riesgo generales**, como la malnutrición, una elevada carga de enfermedades crónicas, el hacinamiento, condiciones WASH inadecuadas y los riesgos específicos de determinadas enfermedades, como la geografía, el clima, la estación y la inmunidad de la población.
- La **viabilidad de una campaña**, según una evaluación de las características de la vacuna, que incluya la disponibilidad, eficacia, seguridad, si contiene un solo antígeno o varios, administración oral o por inyección y estabilidad. Considerar factores operativos, como el acceso a la población, las limitaciones de tiempo, el transporte, las necesidades de materiales, los costos y la capacidad de obtener un consentimiento informado.
- El **contexto general**, incluidas las limitaciones éticas y prácticas, como la oposición por parte de la comunidad, la existencia de desigualdades debidas a la falta de recursos y las limitaciones políticas o de seguridad, o las amenazas conocidas contra el personal de vacunación.

⊕ *Véase Atención esencial de salud: salud infantil - Norma 2.2.1. Enfermedades infantiles que pueden prevenirse mediante vacunación* y *Vaccination in acute humanitarian emergencies: A Framework for Decision Making, OMS, 2017*, que hace referencia a 23 antígenos, incluido el cólera, la meningitis, el sarampión y los rotavirus.

Prevención de la malaria: cuando la transmisión de la malaria sea alta o moderada, se deben proporcionar MTILD a las personas y las familias con malnutrición grave, a las mujeres embarazadas, a los niños y niñas menores de 5 años, a los menores no acompañados y a las personas que viven con el VIH. A continuación se priorizará a las personas en programas de alimentación suplementaria, a las familias con niños y niñas menores de 5 años y a las familias de mujeres embarazadas.

Facilitar quimioprofilaxis a las mujeres embarazadas conforme a los protocolos nacionales y los patrones de resistencia. En zonas con una elevada mortalidad por malnutrición y sarampión, considerar la quimioprofilaxis de la malaria selectiva y estacional.

Enfermedades transmitidas por el mosquito Aedes: el dengue, el chikungunya, el virus del Zika y la fiebre amarilla se propagan mediante el mosquito *Aedes*. Prevenir las enfermedades por medio de una gestión de vectores integrada. Las personas deben ir vestidas para evitar picaduras y las familias deben aplicar buenas

prácticas de gestión del agua y de los residuos y utilizar repelentes o MTILD para los lactantes y niños/as pequeños/as que duerman durante el día ⊕ *véase WASH - Control de vectores - Norma 4.2: Acciones domésticas y personales para el control de vectores*.

Enfermedades transmisibles - Norma 2.1.2: Vigilancia, detección de brotes y respuesta temprana

Los sistemas de vigilancia y notificación facilitan la detección y respuesta temprana a los brotes.

Acciones clave

1 Fortalecer o establecer un mecanismo específico de vigilancia, alerta temprana y respuesta (EWAR) a enfermedades.

- Decidir qué enfermedades prioritarias y episodios deberán incluirse en función del riesgo epidemiológico.
- Formar al personal de salud a todos los niveles sobre las enfermedades prioritarias y los mecanismos para notificar a las autoridades de salud y generar una alerta.
- Difundir los informes semanales de EWAR a todas las partes interesadas para que adopten las medidas necesarias.

2 Crear equipos de investigación de brotes.

- Velar por que se adopten medidas rápidamente cuando se genere una alerta.
- Iniciar una investigación remota cuando los equipos no tengan acceso a las poblaciones afectadas, como en las zonas de conflicto activo.

3 Asegurarse de que sea posible someter las muestras a pruebas de diagnóstico rápido o pruebas de laboratorio para confirmar un brote ⊕ *véase Atención esencial de salud: enfermedades transmisibles - Norma 2.1.3: Diagnóstico y gestión de casos*.

Indicadores clave

Porcentaje de alertas notificadas en un plazo de 24 horas

- 90%

Porcentaje de alertas notificadas que se verifican en un plazo de 24 horas

- 90%

Porcentaje de alertas verificadas que se investigan en un plazo de 24 horas

- 90%

Notas de orientación

Vigilancia, alerta temprana y respuesta (EWAR): en coordinación con todas las partes interesadas, incluyendo el MdS, los socios y la comunidad, fortalecer o establecer un sistema EWAR representativo de la población afectada ⊕ *véase Sistemas de salud - Norma 1.5: Información de salud*. El sistema debe ser capaz de captar rumores, episodios inusuales e informes de la comunidad.

Vigilancia y alerta temprana: fortalecer el sistema EWAR con los socios y llegar a acuerdos sobre las unidades de notificación, los flujos de datos, las herramientas de notificación, las herramientas de análisis de datos, las definiciones de casos y la frecuencia de los informes.

Generación y notificación de alertas: las alertas son episodios de salud inusuales que pueden señalar las primeras fases de un brote. Definir umbrales de alerta específicos de cada enfermedad e informar lo más rápidamente posible. Utilizar los informes del personal de salud basados en episodios e inmediatamente notificables o analizar informes basados en indicadores (una vez a la semana o con más frecuencia). Registrar todas las alertas inmediatamente y comunicarlas a los equipos de investigación de brotes para que las verifiquen.

Verificación de alertas: verificar la información de la alerta en 24 horas. La verificación puede hacerse a distancia, por ejemplo telefónicamente, y consiste en recopilar datos adicionales y analizar el caso según los síntomas, fecha de inicio, lugar, sexo, edad, resultados de salud y diagnósticos diferenciales.

Detección de brotes: si se verifica una alerta, realizar una investigación de campo en 24 horas. Los equipos deben tener competencias suficientes para verificar las alertas, investigar sobre el terreno, detectar un presunto brote y recoger muestras para el laboratorio. La investigación confirmará que existe un brote si se ha alcanzado un umbral epidémico o determinará si la alerta refleja casos esporádicos o picos estacionales.

Revisar los casos, tomar muestras y realizar una evaluación de riesgos. Los posibles resultados son:

- no es un caso;
- se confirma que es un caso, pero no un brote; o
- se confirma que es un caso y se sospecha o se confirma un brote.

Algunos brotes solo pueden confirmarse mediante análisis en el laboratorio, pero incluso los presuntos brotes pueden precisar medidas inmediatas.

Investigación y respuesta temprana ante un brote: continuar investigando si se confirma o se sospecha un brote. Determinar la causa/fuente, qué personas se han visto afectadas, los modos de transmisión y qué personas están en riesgo, a fin de adoptar medidas de control apropiadas.

Umbrales de alerta y brote

	Umbral de alerta	Umbral de brote
Cólera	2 casos, con diarrea acuosa aguda y deshidratación severa en personas de 2 años o más, o que fallecen por diarrea acuosa aguda en la misma zona con una semana de separación 1 muerte por diarrea acuosa aguda grave en una persona de 5 años o más 1 caso de diarrea acuosa aguda, que da positivo en cólera por medio de pruebas diagnósticas rápidas en una zona	1 caso confirmado
Malaria	Se decide a nivel de país según el contexto	Se decide a nivel de país según el contexto
Sarampión	1 caso	Definido a nivel de país
Meningitis	2 casos en una semana (en una población < 30.000) 3 casos en una semana (en una población de 30.000-100.000)	5 casos en una semana (en una población < 30.000) 10 casos por cada 100.000 personas en una semana (en una población de 30.000-100.000) 2 casos confirmados en una semana en un campamento
Fiebres hemorrágicas virales	1 caso	1 caso
Fiebre amarilla	1 caso	1 caso

Realizar investigaciones epidemiológicas descriptivas, que incluyan:

- casos, muertes y persona, hora y lugar de inicio para trazar una curva epidémica y un mapa epidemiológico;
- listados por líneas, que sigan cada caso y analicen el alcance del brote, por ejemplo, número de hospitalizaciones, complicaciones, tasa de letalidad; y
- calcular los índices de ataque en función de cifras de población acordadas.

Elaborar una hipótesis que explique la exposición y la enfermedad. Considerar el patógeno, la fuente y la vía de transmisión.

Evaluar la hipótesis y acordar una definición del caso de brote. Puede ser más específica que una definición del caso utilizada con fines de vigilancia. Una vez que las investigaciones en el laboratorio hayan confirmado que existe un brote por numerosas fuentes, seguir la definición del caso de brote. Es posible que ya no sea necesario seguir recogiendo muestras.

Comunicar y actualizar los resultados inmediata y regularmente. Aplicar medidas de control basadas en la población lo antes posible.

Todas estas actividades pueden ocurrir al mismo tiempo, especialmente durante un brote en curso ⊕ *véase Atención esencial de salud: enfermedades transmisibles - Norma 2.1.4: Preparación para un brote y respuesta*.

Enfermedades transmisibles - Norma 2.1.3: Diagnóstico y gestión de casos

La población tiene acceso a un diagnóstico y tratamiento efectivos para las enfermedades infecciosas que contribuyen más significativamente a la morbilidad y la mortalidad.

Acciones clave

1. Elaborar mensajes claros que animen a las personas a solicitar atención por síntomas, tales como fiebre, tos y diarrea.
   - Preparar materiales escritos, emisiones por radio o mensajería móvil en formatos e idiomas accesibles.
2. Utilizar protocolos estándar de gestión de casos para ofrecer atención de salud.
   - Considerar la gestión de casos basada en la comunidad para enfermedades como la malaria, la diarrea o la neumonía.
   - Remitir los casos graves a niveles superiores de atención o aislamiento.
3. Proporcionar una capacidad adecuada de laboratorio y diagnóstico, suministros y aseguramiento de la calidad.
   - Determinar el uso de pruebas de diagnóstico rápido o pruebas en laboratorio para patógenos, y a qué nivel de atención de salud deben realizarse (por ejemplo, pruebas de diagnóstico rápido en la comunidad).
4. Asegurarse de que las personas que reciben atención a largo plazo por enfermedades transmisibles, como la TB o el VIH, no vean alterado su tratamiento.
   - Introducir programas de control de la TB únicamente cuando se cumplan criterios reconocidos.
   - Es preciso coordinarse con los programas de VIH para garantizar la atención de salud a las personas con una infección simultánea de VIH y TB.

Indicadores clave

Porcentaje de centros de salud que asisten a la población afectada por una crisis aplicando protocolos de tratamiento normalizados para una enfermedad concreta

- Revisar informes mensuales para observar tendencias

Porcentaje de presuntos casos confirmados por un método de diagnóstico determinado, según un protocolo acordado

Notas de orientación

Protocolos de tratamiento: los protocolos deben comprender un paquete de diagnóstico, tratamiento y derivación. Si no se dispone de un paquete de este tipo en una crisis, considerar las directrices internacionales. Hay que conocer las pautas locales de resistencia a los fármacos (considerando además el desplazamiento), sobre todo en lo que respecta a la malaria, la tuberculosis y las fiebres tifoideas. Considerar grupos de alto riesgo clínico, como los niños y niñas menores de 2 años, las mujeres embarazadas, las personas mayores, las personas que viven con el VIH y los/las niños/as con malnutrición aguda, que tienen mayor riesgo de padecer determinadas enfermedades transmisibles.

Infecciones respiratorias agudas: en una crisis, la vulnerabilidad aumenta debido al hacinamiento, al humo en interiores y la mala ventilación, así como a la malnutrición o la deficiencia en vitamina A. Reducir las tasas de letalidad mediante una identificación oportuna, antibióticos orales y la derivación de los casos graves.

Diarrea y diarrea sanguinolenta: controlar las tasas de mortalidad aumentando el acceso y uso de la terapia de rehidratación oral y los suplementos de zinc a nivel de hogar, de comunidad o de atención primaria de la salud. El tratamiento puede administrarse en puntos comunitarios de rehidratación oral.

Gestión de casos en la comunidad: los pacientes con malaria, neumonía o diarrea pueden ser tratados por TCS con formación. Velar por que todos los programas estén vinculados y supervisados por el centro de salud más próximo. Asegurar que exista un acceso equitativo e imparcial para todos.

Pruebas en laboratorio: establecer una red de derivación de laboratorios nacionales, regionales e internacionales para el ensayo de muestras. Velar por que se realicen pruebas de diagnóstico rápido de malaria, cólera, dengue y hemoglobina, y proporcionar medios apropiados de transporte para analizar las muestras con el objeto de detectar otros patógenos (como el medio Cary-Blair para el cólera).

Formar a los trabajadores de salud en métodos de diagnóstico y aseguramiento de la calidad y recogida de muestras, transporte y documentación. Elaborar un protocolo para realizar las pruebas definitivas en los laboratorios de referencia nacionales, regionales o internacionales. Las pruebas definitivas incluyen cultivos de especímenes, pruebas serológicas, de antígenos o de ARN para la fiebre amarilla, las fiebres hemorrágicas virales y la hepatitis E. Se han de establecer protocolos sobre mecanismos seguros de transporte de patógenos, especialmente de una fiebre hemorrágica viral, plaga o similar, y tener en cuenta la normativa de aviación para el transporte aéreo de muestras.

El control de la tuberculosis es complejo debido a la creciente resistencia a los fármacos. Establecer programas únicamente si está garantizado el acceso continuo a la población y la prestación de asistencia durante un plazo mínimo de entre 12 y 15 meses. Se ha identificado TB multirresistente (TBMR, resistente a dos fármacos antituberculosos de primera línea, la isoniacida y la rifampicina) y TB ultrarresistente (TBUR, resistente a cuatro fármacos antituberculosos de primera

línea). Estos dos tipos requieren tratamientos más largos, caros y complejos. En una crisis, a menudo es difícil acceder al diagnóstico y a las pruebas de sensibilidad necesarias para garantizar la correcta selección y utilización de medicamentos contra la tuberculosis.

Enfermedades transmisibles - Norma 2.1.4: Preparación para un brote y respuesta

Existe una preparación adecuada para los brotes y se controlan de manera oportuna y efectiva.

Acciones clave

1. Elaborar y difundir un plan integrado de preparación y respuesta a brotes en colaboración con todas las partes interesadas y sectores.

- Enfocar la formación al personal clave en zonas de alto riesgo.
- Preposicionar medicamentos esenciales, materiales médicos, pruebas rápidas, EPP y kits (por ejemplo, contra el cólera y las enfermedades diarreicas) en zonas propensas a epidemias o de acceso limitado.

2. Aplicar medidas de control específicas de la enfermedad una vez detectado el brote.

- Determinar la necesidad de una campaña de vacunación selectiva.
- Intensificar las medidas de PCI, incluyendo la creación de zonas de aislamiento para brotes de cólera, hepatitis E, etc.

3. Crear y coordinar una capacidad logística y de respuesta específica para el brote.

- Asegurar que exista capacidad de transporte y almacenamiento de medicamentos y suministros, incluida una cadena de frío para las vacunas.
- Ampliar la capacidad de los centros de salud, por ejemplo, con tiendas de campaña para atender los casos de cólera o meningitis.
- Garantizar el acceso y el transporte a los laboratorios a nivel local, nacional e internacional para examinar las muestras.

4. Coordinarse con otros sectores, incluida la protección de la infancia , cuando sea necesario.

Indicadores clave

Porcentaje de personal de salud en zonas de alto riesgo con formación sobre el plan y los protocolos de respuesta a brotes

La tasa de letalidad se ha reducido a un nivel aceptable

- Cólera < 1%
- Meningitis < 15%

- Hepatitis E < 4% en la población general, de 10% a 50% en mujeres embarazadas en el tercer trimestre
- Difteria (respiratoria) < 5% a 10%
- Tosferina < 4% en niños/as de 1 año, < 1% en niños/as de 1 a 4 años
- Dengue < 1%

Notas de orientación

Plan de preparación para un brote y respuesta: se ha de elaborar con los socios de salud, el MdS, los miembros y líderes de la comunidad. También hay que contar con los representantes de WASH, nutrición, alojamiento y educación, el gobierno del país de acogida, la administración de prisiones y las fuerzas armadas (si es pertinente). Se debe velar por que no se pongan en peligro otros servicios de salud críticos durante la respuesta al brote.

El plan debe definir:

- el mecanismo de coordinación de la respuesta al brote a nivel nacional, regional y comunitario;
- mecanismos de movilización de la comunidad y de comunicación de riesgos;
- el fortalecimiento del sistema EWAR: vigilancia de enfermedades, detección de brotes, investigación (epidemiológica) de brotes;
- la gestión de casos;
- medidas de control específicas de la enfermedad y del contexto;
- medidas intersectoriales;
- protocolos sobre el transporte seguro y vías de derivación de las muestras para su investigación en laboratorio;
- planes de contingencia para intensificar los servicios a diferentes niveles de atención, incluyendo la creación de zonas de aislamiento en los centros de tratamiento;
- las capacidades del equipo de control de brotes y requisitos de los trabajadores de salud de refuerzo, y
- la disponibilidad de medicamentos esenciales, vacunas, materiales médicos, suministros de laboratorio y equipos de protección para trabajadores de salud, incluidas las adquisiciones internacionales (por ejemplo, las existencias mundiales de vacunas).

El control de brotes se basa en una adecuada comunicación de los riesgos y en la formación de equipos dedicados específicamente a esta labor. Realizar una labor exhaustiva de contención del brote para evitar que se propague a otras zonas y reducir el número de nuevos casos cuando se produzca un brote. Para ello será necesaria una labor activa de detección de casos y diagnosis, y de gestión rápida. Crear las zonas de aislamiento que sean necesarias (por ejemplo, para el cólera o la hepatitis E). Mejorar el control de vectores a fin de reducir la exposición a la infección, utilizar los MTILD y mejorar la práctica de higiene.

Campañas de vacunación

Meningitis: los serogrupos A, C, W e Y pueden provocar brotes en una crisis. Las vacunas para A y C están disponibles para utilizarse en epidemias. No se recomienda la vacunación rutinaria en situaciones de crisis y no es posible para los serogrupos C y W. Es preciso llevar a cabo una vacunación selectiva en grupos de edades concretas en función de los índices de ataque conocidos, o para aquellas personas de entre 6 meses y 30 años. Dada la necesidad de la punción lumbar para obtener un diagnóstico definitivo, se debe establecer una definición clara del caso.

Fiebres hemorrágicas virales: el tratamiento y diagnóstico de las fiebres hemorrágicas virales, como el ébola o la fiebre de Lassa, se basan en rigurosas directrices nacionales e internacionales, entre las que se incluyen protocolos sobre nuevas vacunas y métodos de tratamiento innovadores. Durante estos brotes, es vital la interacción efectiva con la comunidad.

Fiebre amarilla: se recomienda la vacunación masiva en cuanto se confirme un solo caso en un asentamiento de poblaciones desplazadas y de acogida. Esto ha de combinarse con medidas de control del vector *Aedes* y el riguroso aislamiento de los casos.

Polio: la polio está incluida en el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de la OMS y la vacunación debe reanudarse después de las fases iniciales de la emergencia. Poner en marcha una vacunación masiva si se detecta un caso de polio paralítica.

Cólera: deben existir protocolos claros de tratamiento y respuesta a brotes y coordinarse entre todos los sectores. Utilizar las vacunas contra el cólera en cumplimiento del marco de la OMS y complementar las estrategias existentes de control del cólera.

Hepatitis A y E: estas enfermedades presentan un riesgo importante, especialmente en los campamentos de refugiados. Prevenir y controlar los brotes mejorando el saneamiento y la higiene, y el acceso al agua potable.

Sarampión: ⊕ *véase Atención esencial de salud: salud infantil - Norma 2.2.1: Enfermedades infantiles que pueden prevenirse mediante vacunación.*

Tosferina o difteria: es frecuente que haya brotes de tosferina cuando hay personas desplazadas. Debido a los riesgos que puede tener la vacuna de células enteras contra la difteria, la tosferina y el tétanos (DPT, por sus siglas en inglés), hay que tener cuidado con las campañas de vacunación de la tosferina relacionadas con un brote. Los brotes deben utilizarse para corregir déficits en la inmunización rutinaria. La gestión de los casos incluye el tratamiento con antibiótico de los casos detectados y el tratamiento profiláctico temprano de los contactos en los hogares donde haya un lactante o una mujer embarazada. Los brotes de difteria son menos frecuentes, pero aun así son una amenaza cuando el entorno está abarrotado de personas con baja inmunidad contra la difteria. En los campamentos, no es raro que se lleven a cabo campañas de vacunación contra la difteria con tres dosis distintas de la vacuna. La gestión de los casos incluye la administración de antitoxinas y antibióticos.

Tasas de letalidad: la tasa de letalidad (TL) aceptable de cada enfermedad varía según el contexto y la inmunidad existente. El objetivo es reducir las tasas de letalidad lo máximo posible. Una tasa de letalidad elevada puede indicar una falta de acceso a atención de salud apropiada, retraso en la presentación y gestión de los casos, importantes morbilidades asociadas en la población, o atención de salud de calidad deficiente. Se debe hacer un seguimiento de la tasa de letalidad con frecuencia y adoptar medidas correctivas inmediatas si es mayor de lo esperado.

Atención a menores: durante un brote, hay que considerar que los menores son un grupo específico en el diseño y ejecución de los programas. Los sectores de salud y protección de la infancia deben coordinarse y remitirse pacientes entre sí. Estudiar los riesgos que plantea separar a los menores de sus progenitores. Los riesgos pueden deberse a la morbilidad y mortalidad de los progenitores o al diseño del programa. Hay que evitar las separaciones familiares y obtener el consentimiento de los progenitores o del menor para el tratamiento. Adoptar medidas para mantener las instalaciones educativas abiertas, teniendo en cuenta las medidas de control necesarias y la educación en salud.

2.2 Salud infantil

Durante una crisis, los menores son todavía más vulnerables a las infecciones, las enfermedades y otros riesgos para su salud y su vida. No solo se deterioran las condiciones de vida, sino que también se interrumpen los programas de inmunización. Los riesgos son todavía mayores para los menores separados y no acompañados.

Es necesaria una respuesta concertada orientada a los menores. En principio, estará enfocada en salvar vidas, pero, en última instancia, las intervenciones deben aliviar el sufrimiento y promover el crecimiento y el desarrollo. Los programas deben actuar sobre las principales causas de morbilidad y mortalidad. A escala mundial, estos riesgos son las infecciones respiratorias agudas, la diarrea, el sarampión, la malaria, la malnutrición y las causas neonatales.

Salud infantil - Norma 2.2.1: Enfermedades infantiles que pueden prevenirse mediante vacunación

Los menores de entre 6 meses y 15 años de edad tienen inmunidad contra enfermedades y acceso a los servicios rutinarios del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) durante una crisis.

Acciones clave

1. Determinar si existe necesidad de vacunaciones y el método apropiado para la emergencia.

- Esto ha de basarse en una evaluación del riesgo (por ejemplo, población, estación), en la viabilidad de la campaña (incluida la necesidad de múltiples dosis y la disponibilidad) y en el contexto (como la seguridad y las necesidades contrapuestas). Este debe ser un proceso continuado a medida que evolucione la crisis ⊕ *véase Atención esencial de salud: enfermedades transmisibles - Norma 2.1.1: Prevención*.

2 Lanzar una campaña de vacunación masiva contra el sarampión para menores de entre 6 meses y 15 años de edad, sea cual sea el historial de vacunación contra el sarampión, cuando la cobertura estimada contra el sarampión sea inferior al 90% o desconocida.

- Incluir la vitamina A para menores de entre 6 y 59 meses.
- Todos los lactantes de entre 6 y 9 meses que estén vacunados deben recibir otra dosis de vacuna contra el sarampión a los 9 meses.

3 Restablecer, lo antes posible, el PAI.

- Intent que los sistemas o centros de salud primarios de los equipos móviles o de divulgación ofrezcan, durante al menos 20 días al mes, el calendario nacional de vacunación para enfermedades que se pueden prevenir mediante vacunas.

4 Examinar a los menores que visiten los centros de salud o las clínicas móviles para averiguar su estado de vacunación y administrar las vacunas que puedan necesitar.

Indicadores clave

Porcentaje de menores de entre 6 meses y 15 años que han sido vacunados al finalizar una campaña de vacunación contra el sarampión

- > 95%

Porcentaje de menores de entre 6 y 59 meses que han recibido una dosis apropiada de vitamina A al finalizar una campaña de vacunación contra el sarampión

- > 95%

Porcentaje de menores de 12 meses que han recibido tres dosis de DPT

- > 90%

Porcentaje de centros de salud primarios que ofrecen servicios PAI básicos durante al menos 20 días al mes

Notas de orientación

Vacunación: las vacunas son vitales para prevenir una mortalidad excesiva en las crisis agudas. Puede que las directrices nacionales no comprendan emergencias o personas que hayan cruzado fronteras, por lo que habrá que trabajar sin demora para determinar qué vacunas hacen falta y crear un plan de aplicación que incluya los procesos de adquisición ⊕ *véanse Atención esencial de salud: enfermedades*

transmisibles - Norma 2.1.1, para obtener directrices sobre evaluación de riesgos y decisiones de vacunación, y *Sistemas de salud - Norma 1.3: Medicamentos y materiales médicos esenciales*, para obtener información sobre adquisición y almacenamiento de vacunas.

Vacunación contra el sarampión: la inmunización contra el sarampión es una intervención de salud prioritaria en una crisis.

- *Cobertura:* revisar los datos de cobertura de las poblaciones desplazadas y de acogida para evaluar si la cobertura de la inmunización rutinaria o de la campaña contra el sarampión ha sido superior al 90% en los tres últimos años.
- lanzar una campaña contra el sarampión si la cobertura de la vacunación es inferior al 90%, desconocida o dudosa. Al mismo tiempo, administrar suplementos de vitamina A. Velar por que al menos el 95% de los menores de entre 6 meses y 15 años recién llegados a un asentamiento sean vacunados.
- *Intervalos de edad:* puede que algunos/as niños/as mayores no hayan recibido la vacunación rutinaria, ni hayan estado expuestos a las campañas contra el sarampión, ni a la propia enfermedad del sarampión. Estos/as niños/as siguen estando en riesgo de contraer el sarampión y pueden infectar a lactantes y niños y niñas pequeños que tienen mayor riesgo de muerte por esta enfermedad. Por tanto, es preciso vacunar a los menores de hasta los 15 años. Si esto no es posible, priorizar a los/as niños/as de entre 6 y 59 meses.
- *Vacunaciones repetidas:* todos los menores de entre 9 meses y 15 años de edad deberían recibir dos dosis de la vacuna contra el sarampión dentro de los programas nacionales de inmunización estándar. Los menores de entre 6 y 9 meses que hayan recibido la vacuna contra el sarampión (por ejemplo, en una campaña de emergencia) deberían recibir dos dosis más a la edad recomendada según el calendario nacional (normalmente 9 meses y 15 meses en zonas de alto riesgo).

Polio: hay que estudiar la posibilidad de llevar a cabo campañas contra la polio en zonas donde existan brotes de polio o amenazas a los programas de erradicación, tal como se establece en el documento de la OMS *Vaccination in Acute Humanitarian Crises: A Framework for Decision Making* ⊕ *véase Atención esencial de salud: enfermedades transmisibles - Norma 2.1.1: Prevención*.

Programa PAI nacional: restablecer el PAI rápidamente para proteger a los menores contra el sarampión, la difteria y la tosferina, y reducir el riesgo de infección respiratoria. Los programas PAI nacionales pueden necesitar vacunas suplementarias ⊕ *véase Atención esencial de salud: enfermedades transmisibles - Norma 2.1.4: Preparación para un brote y respuesta*.

Seguridad de las vacunas: hay que garantizar la seguridad de las vacunas en todo momento. Seguir las instrucciones de almacenamiento y refrigeración del fabricante ⊕ *véase Sistemas de salud - Norma 1.3: Medicamentos y materiales médicos esenciales*.

Consentimiento informado: es preciso obtener el consentimiento informado de los progenitores o tutores para administrar la vacuna. Esto incluye que entiendan los riesgos y los posibles efectos secundarios.

Salud infantil - Norma 2.2.2: Tratamiento de enfermedades en recién nacidos y en la infancia

Los menores tienen acceso a atención de salud prioritaria que actúa sobre las principales causas de morbilidad y mortalidad en los neonatos y en la infancia.

Acciones clave

1. Prestar atención de salud apropiada a diferentes niveles (instalación, clínica móvil o programa comunitario).
   - Seguir las directrices recogidas en "Newborn Health in Humanitarian Settings" relativas a la atención esencial a los neonatos ⊕ *véase Referencias*.
   - Considerar la adopción de la gestión integrada de casos en la comunidad (GICC) y la Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).
2. Establecer un sistema normalizado de evaluación y triaje en todas las instalaciones que preste atención a los neonatos o menores enfermos.
   - Velar por que los menores que presenten síntomas peligrosos (que no puedan beber o lactar, que vomiten todo, que sufran convulsiones o se encuentren en estado letárgico o inconscientes) reciban tratamiento inmediato.
   - Incluir la evaluación de traumas e intoxicaciones químicas en contextos en que exista mayor riesgo.
3. Facilitar medicamentos esenciales en las dosis y formulaciones apropiadas para tratar enfermedades comunes en la infancia en todos los niveles de atención.
4. Examinar a los menores para conocer su estado de crecimiento y nutrición.
   - Remitir a todos los menores malnutridos a los servicios nutricionales.
   - Proporcionar tratamiento basado en la instalación a los menores que sufran malnutrición aguda grave con complicaciones.
5. Establecer un protocolo apropiado de gestión de casos para tratar enfermedades infantiles y susceptibles de prevención mediante vacunas, como la difteria y la tosferina, en situaciones de alto riesgo de brote.
   - Utilizar los protocolos existentes, cuando sea posible.
6. Diseñar mensajes de educación en salud para animar a las familias a adoptar conductas saludables y fomentar prácticas de prevención de enfermedades.
   - Promover acciones como la lactancia materna exclusiva, la alimentación de lactantes, lavarse las manos, mantener a los lactantes calientes y el desarrollo infantil temprano.

7 Diseñar mensajes de educación en salud para animar a las personas a solicitar atención temprana para cualquier enfermedad, como fiebre, tos o diarrea, entre niños/as y neonatos/as.

- Adoptar medidas para llegar a los menores que no tengan un adulto o progenitor que cuide de ellos.

8 Identificar a los menores que tengan una discapacidad o un retraso en el desarrollo.

- Asesorar sobre los a servicios de atención o rehabilitación y remitir a los mismos.

Indicadores clave

Tasa de mortalidad de los niños y niñas menores de 5 años

- Menos de 2 muertes al día por cada 10.000 niños/as de este grupo ⊕ *véanse los cálculos en el apéndice 3*

Tratamiento efectivo contra la malaria administrado en el momento oportuno a todos los niños y niñas menores de 5 años que se presentan con malaria

- En las primeras 24 horas desde el inicio de los síntomas
- Excepción de los niños y niñas menores de 5 años que padecen malnutrición aguda grave

Sales de rehidratación oral (SRO) y suplementación con zinc administradas en el momento oportuno a todos los niños y niñas menores de 5 años que se presentan con diarrea

- En las primeras 24 horas desde el inicio de los síntomas

Atención adecuada en el momento oportuno a todos los niños y niñas menores de 5 años que se presentan con neumonía

- En las primeras 24 horas desde el inicio de los síntomas

Notas de orientación

Atención esencial a los neonatos: proporcionar atención cualificada a todos los neonatos en el parto, preferiblemente en un centro de salud y de acuerdo con las directrices pertinentes ⊕ *véase Atención integrada del embarazo y del parto (IMPAC, del inglés Integrated Management of Pregnancy and Childbirth)* y en *Salud del recién nacido en situaciones humanitarias (Newborn Health in Humanitarian Settings).* Independientemente de si el parto tiene lugar con o sin atención cualificada, la atención esencial al neonato consiste en lo siguiente:

- cuidados térmicos (retrasar el baño y mantener al bebé seco y tibio con el contacto piel con piel);
- prevención de infecciones (promover prácticas de limpieza en el parto, lavarse las manos, limpiar el cordón umbilical y cuidado de ojos y piel);

- apoyo alimenticio (lactancia materna inmediata y exclusiva, no desechar el calostro);
- seguimiento (evaluar síntomas peligrosos de infección o enfermedades que puedan obligar a utilizar los mecanismos de derivación); y
- atención posnatal (en el hogar o cerca del hogar en la primera semana de vida, siendo crucial que la visita de atención posnatal tenga lugar en las primeras 24 horas; lo ideal es tres visitas a domicilio en la primera semana de vida).

La Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) se centra en el nivel de atención primaria de la salud de los niños y niñas menores de 5 años. Después de establecer la AIEPI, se deben incorporar directrices clínicas a los protocolos estándar y formar a los profesionales de la salud adecuadamente.

La Gestión Integrada de Casos en la Comunidad (GICC) es un sistema para el tratamiento oportuno y efectivo de la malaria, la neumonía y la diarrea a personas con acceso limitado a instalaciones de salud, especialmente los niños y niñas menores de 5 años.

Atención a la diarrea: tratar a los menores con diarrea con sales de rehidratación oral (SRO) de baja osmolalidad y suplementos de zinc. El zinc acorta la duración de la diarrea y las SRO previenen la deshidratación. Animar a las personas cuidadoras a continuar o aumentar la lactancia materna durante el episodio, y aumentar toda la alimentación posterior mente.

Atención a la neumonía: si los niños y niñas menores tienen tos, evaluar si presentan taquipnea o dificultades para respirar, así como retracciones subcostales. De ser así, tratar con un antibiótico apropiado por vía oral. Remitir a atención prioritaria a quienes presenten síntomas peligrosos o neumonía grave.

Las frecuencias de taquipnea son específicas de la edad:

Del nacimiento a los 2 meses: > 60/min	12 meses: > 50/min
1–5 años: > 40/min	5 años: > 20/min

HIV: cuando la prevalencia del VIH sea superior al 1%, se debe realizar la prueba a todos los menores con malnutrición aguda grave. Las madres y personas cuidadoras de lactantes expuestos al VIH necesitan apoyo y asesoramiento adaptados ⊕ *véanse las normas de Seguridad alimentaria y nutrición*.

Alimentar a los menores separados: organizar alimentación supervisada para los menores no acompañados y separados.

Protección de la infancia: utilizar los servicios de salud rutinarios para detectar abandono, abuso y explotación de menores. Remitir los casos a los servicios de protección de menores. Integrar los procedimientos de identificación y gestión de casos sensible al género en los servicios de salud rutinarios para madres y lactantes, menores y adolescentes.

Remisiones de carácter nutricional: ⊕ *véanse Seguridad alimentaria y nutrición – Norma 3. Deficiencias de micronutrientes* y *Atención a la malnutrición – Norma 2.2: Malnutrición aguda grave.*

Contaminación del aire en el hogar: considerar el suministro de estufas de cocina alternativas para reducir humos y vapores, y las enfermedades respiratorias que causan ⊕ *véanse Alojamiento y asentamiento – Norma 3: Espacio para vivir y Norma 4: Artículos domésticos*.

Intoxicación: ⊕ *véase el apéndice 4.*

2.3 Salud sexual y reproductiva

Debe haber atención crítica de salud sexual y reproductiva disponible desde el inicio de la crisis. Organizar servicios integrales lo antes que sea viable.

Estos servicios críticos forman parte de una respuesta de salud integrada y se complementan con el uso de kits de salud reproductiva ⊕ *véase Sistemas de salud – Norma 1.3: Medicamentos y materiales médicos esenciales*.

Una atención de salud sexual y reproductiva integral implica modernizar los servicios existentes, añadir los servicios que falten y mejorar la calidad. Conocer la arquitectura de los sistemas de salud será útil para determinar cómo facilitar esta labor ⊕ *véase Sistemas de salud – Normas 1.1 a 1.5*.

Todas las personas, incluidas las que se encuentran en situaciones humanitarias, tienen derecho a la salud sexual y reproductiva. La atención de salud sexual y reproductiva debe respetar el contexto cultural y las creencias religiosas de la comunidad y cumplir, al mismo tiempo, las normas internacionales de derechos humanos reconocidas universalmente. Hay que ser sensible a las necesidades de los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidad y las poblaciones de riesgo, sea cual sea su orientación sexual o su identidad de género.

Las emergencias agravan los riesgos de violencia sexual, incluyendo la explotación y el abuso. Todos los actores deben colaborar en su prevención y la respuesta, en estrecha coordinación con el sector de protección. Obtener información de forma segura y ética, y compartir datos únicamente conforme a los protocolos acordados ⊕ *véase Principios de protección* y *Sistemas de salud – Norma 1.5: Información de salud*.

Salud sexual y reproductiva – Norma 2.3.1: Atención de salud reproductiva, materna y neonatal

La población tiene acceso a servicios de atención de salud y planificación familiar que previenen una excesiva morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

Acciones clave

1. Velar por que en todo momento haya disponibles servicios de atención al parto limpios y seguros, atención esencial al neonato y atención de emergencia obstétrica y neonatal.

- Establecer un sistema de remisiones con comunicación y transporte desde la comunidad hasta el centro de salud u hospital, que funcione en todo momento.

2 Proporcionar a todas las mujeres visiblemente embarazadas paquetes para un parto limpio, cuando no se pueda garantizar el acceso a centros de salud y proveedores de salud cualificados.

3 Consultar a la comunidad para conocer las preferencias, prácticas y actitudes locales con respecto a los anticonceptivos.

- Mantener conversaciones separadas y privadas con hombres y mujeres, y niños y niñas adolescentes.

4 Los centros de salud deben tener diversos métodos de anticoncepción activa a corto plazo y de anticoncepción activa a largo plazo reversible disponibles sobre demanda, en un entorno privado y confidencial.

- Proporcionar asesoramiento que haga hincapié en la decisión informada y la eficacia.

Indicadores clave

Hay personal cualificado de atención obstétrica y neonatal de emergencia disponible en todo momento

- Atención obstétrica y neonatal básica de emergencia: mínimo cinco instalaciones por cada 500.000 personas
- Atención obstétrica y neonatal integral de emergencia: mínimo una instalación por cada 500.000 personas

Porcentaje de partos atendidos por personal cualificado

- Objetivo mínimo: 80%

Sistema de derivación disponible para emergencias obstétricas y neonatales

- Disponible 24 horas al día y 7 días a la semana

Porcentaje de partos por cesárea en centros de salud

- Objetivo: 5% a 15%

Todos los centros de salud primaria indican disponer de al menos cuatro métodos de anticoncepción entre los tres y seis meses siguientes al inicio de la crisis.

Notas de orientación

Atención obstétrica y neonatal de emergencia: alrededor del 4% de cualquier población serán mujeres embarazadas y alrededor del 15% de estas experimentarán una complicación obstétrica impredecible durante el embarazo o en

el momento del parto, que requerirá atención obstétrica de emergencia. Entre el 5% y el 15% de los partos necesitarán cirugía, por ejemplo una cesárea. Nivel mundial, entre el 9% y el 15% de los neonatos necesitarán atención de emergencia para salvar su vida. Entre el 5% y el 10% de los neonatos no respiran espontáneamente al nacer y necesitan estimulación, y la mitad de ellos necesitan reanimación. Esto ocurre sobre todo en los partos prematuros y cuando se producen episodios agudos durante el parto que provocan asfixia severa ⊕ *véase Atención esencial de salud: salud infantil – Norma 2.2.2: Atención a las enfermedades neonatales e infantiles*.

La atención obstétrica y neonatal básica de emergencia incluye la administración de antibióticos parenterales, fármacos uterotónicos (oxitocina parenteral, misoprostol) o fármacos anticonvulsivos (sulfato de magnesio), la retirada de productos de la concepción retenidos utilizando dispositivos apropiados, la retirada de la placenta, el parto vaginal asistido (extracción al vacío) y la reanimación de la madre o del neonato.

La atención obstétrica y neonatal integral de emergencia incluye todo lo anterior y además la cirugía con anestesia general (cesárea, laparotomía) y la transfusión de sangre de forma racional y segura con medidas de precaución estándar. La atención posterior al aborto es una intervención para salvar vidas que forma parte de la atención obstétrica y neonatal de emergencia y tiene por objeto reducir las muertes y el sufrimiento derivados de las complicaciones del aborto espontáneo y de los abortos realizados en condiciones no seguras. El tratamiento incluye el control del sangrado (posiblemente mediante intervención quirúrgica) y la sepsis, así como la profilaxis contra el tétanos.

Es esencial que en todo momento se disponga de servicios de atención obstétrica y neonatal básica y de emergencia.

El sistema de derivación debe garantizar que las mujeres o los neonatos tengan los medios para ir y volver de un establecimiento de atención primaria de la salud con atención obstétrica y neonatal básica de emergencia y para ir a un hospital con atención obstétrica y neonatal integral de emergencia.

Planificación familiar: interactuar con los distintos grupos de la comunidad para conocer sus preferencias y sus actitudes culturales. Hay que asegurarse de que la comunidad sepa dónde y cómo obtener anticonceptivos. Compartir la información en múltiples formatos e idiomas para garantizar su accesibilidad. Interactuar con los y las líderes de la comunidad para difundir la información.

El asesoramiento sobre anticonceptivos deben llevarlo a cabo profesionales formados que entiendan las preferencias, la cultura y el contexto de los clientes. El asesoramiento debe hacer hincapié en la confidencialidad y la privacidad, la decisión y el consentimiento voluntarios e informados, la eficacia de los métodos médicos y no médicos, los posibles efectos secundarios, el tratamiento y el seguimiento, y las directrices para retirar dispositivos, si es necesario.

Debe haber distintos tipos de sistemas anticonceptivos disponibles de forma inmediata para atender la demanda prevista. Los profesionales deben estar formados para retirar los anticonceptivos reversibles activos a largo plazo.

Otros servicios: iniciar otra atención materna y neonatal lo antes posible, incluida la atención prenatal y posnatal.

Coordinación con otros sectores: es preciso coordinarse con el sector de nutrición para garantizar que las mujeres embarazadas y lactantes sean remitidas a servicios nutricionales, según sea conveniente, por ejemplo, a programas selectivos de alimentación suplementaria ⊕ *véanse Seguridad alimentaria y nutrición – Atención a la malnutrición – Normas 2.1* y *2.2*.

Salud sexual y reproductiva – Norma 2.3.2: Violencia sexual y tratamiento clínico de la violación

La población tiene acceso a atención de salud segura y adecuada a las necesidades de las personas supervivientes de violencia sexual.

Acciones clave

1. Identificar una organización líder que se encargue de coordinar un enfoque multisectorial para reducir el riesgo de violencia sexual, garantizar las remisiones y prestar apoyo holístico a las personas supervivientes.
   - Es necesario coordinarse con otros sectores para fortalecer la prevención y la respuesta.
2. Informar a la comunidad de los servicios disponibles y de la importancia de solicitar atención médica inmediatamente después de sufrir violencia sexual.
   - Proporcionar profilaxis contra el VIH lo antes posible después de la exposición (en un plazo de 72 horas).
   - Proporcionar anticonceptivos de emergencia en un plazo de 120 horas.
3. Establecer espacios seguros en los centros de salud para recibir a las personas supervivientes de violencia sexual, donde puedan recibir atención clínica y pasar a mecanismos de derivación.
   - Exhibir y utilizar protocolos claros y una lista de derechos de los pacientes.
   - Formar a los trabajadores de salud en comunicación con sensibilidad, mantenimiento de la confidencialidad y protección de la información y los datos de las personas supervivientes.
4. Poner a disposición de las personas supervivientes de violencia sexual servicios de atención clínica y derivación a otros servicios de apoyo.

- Garantizar un mecanismo de derivación de las personas con afecciones potencialmente mortales, severas o complicadas.
- Establecer mecanismos de derivación entre los servicios de salud, jurídicos, de protección, de seguridad, psicosociales y comunitarios.

Indicadores clave

Todas las instalaciones de salud cuentan con personal formado, suministros y equipos suficientes para la atención clínica de los servicios para personas supervivientes de violaciones sexuales conforme a los protocolos nacionales o internacionales

Todas las personas supervivientes de violencia sexual indican haber recibido atención de salud de manera segura y confidencial

Todas las personas supervivientes de violencia sexual que cumplen los requisitos reciben:

- Profilaxis en las 72 horas posteriores a un incidente o exposición
- Anticoncepción de emergencia en las 120 horas siguientes a un incidente o exposición

Notas de orientación

La prevención de la violencia sexual y la violación requiere medidas en todos los sectores ⊕ *véase WASH – Abastecimiento de agua – Norma 2.1;* ⊕ *véanse WASH – Gestión de excrementos – Norma 3.2;* ⊕ *véanse Seguridad alimentaria y nutrición – Asistencia alimentaria – Norma 6.3 y Medios de vida – Norma 7.2; Alojamiento y asentamiento – Normas 2 y 3;* ⊕ *véanse Principio de Protección 1* y *Norma Humanitaria Esencial – Compromisos 4 y 8.* ⊕ *Véanse Sistemas de salud – Norma 1.1.* Servicios de salud Normas 1.2 y *1.3: Medicamentos y materiales médicos esenciales, para obtener más información sobre cómo hacer que las instalaciones de salud sean seguras y cómo proporcionar atención segura.*

En todas las instalaciones de atención primaria de salud y equipos móviles debe haber atención clínica, incluida atención de salud mental y mecanismos de derivación para las personas supervivientes ⊕ *véanse Servicios de salud Norma 1.2* y *Norma de atención de salud 2.5.* Esto incluye personal cualificado para ofrecer tratamiento y asesoramiento de apoyo, oportuno y confidencial a todas las personas menores de edad, adultas y mayores sobre:

- anticoncepción de emergencia;
- pruebas de embarazo, información sobre opciones de embarazo y derivación para un aborto seguro en la medida permitida por la ley;
- tratamiento preventivo de las ITS;
- profilaxis postexposición para prevenir la transmisión del VIH ⊕ *véase Atención esencial de salud: salud sexual y reproductiva – Norma 2.3.3: VIH*;

- prevención de la hepatitis B;
- cuidado de las heridas y prevención del tétanos; y
- Derivación a otros servicios, que pueden ser otros servicios de salud o servicios psicológicos, jurídicos y sociales.

Debe haber trabajadores de salud de ambos sexos por igual capaces de hablar fluidamente los idiomas locales y de los pacientes, y hay que formar a las personas adultas acompañantes e interpretes, tanto a los hombres como a las mujeres, para que puedan prestar servicios no discriminatorios e imparciales. Formar a los trabajadores de salud en la atención clínica a las personas supervivientes de violencia sexual en comunicación con sensibilidad, historia y examen, tratamiento y asesoramiento. Cuando sea factible y necesario, impartir formación sobre el sistema medico-jurídico y la obtención de pruebas forenses.

Menores supervivientes de violencia sexual: debe haber trabajadores de salud capacitado para atender a los menores que han sufrido violación. Los menores deben poder elegir el sexo del trabajador de salud que les atiende. Se debe involucrar rápidamente a los actores especializados en protección, en todos los casos.

Interacción con la comunidad: trabajar con los pacientes y la comunidad a fin de mejorar la accesibilidad y aceptabilidad de la atención y de llevar a cabo programas de prevención durante toda la crisis. Debe haber mecanismos de retroalimentación confidenciales y rápidos. Se debe incluir a los hombres, a las mujeres, a los niños y niñas adolescentes, y a las poblaciones de riesgo, como las personas con discapacidad o los grupos LGBTQI.

Marcos jurídicos: es preciso conocer el sistema médico-jurídico nacional y las leyes pertinentes sobre violencia sexual. Informar a las personas supervivientes de cualquier ley de denuncia obligatoria que pudiera limitar la confidencialidad de la información que los pacientes divulgan a los proveedores de atención de salud. Esto puede influir en su decisión de seguir solicitando atención, pero debe respetarse.

En muchos países, el aborto inducido es legal en circunstancias como la violación sexual. Cuando sea así, deberá facilitarse el acceso o la derivación sin discriminación.

Aunque abordar la violencia sexual es crucial, formas de VG, como la violencia infligida por la pareja sentimental, el matrimonio infantil y forzoso y la mutilación genital femenina no solo son prevalentes en las crisis humanitarias, sino que en algunas circunstancias pueden aumentar y acarrear impactos importantes y particulares en la salud (físicos, sexuales, mentales) que requieran respuestas concretas. Otras directrices internacionales reconocen cada vez más no solo la violencia sexual, sino estas otras formas de VG y su impacto en la salud ⊕ *véase IASC Directrices para la Integración de las Intervenciones contra la Violencia de Género en la Acción Humanitaria (Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action)*.

Salud sexual y reproductiva – Norma 2.3.3: HIV

La población tiene acceso a atención de salud que previene la transmisión y reduce la morbilidad y la mortalidad a causa del VIH.

Acciones clave

1. Establecer y seguir precauciones y procedimientos estándar para el uso seguro y racional de las transfusiones de sangre.

2. Proporcionar terapia antirretroviral (TAR) a todas las personas que ya estén en tratamiento, incluidas las mujeres en programas de prevención de la transmisión maternoinfantil.

- Buscar activamente a las personas que viven con el VIH para que continu en el tratamiento.

3. Proporcionar condones masculinos lubricados y, cuando ya se utilicen en la población, condones femeninos.

- Trabajar con los líderes y con la población afectada a fin de conocer el uso local, aumentar la aceptación y velar por que el reparto de condones sea culturalmente apropiado.

4. Ofrecer a todas las mujeres embarazadas que se hagan la prueba, cuando la prevalencia del VIH sea superior al 1%.

5. Iniciar la profilaxis postexposición (PPE) lo antes posible y en las 72 horas siguientes a la exposición en los casos de supervivientes de violencia sexual y exposición ocupacional.

6. Proporcionar profilaxis con cotromoxazol contra infecciones oportunistas a:
   a. los pacientes que vivan con el VIH; y los hijos e hijas
   b. Hijos de madres que vivan con el VIH, a entre 4 y 6 semanas después de su nacimiento, y continuar hasta que se pueda descartar la infección por VIH.

7. Las instalaciones de atención primaria de salud poseen fármacos antimicrobianos y ofrecen tratamiento sindrómico a los pacientes con síntomas de ITS.

Indicadores clave

Toda la sangre utilizada en transfusiones es examinada y está exenta de infecciones transmisibles con la transfusión, incluido el VIH

Porcentaje de personas que estaban siendo tratadas con terapia antirretroviral (TAR), que continúan recibiendo medicamentos de TAR

- 90%

Porcentaje de mujeres que acceden a los servicios de salud que se someten a la prueba del VIH, cuando la prevalencia del VIH es superior al 1%

- 90%

Porcentaje de personas que puedan haber estado expuestas al VIH que informan a las instalaciones de salud y reciben EPP en las 72 horas siguientes a la exposición

- 100%

Porcentaje de lactantes expuestos al VIH que reciben cotromoxazol entre las 4 y 6 semanas después de su nacimiento edad de entre 4

- 95%

Notas de orientación

Las acciones clave anteriores deberían aplicarse en todas las crisis humanitarias, sea cual sea la epidemiología local del VIH.

Hay que contar con la comunidad afectada y con las poblaciones clave (trabajadores de salud, líderes, mujeres, personas LGBTQI, personas con discapacidad) en la prestación de los servicios relacionados con el VIH, y asegurarse de que saben dónde obtener los medicamentos antirretrovirales (ARV). Si ya existe una asociación de personas que viven con el VIH, se debe consultar y contar con ellas en el diseño y ejecución del programa.

Es útil repartir condones entre grupos de pares con la colaboración de la comunidad. A menudo, las poblaciones clave y los adolescentes saben dónde se congregan sus pares y el reparto puede efectuarse por medio de voluntarios. Educar a las poblaciones clave con mensajes culturalmente apropiados acerca de la forma correcta de usar los condones y de desechar los usados. Hay que facilitar condones a la comunidad, al personal de los organismos de asistencia, al personal uniformado, a los conductores de camiones de reparto de ayudas, etc.

Transfusiones de sangre: ⊕ *véanse Sistemas de salud – Normas 1.1 y 1.3*.

La atención y el tratamiento postexposición debe incluir asesoramiento, evaluación del riesgo de exposición al VIH, consentimiento informado, evaluación de la fuente, y suministro de medicamentos antirretrovirales. No se debe entregar EPP a las personas que se sepa que viven con el VIH. Aunque es recomendable iniciar el asesoramiento y hacer la prueba del VIH antes de que se comiencen a usar los EPP, si no es viable, no debe demorarse su uso ⊕ *véase Atención esencial de salud: salud sexual y reproductiva – Norma 2.3.2: Violencia sexual y tratamiento clínico de la violación sexual.*

Nota: Caritas Internationalis y sus miembros no promueven ni el uso ni la distribución de ningún método artificial de control de la natalidad.

Actividades integrales relacionadas con el VIH en una crisis: se deben establecer las siguientes actividades tan pronto como sea posible:

Conocimiento del VIH: proporcionar información accesible al público, especialmente a las poblaciones de mayor riesgo, acerca de la prevención del VIH y otras ITS.

Prevención del VIH: proporcionar a las poblaciones de alto riesgo servicios de reducción del daño, como equipos de inyección estériles y terapia sustitutiva de opiáceos para las personas que se inyectan drogas, cuando estos servicios ya existieran ⊕ *véase Salud mental – Norma 2.5: Atención de salud mental*.

Asesoramiento y prueba del VIH: proporcionar (o restablecer) servicios de asesoramiento y pruebas del VIH vinculados al inicio de la TAR. Los grupos prioritarios para la prueba del VIH son las mujeres embarazadas y sus parejas, los menores con malnutrición aguda grave cuando la prevalencia del VIH sea superior al 1% y otros grupos de riesgo.

Estigma y discriminación: es crucial asegurarse de que las estrategias y los programas no incrementen el estigma. Hay que tratar de reducir activamente la estigmatización y la discriminación en zonas conocidas por tener un elevado índice de estigma y comportamientos discriminatorios.

Intervenciones TAR: extender, lo antes posible, la terapia antirretroviral a todas las personas que la necesiten, no solo a quienes ya estuvieran inscritas.

Prevención de la transmisión maternoinfantil: hacer la prueba del VIH a las mujeres embarazadas y a sus parejas y obtener un diagnóstico temprano de los lactantes. Proporcionar TAR a las mujeres que ya tuvieran la condición de seropositivas al VIH o que den positivo en la prueba. Remitir a los lactantes que den positivo a los servicios pediátricos del VIH. Proporcionar orientaciones concretas relativas a la alimentación de lactantes a las mujeres que vivan con el VIH, así como apoyo para que permanezcan en el programa y lo cumplan ⊕ *véase Seguridad alimentaria y nutrición – Alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as - Normas 4.1 y 4.2*.

Servicios para la infección simultánea por VIH y TB: ofrecer exámenes de TB y el mecanismo de derivación a las personas que vivan con el VIH. Proporcionar tratamiento contra la TB a las personas que ya estuvieran inscritas en un programa ⊕ *véase 2.1.3 Diagnóstico y gestión de casos*. Se han de vincular los servicios de pruebas de TB y VIH en entornos de alta prevalencia y establecer un sistema de control de infección por TB en entornos de atención de salud.

2.4 Cuidado de lesiones y traumas

En cualquier crisis, una elevada carga de morbilidad y mortalidad es imputable a lesiones. El incremento de la demanda de servicios de traumatología puede sobrepasar rápidamente la capacidad de los sistemas de salud locales. Para reducir el impacto de las lesiones y el riesgo de colapso del sistema de salud, hay que realizar un triaje sistemático y gestionar la mortalidad masiva, además de prestar servicios

básicos de atención de emergencia, operación segura y rehabilitación. Esta sección trata de la respuesta del sistema de salud a las lesiones físicas. Para obtener orientaciones específicas sobre intoxicación, salud mental y violencia sexual ⊕ *véase el apéndice 4: Intoxicación; Atención esencial de salud - Norma 2.5* y *Atención esencial de salud: salud sexual y reproductiva - Norma 2.3.2.*

Cuidado de lesiones y traumas - Norma 2.4: Atención a lesiones y traumas

La población tiene acceso a servicios de traumatología seguros y efectivos durante la crisis para prevenir la mortalidad, la morbilidad, el sufrimiento y la discapacidad que se pueden evitar.

Acciones clave

1. Prestar atención traumatológica a todos los niveles para todos los pacientes.
   - Establecer rápidamente sistemas de derivación seguros entre instalaciones, y desde las comunidades afectadas hasta las instalaciones.
   - Establecer clínicas móviles u hospitales de campo si la población no tiene acceso a atención en estructuras fijas.
2. Velar por que los trabajadores de salud posean las competencias y los conocimientos necesarios para tratar las lesiones.
   - Incluir todos los niveles, desde los equipos de respuesta inicial hasta los que prestan la atención quirúrgica y anestésica definitiva.
3. Establecer o fortalecer protocolos normalizados de triaje y atención a lesiones y traumas.
   - Incluir sistemas de derivación para la protección de la infancia, para las personas supervivientes de violencia sexual y para las personas que necesiten asistencia de salud mental y apoyo psicosocial.
4. Proporcionar profilaxis contra el tétanos a cualquier persona con riesgos de lesiones, a las personas con heridas abiertas y las que participan en operaciones de rescate y limpieza.
5. Asegurar normas mínimas de seguridad y gobernanza para todas las instalaciones que prestan atención a lesiones y traumas, incluidos los hospitales de campo.
6. Garantizar el acceso oportuno a servicios de rehabilitación, equipos de asistencia prioritarios y ayudas a la movilidad para pacientes heridos.
   - Confirmar que los equipos de asistencia, como sillas de ruedas y muletas u otras ayudas a la movilidad, se pueden reparar localmente.

7 Garantizar el acceso oportuno a los servicios de salud mental o apoyo psicosocial.

8 Establecer o fortalecer los sistemas de información de salud para incluir datos sobre lesiones y traumas.

- Priorizar la documentación clínica básica, como los historiales médicos individuales de todos los pacientes de trauma.
- Utilizar definiciones estándar para integrar las lesiones en el conjunto de datos del sistema de información de salud.

Indicadores clave

Porcentaje de instalaciones de salud que cuentan con un plan para desastres que incluye la gestión de la mortalidad masiva, revisado y ensayado periódicamente

Porcentaje de instalaciones de salud con protocolos para los lesiones graves que incluyen instrumentos de triaje formal

Porcentaje de instalaciones de salud con personal que ha recibido formación básica para tratar a los heridos graves

Porcentaje de instalaciones de salud que aplican medidas de mejora de la calidad para reducir la morbilidad y la mortalidad base de referencia según los datos disponibles

Notas de orientación

La formación y el desarrollo de competencias para la atención a lesiones y traumas debería incluir:

- gestión de la mortalidad masiva, para los equipos de respuesta y los responsables de su coordinación;
- primeros auxilios básicos;
- triaje normalizado sobre el terreno y en las instalaciones de salud, y
- reconocimiento temprano, reanimación, tratamiento de lesiones, control del dolor y apoyo psicosocial sensible al tiempo.

Deberían existir o elaborarse protocolos normalizados que comprendan lo siguiente:

- clasificación de triaje según la gravedad en situaciones rutinarias o de emergencia, que incluya evaluación, priorización, reanimación básica y criterios de derivación de emergencia;
- atención de emergencia de primera línea en el punto de acceso; y
- sistema de derivación a atención de emergencia y avanzada, incluyendo cirugía, atención postoperatoria y rehabilitación.

Normas mínimas de calidad y seguridad: aunque la atención traumatológica se presté en respuesta a un episodio agudo o conflicto en curso, deben garantizarse normas mínimas. Los aspectos a tratar son:

- el uso seguro y racional de los medicamentos, materiales y productos sanguíneos, incluida la cadena de suministro;
- la prevención y el control de infecciones;
- la alimentación eléctrica suficiente para el alumbrado, las comunicaciones y el uso de materiales médicos esenciales, como equipos de reanimación de emergencia y autoclaves de esterilización; y
- la gestión de residuos médicos.

Primeros auxilios basados en la comunidad: la prestación de primeros auxilios oportunos y apropiados por no profesionales salva vidas si se hace de manera segura y sistemática. Todas las personas que presten primeros auxilios deberán utilizar un procedimiento estructurado para atender a los heridos. Es vital contar con formación básica en tratamiento de lesiones, como los procedimientos de limpieza y vendaje.

Incluir la atención de primeros auxilios a nivel del hogar y de la comunidad, y proporcionar orientaciones sobre cuándo y dónde solicitar asistencia médica. Informar sobre los riesgos específicos del contexto, como la inestabilidad de las infraestructuras o el riesgo de sufrir lesiones durante las operaciones de rescate.

El triaje: es el proceso de clasificación de los pacientes en función de la gravedad de sus lesiones y su necesidad de asistencia. Sirve para determinar qué personas son las que más necesitan una intervención médica inmediata. Existen varios sistemas de triaje. Un sistema muy utilizado aplica cinco colores: el rojo para los pacientes de máxima prioridad, el amarillo para los de prioridad media, el verde para los de baja prioridad, el azul para los pacientes que no pueden ser atendidos con la capacidad técnica de la instalación o que necesitan cuidados paliativos, y el gris para los fallecidos.

Atención de emergencia profesional de primera línea: todos los trabajadores de salud de más alto nivel, como los médicos, deberían estar capacitados para aplicar un tratamiento sistemático a las personas gravemente enfermas y ⊕ *véase* el ABCDE de las *Directrices internacionales de primeros auxilios y reanimación de la FIRC*. Las intervenciones iniciales de reanimación y salvamento, como la administración de fluidos y antibióticos, el control de hemorragias y el tratamiento del neumotórax, se pueden llevar a cabo en muchas situaciones, antes de transferir al paciente a los servicios avanzados.

Atención anestésica, traumatológica y quirúrgica: la atención de emergencia, operatoria y de rehabilitación solo debe ser prestada por organizaciones que tengan los conocimientos especializados apropiados. Los proveedores deben actuar dentro de su ámbito de práctica profesional, con recursos adecuados para sustentar sus actividades. Una atención inapropiada o inadecuada puede ser más perjudicial que no hacer nada. La cirugía sin una atención preoperatoria y postoperatoria apropiadas,

y una rehabilitación continuada, puede dar lugar a que no se restablezcan las capacidades funcionales del paciente.

Hospitales de campo: puede ser necesario utilizar hospitales de campo temporales, especialmente en crisis agudas, y deberían estar coordinados con el Ministerio de Salud o con los organismos líderes y otros actores del sector salud. Las normas y la seguridad de la atención deben cumplir con las normas nacionales e internacionales ⊕ *véanse Referencias*.

Rehabilitación y reintegración social: una rehabilitación temprana puede incrementar la supervivencia, maximizar el impacto de las intervenciones médicas y quirúrgicas y mejorar la calidad de vida de los supervivientes heridos. Los equipos médicos con capacidad de hospitalización deben ser capaces de proporcionar una rehabilitación temprana. Hay que cartografiar las capacidades de rehabilitación y vías de derivación existentes y conocer los vínculos entre los sistemas de bienestar social existentes y la asistencia basada en el uso de dinero en efectivo. Establecer vínculos con los centros de rehabilitación locales o con las organizaciones de rehabilitación basadas en la comunidad para ofrecer atención continuada.

Antes de dar de alta a los pacientes de trauma y lesiones, incluidos los que tengan una discapacidad preexistente, hay que considerar sus necesidades continuadas. Garantizar un seguimiento médico y de rehabilitación, la educación de los pacientes y de las personas cuidadoras, equipos de asistencia esenciales (como las muletas o las sillas de ruedas) salud mental o apoyo psicosocial, y acceso a otros servicios esenciales.

Establecer planes y equipos de atención multidisciplinares, incluyendo especialistas en rehabilitación física y personal cualificado en atención de salud mental y apoyo psicosocial. La de salud mental y el apoyo psicosocial para las personas que han sufrido lesiones que cambiarán su vida debe comenzar desde el momento de su hospitalización. Los vínculos con los servicios de apoyo continuado son esenciales ⊕ *véase Atención esencial de salud - Norma 2.5: Atención de salud mental*.

Consideraciones de atención especiales – ***control del dolor:*** Una buena atención del dolor después de una lesion reduce el riesgo de neumonía y trombosis venosa profunda, y ayuda al paciente a comenzar la fisioterapia. Reduce la respuesta de estrés fisiológico y, por tanto, la morbilidad cardiovascular, así como el estrés psicológico. El dolor agudo ocasionado por un trauma debe tratarse siguiendo la escalera invertida del dolor de la OMS. Las lesiones nerviosas pueden causar dolor neuropático desde el principio, que debe tratarse adecuadamente ⊕ *véase Sistemas de salud - Norma 1.3: Medicamentos y materiales médicos esenciales* y *Atención esencial de salud - Norma 2.7: Cuidados paliativos Véase* ⊕ *WHO pain management ladder*.

Consideraciones de atención especiales – ***tratamiento de heridas:*** en la mayoría de las crisis, muchos pacientes se presentarán para recibir atención más de seis horas después de haber sufrido una lesión. El retraso en la presentación aumenta enormemente el riesgo de infección de la herida y la mortalidad asociada. Los trabajadores de salud deben conocer los protocolos de tratamiento de heridas (incluyendo las quemaduras) y saber cómo prevenir y tratar la infección, tanto en presentaciones agudas

como retrasadas. Estos protocolos incluyen la administración de antibióticos apropiados, la eliminación quirúrgica de materias extrañas y tejido muerto, y el vendaje.

Tétanos: en desastres naturales de inicio súbito, el riesgo de tétanos puede ser relativamente elevado. Administrar la vacuna con toxoide tetánico (DT o Td –difteria y tétanos– o DPT, según la edad y el historial de vacunación) a las personas que tengan heridas abiertas. Las personas que tengan heridas sucias o muy contaminadas también deberían recibir una dosis de globulina antitetánica (TIG, por sus siglas en inglés) si no están vacunadas contra el tétanos.

2.5 Salud mental

Los problemas de salud mental y psicosociales son frecuentes entre adultos, adolescentes y niños/as en todos los entornos humanitarios. Los factores de estrés extremos asociados con las crisis aumentan el riesgo de sufrir problemas sociales, conductuales, psicológicos y psiquiátricos. La salud mental y el apoyo psicosocial comprende actuaciones multisectoriales. Esta norma se centra en las actuaciones de los actores del sector salud ⊕ *véase* la *Norma Humanitaria Esencial y los Principios de Protección*, para obtener más información sobre las intervenciones psicosociales en distintos sectores.

Salud mental - Norma 2.5: Atención de salud mental

La población tiene acceso a atención de salud para tratar trastornos de salud mental y las incapacidades funcionales que los acompañan.

Acciones clave

1 Coordinar la salud mental y el apoyo psicosocial en distintos sectores.

- Crear un grupo de trabajo ténico intersectorial para los problemas psicosociales y de salud mental. Puede estar codirigido por una organización del sector salud y una organización humanitaria de protección.

2 Elaborar programas de acuerdo con las necesidades y los recursos identificados.

- Analizar los sistemas de salud mental existentes, las competencias del personal y otros recursos o servicios.
- Realizar evaluaciones de necesidades, teniendo en cuenta que los trastornos de salud mental pueden ser preexistentes inducidos por la crisis o ambas cosas.

3 Trabajar con los miembros de la comunidad, incluidas las personas marginadas, para reforzar el sistema de autoayuda y apoyo social de la comunidad.

- Promover el diálogo con los miembros de la comunidad sobre formas de resolver los problemas colaborativamente, aprovechando su sabiduría, experiencia y recursos.

- Preservar o apoyar el reinicio de los mecanismos de apoyo preexistentes, como los grupos para mujeres, para jóvenes y para personas que viven con el VIH.

4 Orientar al personal y a los voluntarios sobre la forma de ofrecer primeros auxilios psicológicos.

- Aplicar los principios de los primeros auxilios psicológicos para atender al estrés agudo después de la exposición reciente a episodios potencialmente traumáticos.

5 Facilitar salud mental clínica básica en todos los centros de salud.

- Organizar una formación breve y supervisar al personal de salud generalista para evaluen y gestionen los trastornos de salud mental prioritarios ón de.
- Organizar un mecanismo de derivación entre los especialistas en salud mental, los proveedores de atención de salud generalista, el apoyo basado en la comunidad y otros servicios.

6 Ofrecer, cuando sea posible, intervenciones psicológicas para las personas afectadas por un malestar prolongado.

- Cuando sea viable, formar y supervisar a personas no especializadas.

7 Proteger los derechos de las personas con graves trastornos de salud mental en la comunidad, los hospitales y las instituciones.

- Visitar periódicamente los hospitales psiquiátricos y los hogares residenciales para personas con graves trastornos de salud mental desde el principio de la crisis.
- Abordar el abandono y el abuso en las instituciones y organizar la atención.

8 Minimizar los daños relacionados con el alcohol y las drogas.

- Formar al personal en detección y en intervenciones breves, reducción de daños y atención a la intoxicación y la abstinencia.

9 Adoptar medidas para desarrollar un sistema de salud mental sostenible durante la planificación de la recuperación temprana y las crisis prolongadas.

Indicadores clave

Porcentaje de servicios de salud secundarios con personal formado y supervisado y sistemas para tratar los trastornos de salud mental

Porcentaje de servicios de salud primarios con personal formado y supervisado y sistemas para tratar los trastornos de salud mental

Número de personas participantes en las actividades de autoayuda y apoyo social de la comunidad

Porcentaje de usuarios de los servicios de salud que reciben atención por trastornos de salud mental

Porcentaje de personas que han recibido atención por trastornos de salud mental que indican que su funcionamiento ha mejorado y sus síntomas se han reducido

Número de días en que no hubo medicamentos psicotrópicos esenciales disponibles durante los 30 últimos días

- Menos de 4 días

Notas de orientación

Apoyos multinivel: las crisis afectan a las personas de diferentes maneras, y requieren diferentes clases de apoyo. Una clave para organizar la salud mental y el apoyo psicosocial es desarrollar un sistema estratificado de apoyos complementarios que satisfaga diferentes necesidades, como se ilustra en el diagrama siguiente. Esta pirámide muestra cómo se complementan entre sí distintas actuaciones. Todos los estratos de la pirámide son importantes y lo ideal es que se aplicasen al mismo tiempo.

Evaluación: los índices de trastornos de salud mental son importantes en cualquier crisis. No es esencial contar con estudios de prevalencia para iniciar los servicios. Utilizar procesos participativos rápidos y, en la medida de lo posible, integrar la salud mental en otras evaluaciones. La evaluación no debe limitarse a un problema clínico.

Pirámide de servicios y apoyos multinivel (Figura 10)

Fuente: Grupo de Referencia del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de emergencia (2010)

Autoayuda y apoyo en la comunidad: interactuar con los trabajadores de salud, los líderes y los voluntarios de la comunidad para facilitar que los miembros de la comunidad, incluyendo las personas marginadas, puedan mejorar la autoayuda y el apoyo social. Las actividades podrían incluir la creación de espacios seguros y condiciones para el diálogo en la comunidad.

Primeros auxilios psicológicos: es necesario que haya primeros auxilios disponibles para las personas expuestas a episodios potencialmente traumáticos, como la violencia física o sexual, el haber presenciado atrocidades o sufrido lesiones graves. No se trata de una intervención clínica, sino de una respuesta básica, humana y de apoyo a las personas que sufren. Incluye escuchar atentamente, evaluar y garantizar las necesidades básicas, fomentar el apoyo social y proteger contra daños adicionales. No es intrusiva y no se trata de presionar a las personas para que hablen sobre su malestar. Tras una breve orientación, los líderes y trabajadores de salud de la comunidad y otras personas que participen en la respuesta humanitaria podrán prestar primeros auxilios psicológicos a las personas afectadas psicológicamente. Aunque las intervenciones de primeros auxilios psicológicos deberían estar ampliamente disponibles, la respuesta general de salud mental y apoyo psicosocial no debe limitarse únicamente a esta intervención.

Una única sesión de terapia psicológica permite al entrevistado desahogarse relatando de forma breve, pero sistemática sus percepciones, pensamientos y reacciones emocionales durante un episodio estresante reciente. En el mejor de los casos es ineficaz y no debería utilizarse.

Otras intervenciones psicológicas: Los trabajadores de salud no especializados pueden realizar intervenciones psicológicas por depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático cuando están bien formados y se les supervisa y apoya adecuadamente. Entre estas intervenciones se incluye la terapia de comportamiento cognitivo o la terapia interpersonal.

Atención de salud mental clínica: se debe informar a todo el personal de salud y a los voluntarios acerca de la atención de salud mental disponible. Formar a los proveedores de salud de acuerdo con protocolos basados en pruebas. Si es posible, incorporar un profesional de salud mental, como una enfermera de psiquiatría, a las instalaciánes de salud generalista. Organizar un espacio privado para las consultas. ⊕ *véase la Guía de Intervención Humanitaria mhGAP*.

Los trastornos más frecuentes que se presentan en los servicios de salud en situaciones de emergencia son la psicosis, la depresión y un trastorno neurológico: la epilepsia. La salud mental materna es especialmente preocupante por el efecto que puede tener en el cuidado de la infancia.

Integrar las categorías de salud mental en el sistema de información de salud ⊕ *véase el apéndice 2: Modelo de formulario HMIS*.

Medicamentos psicotrópicos esenciales: organizar un suministro ininterrumpido de medicamentos psicotrópicos esenciales con al menos uno de cada categoría terapéutica (antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos, antiepilépticos, y medicamentos para contrarrestar los efectos secundarios de los antipsicóticos). ⊕ *véase los medicamentos psicotrópicos recomendados* en el *Kit de salud de emergencia interinstitucional* y *Sistemas de salud - Norma 1.3: Medicamentos y materiales médicos esenciales*.

Proteger los derechos de las personas con trastornos de salud mental: durante las crisis humanitarias, las personas con trastornos graves de salud mental son muy vulnerables a las violaciones de derechos humanos como el abuso, la negligencia, el abandono y la falta de alojamiento, alimentación o atención médica. Designar al menos un organismo para satisfacer las necesidades de las personas en instituciones.

Transición a la post-crisis: las crisis humanitarias aumentan la incidencia a largo plazo de muchos trastornos de salud mental, por lo que es importante planificar el incremento sostenido de la cobertura del tratamiento en toda la zona afectada. Esto incluye fortalecer los sistemas de salud mental existentes a nivel nacional y fomentar la inclusión de grupos marginados (como los refugiados) en estos sistemas. Los proyectos de demostración, con financiación de emergencia de corta duración, pueden aportar una prueba de concepto y generar impulso para captar mayor apoyo y fondos para el desarrollo del sistema de salud mental.

2.6 Enfermedades no transmisibles

La necesidad de centrarse en las enfermedades no transmisibles (ENT) en las crisis humanitarias refleja una mayor esperanza de vida a nivel mundial, junto con factores de riesgo conductuales como el tabaquismo o las dietas perniciosas. Alrededor del 80% de las muertes por ENT se producen en países de renta media o baja, y las emergencias agravan esta situación.

En una población adulta media de 10.000 personas es probable que haya entre 1.500 y 3.000 personas con hipertensión, entre 500 y 2.000 con diabetes y de 3 a 8 ataques cardiacos agudos durante un periodo normal de 90 días.

Las enfermedades varían, pero suelen incluir la diabetes, las enfermedades cardiovasculares (como la hipertensión, el fallo cardiaco, el ictus o la enfermedad renal crónica), las enfermedades pulmonares crónicas (como el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y el cáncer.

La respuesta inicial debe tratar las complicaciones agudas y evitar la interrupción del tratamiento, seguida de programas más exhaustivos.

La salud mental y los cuidados paliativos se tratan en particular en ⊕ *Atención esencial de salud - Norma 2.5: Atención de salud mental* y *Norma 2.7: Cuidados paliativos*.

Enfermedades no transmisibles - Norma 2.6: Atención a las enfermedades no transmisibles

La población tiene acceso a programas preventivos, diagnósticos y terapias esenciales para complicaciones agudas, así como a la atención a largo plazo de las enfermedades no transmisibles.

Acciones clave

1. Identificar las necesidades de salud de las ENT y analizar cuál era la disponibilidad de servicios con anterioridad a la crisis.
   - Identificar a grupos con necesidades prioritarias, incluyendo los que están en riesgo de sufrir complicaciones potencialmente mortales, como la diabetes dependiente de la insulina o el asma grave.
2. Implementar programas graduales basados en las prioridades para salvar vidas y el alivio del sufrimiento.
   - Velar por que los pacientes diagnosticados con complicaciones potencialmente mortales (por ejemplo, el ataque de asma grave, la cetoacidosis diabética) reciban atención apropiada. Si no está disponible, ofrecer cuidados paliativos y de apoyo.
   - Evitar alterar repentinamente el tratamiento de los pacientes diagnosticados antes de la crisis.
3. Integrar la atención a las ENT en el sistema de salud a todos los niveles.
   - Establecer un sistema de derivación para tratar las complicaciones agudas y los casos complejos en atención secundaria o terciaria, y con destino a cuidados paliativos y de apoyo.
   - Remitir a los pacientes a respuestas de seguridad alimentaria o nutrición, cuando sea necesario.
4. Establecer programas nacionales de preparación para las ENT.
   - Incluir medicamentos esenciales en suministros médicos de emergencia preposicionados o de contingencia.
   - Preparar a cada paciente con una reserva de medicamentos e instrucciones sobre dónde obtener atención de emergencia en caso de sufrir una crisis.

Indicadores clave

Porcentaje de instalaciones de atención primaria de salud que ofrecen atención para ENT prioritarias

Número de días en que no hubo medicamentos esenciales disponibles para ENT durante los 30 últimos días

- Menos de 4 días

Número de días que no hubo equipos básicos disponibles (o funcionales) para ENT en los últimos 30 días

- Menos de 4 días

Todos los trabajadores de salud que ofrecen tratamiento para ENT están formados en la atención a ENT

Notas de orientación

Evaluación de necesidades y riesgos para identificar ENT prioritarias: diseñar según el contexto y la fase de la emergencia. Esto podría suponer la revisión de historiales, el uso de datos anteriores a la crisis y la realización de encuestas a hogares o estudios epidemiológicos con una encuesta transversal. Recopilar datos relativos a la prevalencia e incidencia de una ENT específica e identificar necesidades potencialmente mortales o enfermedades severamente sintomáticas.

Realizar un análisis de la disponibilidad de servicios con anterioridad a la crisis y utilizarlo, especialmente para casos complejos como el cáncer o las enfermedades renales crónicas, para valorar las expectativas y la capacidad del sistema de salud en el contexto. El objetivo a medio y largo plazo es apoyar y restaurar dichos servicios.

Necesidades de tratamiento complejas: asegurar la continuidad de la atención para pacientes con necesidades complejas, como diálisis renal, radioterapia y quimioterapia, si es posible. Ofrecer información clara y accesible sobre las rutas de derivación. Establecer remisiones a cuidados paliativos, si están disponibles ⊕ *véase Atención esencial de salud - Norma 2.7: Cuidados paliativos*.

Integrar la atención a las ENT en el sistema de salud: proporcionar tratamiento básico para las ENT en el nivel de atención primaria de la salud de acuerdo con las normas nacionales o con las directrices de emergencia internacionales, cuando no existan normas nacionales.

Trabajar con las comunidades para mejorar la detección temprana y las remisiones. Integrar a los TCS en las instalaciones de atención primaria, e interactuar con los líderes de la comunidad, los curanderos tradicionales y el sector privado. Los servicios de divulgación pueden prestar servicios de salud para ENT a poblaciones aisladas.

Adaptar el sistema de información de salud existente a la situación de crisis o desarrollar uno específico que incluya el seguimiento de las principales enfermedades no transmisibles: hipertensión, diabetes, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad cardiaca isquémica y epilepsia ⊕ *véanse Sistemas de salud - Norma de salud 1.5: Información de salud* y *apéndice 2: Modelos de formularios de notificación de vigilancia semanal*.

Medicamentos y materiales médicos esenciales: revisar la lista nacional de medicamentos y materiales médicos esenciales, incluidas las tecnologías y las pruebas

de laboratorio esenciales, para tratar las ENT. Centrarse en la atención de salud primaria ⊕ *véase Sistemas de salud - Norma 1.3: Medicamentos y materiales médicos esenciales*. Si es necesario, abogar por que se incluyan los medicamentos y materiales médicos esenciales clave de conformidad con las directrices internacionales y de emergencia sobre ENT. Facilitar el acceso a los mismos en los niveles de atención apropiados. Los kits de ENT pueden utilizarse conjuntamente con los kits de salud de emergencia interinstitucionales en las primeras fases de la crisis para incrementar la disponibilidad de medicamentos y equipos esenciales. No se deben utilizar los kits para proporcionar suministros a largo plazo.

Formación: formar al personal clínico de todos los niveles en la atención de casos de ENT y formar a todo el personal en la atención a ENT prioritarias, incluidos los procedimientos de operación estándar sobre derivación⊕ *véase Sistemas de salud - Norma 1.2: Recursos humanos de salud.*

Promoción de la salud y educación en salud: proporcionar información acerca de servicios ENT y dónde obtener atención. La información debe ser accesible para todos, incluidas las personas mayores y las personas con discapacidad a fin de promover comportamientos saludables, modificar los factores de riesgos, mejorar la autoterapia y el cumplimiento del tratamiento. Entre los comportamientos saludables se incluyen, por ejemplo, la actividad física regular o la redución del consumo de alcohol y tabaco. Se ha de trabajar con diferentes partes de la comunidad para elaborar mensajes y estrategias de distribución que sean apropiados para la edad, el género y el entorno cultural. Adaptar las estrategias de prevención y control al contexto, teniendo en cuenta limitaciones como la escasez de alimentos o el hacinamiento.

Planes de prevención y preparación: incluir la atención a las ENT en los planes nacionales para desastres y emergencias, y asegurarse de que sea específica para los distintos tipos de instalaciones de salud (por ejemplo, pequeños centros de salud o grandes hospitales con unidades de diálisis). Los centros de salud en contextos inestables o propensos a desastres deberían estar preparados para la prestación de servicios.

Elaborar un registro de pacientes con afecciones complejas y necesidades críticas, y crear protocolos de operación normalizados para proceder a su derivación si ocurre una crisis.

2.7 Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos tienen por objeto la prevención y el alivio del sufrimiento y el malestar asociados con los cuidados terminales. Incluyen la identificación, evaluación y tratamiento del dolor, así como de otras necesidades físicas, psicosociales y espirituales. Se integrar á la atención fisiológica, psicológica y espiritual únicamente conforme a lo que pida el paciente o su familia, y se incluirán sistemas de apoyo para ayudar a los pacientes, a sus familias y a las personas que los cuidan. Los cuidados terminales deben proporcionarse independientemente de la causa.

Cuidados paliativos - Norma 2.7: Cuidados paliativos

La población tiene acceso a cuidados paliativos y a cuidados terminales que alivian el dolor y el sufrimiento, ofrecen el máximo confort, dignidad y calidad de vida a los pacientes, y sirven de apoyo a sus familiares.

Acciones clave

1. Establecer directrices y políticas en apoyo a unos cuidados paliativos coherentes.
   - Incluir, en las instalaciones de salud, las directrices nacionales o internacionales relativas al control del dolor y de los síntomas.
   - Elaborar directrices de triaje basadas en la situación médica del paciente, su pronóstico y los recursos disponibles.
2. Elaborar un plan de atención y proporcionar cuidados paliativos a los pacientes agonizantes.
   - Garantizar, como mínimo, el alivio del dolor y la dignidad en la muerte en una emergencia aguda.
   - Averiguar el conocimiento que tiene el paciente o su familia de la situación, así como sus preocupaciones, sus valores y sus creencias culturales.
3. Integrar los cuidados paliativos en todos los niveles del sistema de salud.
   - Establecer sólidas redes de derivación para garantizar la continuidad del apoyo y la atención.
   - Priorizar la atención basada en la comunidad que incluya atención a domicilio.
4. Formar a los trabajadores de salud para que proporcionen cuidados paliativos, incluido el control del dolor y los síntomas, así como la salud mental y el apoyo psicosocial.
   - Cumplir las normas nacionales, o las normas internacionales cuando no existan nacionales.
5. Proporcionar suministros y equipos médicos esenciales.
   - Almacenar medicamentos paliativos y materiales médicos apropiados, como pañales y catéteres, en las instalaciones de salud.
   - Conocer la normativa de fármacos controlados que pueda retrasar la disponibilidad de medicamentos esenciales.
6. Trabajar con los sistemas y las redes locales de apoyo a los pacientes, las personas cuidadoras y las familias en la comunidad y en el hogar.
   - Proporcionar suministros para atender necesidades de atención a domicilio, como pañales, catéteres urinarios y vendajes.

Indicadores clave

Número de días en que no hubo medicamentos paliativos esenciales disponibles durante los 30 últimos días

- Menos de 4 días

Porcentaje del personal con formación en control del dolor y de los síntomas o cuidados paliativos en cada centro de salud, hospital, clínica móvil y hospital de campo

Porcentaje de pacientes que el sistema de salud ha identificado que necesitan cuidados terminales y los han recibido

Notas de orientación

Los actores del sector salud humanitario deben conocer y respetar los procesos locales de toma de decisiones médicas, así como los valores locales relacionados con la enfermedad, el sufrimiento, la agonía y la muerte. El alivio del sufrimiento es importante y los pacientes agonizantes deberían recibir cuidados orientados al confort, tanto si su padecimiento se debe a lesiones mortales como a enfermedades infecciosas o cualquier otra causa.

Elaboración de un plan de atención: identificar a los pacientes relevantes y respetar su derecho de tomar decisiones informadas sobre la atención que desean recibir. Proporcionar información imparcial y tener en cuenta sus necesidades y expectativas. La elaboración del plan de atención debe realizarse por acuerdo y basarse en las preferencias del paciente. Se debe ofrecer acceso a la salud mental y apoyo psicosocial.

Disponibilidad de medicamentos: en los módulos básicos y suplementarios del kit de salud de emergencia interinstitucional, y la Lista de medicamentos esenciales se incluyen algunos de los medicamentos de cuidados paliativos, como los analgésicos. Los kits interinstitucionales de emergencias (IHEK, por sus siglas en inglés) son útiles para las primeras fases de una crisis, pero no son adecuados para situaciones prolongadas, en las que deberían establecerse sistemas más sostenibles ⊕ *véanse Sistemas de salud - Norma 1.3: Medicamentos y materiales médicos esenciales* y *Referencias y lecturas complementarias*.

Apoyo familiar, comunitario y social: hay que coordinarse con otros sectores para acordar una vía de derivación a fin de que los pacientes y sus familias cuenten con apoyo integrado. Esto incluye el acceso a los sistemas nacionales de seguridad y bienestar social o a organizaciones que ofrezcan asistencia encaminada a garantizar que se satisfagan las necesidades básicas cotidianas, incluida asistencia en alojamiento, kits de higiene y dignidad, asistencia basada en el uso de dinero en efectivo, sistencia de salud mental y apoyo psicosocial, así como asistencia jurídica.

Es preciso coordinarse con los actores pertinentes para buscar a las familias separadas, de manera que los pacientes puedan comunicarse con ellas.

Trabajar con las redes existentes de atención comunitaria, que a menudo cuentan con facilitadores de atención a domicilio y trabajadores comunitarios psicosociales, con el fin de prestar apoyo adicional a los pacientes y a sus familiares, y ayudar a prestar atención a domicilio si es necesario (como en el caso de las personas que viven con el VIH).

Apoyo espiritual: todo el apoyo que se preste debe basarse en lo que soliciten peticiones los pacientes o sus familias. Trabajar con los líderes religiosos locales para identificar a personas que compartan la fe o las creencias del paciente y puedan prestarle atención espiritual. Estas personas pueden servir de apoyo a pacientes, personas cuidadoras y actores humanitarios.

Orientar a los líderes religiosos locales en los principios fundamentales del apoyo psicosocial para los pacientes con problemas graves de salud.

Establecer mecanismos fiables de remisión bilateral entre el sistema de salud y los líderes espirituales para cualquier paciente, persona cuidadora o familiar que lo solicite.

Garantizar el apoyo a prácticas de enterramiento seguras y dignas, en colaboración con la comunidad local y conforme a las directrices nacionales o internacionales ⊕ *véase Sistemas de salud - Norma 1.1: Prestación de servicios de salud.*

Apéndice 1
Lista de verificación para la evaluación de la salud

Preparación

- Obtener la información disponible sobre la población afectada por la crisis.
- Obtener los mapas, fotos aéreas o imágenes satélite que haya disponibles, así como datos del Sistema de Información Geográfica (SIG) de la zona afectada.
- Obtener datos demográficos, administrativos y de salud.

Seguridad y acceso

- Determinar si existen amenazas naturales o provocadas por el ser humano.
- Determinar la situación general de seguridad, incluida la presencia de fuerzas armadas.
- Determinar el acceso que tienen las organizaciones humanitarias a la población afectada por la crisis.

Demografía y estructura social

- Determinar el tamaño de la población afectada por la crisis, desglosada por sexo, edad y discapacidad.
- Identificar a los grupos de mayor riesgo, como las mujeres, los menores, las personas mayores, las personas con discapacidad, las personas que viven con el VIH o los grupos marginados.
- Determinar el tamaño medio de los hogares y las estimaciones del número de hogares encabezados por mujeres y por menores de edad.
- Determinar la estructura social existente y las normas de género, incluyendo las posiciones de autoridad o influencia en la comunidad y en el hogar.

Antecedentes de salud

- Identificar los problemas de salud que existían en la zona afectada por la crisis antes de la emergencia.
- Identificar los problemas de salud preexistentes en el país de origen para las personas refugiadas o en la zona de origen para las personas desplazadas internamente.
- Identificar los riesgos de salud existentes, como las posibles enfermedades epidémicas.
- Identificar las barreras existentes y preexistentes a la atención de salud, las normas sociales y las creencias, incluidas las prácticas positivas y perjudiciales.
- Identificar las fuentes de atención de salud previas.
- Analizar los diversos aspectos del sistema de salud y su desempeño ⊕ *véase Sistemas de salud - Normas 1.1 a 1.5*.

Tasas de mortalidad

- Calcular la tasa bruta de mortalidad.
- Calcular las tasas de mortalidad por grupo de edad específico (por ejemplo, la tasa de mortalidad en niños y niñas menores de 5 años).
- Calcular las tasas de mortalidad por causa específica.
- Calcular la tasa de mortalidad proporcional.

Tasas de morbilidad

- Determinar las tasas de incidencia de los principales problemas de salud que tienen importancia para la salud pública.
- Determinar las tasas de incidencia de los principales problemas de salud por edad y sexo, cuando sea posible.

Recursos disponibles

- Determinar la capacidad del MdS del país afectado por la crisis.
- Determinar el estado de las instalaciones de salud nacionales, incluido el número total por tipo de atención prestada, nivel de daños en las infraestructuras y acceso.
- Determinar el número y competencias del personal de salud disponible.
- Determinar los presupuestos de salud disponibles y el mecanismo de financiación.
- Determinar la capacidad y el estado funcional de los programas de salud pública existentes, como el Programa Ampliado de Inmunización.
- Determinar la disponibilidad de protocolos normalizados, medicamentos, materiales médicos y equipos esenciales, y sistemas logísticos.
- Determinar el estado de los sistemas de derivación existentes.
- Determinar el nivel de salud ambiental en las instalaciones de salud.
- Determinar el estado del sistema de información de salud existente.

Datos de otros sectores pertinentes

- Estado nutricional.
- Condiciones ambientales y WASH.
- Canasta de alimentos y seguridad alimentaria.
- Alojamiento: calidad del alojamiento.
- Educación: educación en salud e higiene.

Apéndice 2
Modelos de formularios de notificación de vigilancia semanal

2.1 Formulario de vigilancia de la mortalidad (agregado)*

Lugar: .....
Fecha desde el lunes:.....Hasta el domingo:.....
Población total al principio de esta semana:.....
Nacimientos esta semana:.....Muertes esta semana: .....
Llegadas esta semana (si procede):.....Salidas esta semana:.....
Población total al final de la semana: .....
Población total de niños/as menores de 5 años:.....

	< 5 años		>= 5 años		total
	hombres	mujeres	hombres	mujeres	
Causa inmediata					
Infección aguda de las vías respiratorias inferiores					
Cólera (se sospecha)					
Diarrea - sanguinolenta					
Diarrea - acuosa					
Lesiones - no accidental					
Malaria					
Muerte materna - directa					
Sarampión					
Meningitis (se sospecha)					
Neonatal (0 a 28 días)					
Otras					
Desconocida					
Total por edad y sexo					
Causa subyacente					
Sida (se sospecha)					
Malnutrición					
Muerte materna - indirecta					
Enfermedades no transmisibles (especificar)					
Otras					
Total por edad y sexo					

** Este formulario se utiliza cuando hay muchas muertes y, por tanto, no es posible recopilar información más detallada sobre muertes individuales por limitaciones de tiempo.*

–Se pueden añadir otras causas de mortalidad, según el contexto y el patrón epidemiológico.
–La edad se puede desglosar, según sea factible, por ejemplo; 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 14 años, 15 a 49 años, 50 a 59 años, 60 a 69 años, 70 a 79 años, más de 80 años.
–No deben documentarse únicamente las muertes que se registran en las instalaciones de salud, sino también aquellas que se documentan en los informes de líderes locales y religiosos, trabajadores comunitarios, grupos de mujeres y hospitales de referencia.
–Siempre que sea posible, deben incluirse definiciones de casos al dorso de este formulario.

2.2 Formulario de vigilancia de la mortalidad (historiales individuales)*

Lugar: .....

Fecha desde el lunes:.....Hasta el domingo:.....

Población total al principio de esta semana:.....

Nacimientos esta semana:.....Muertes esta semana: .....

Llegadas esta semana (si procede):.....Salidas esta semana:.....

Población total al final de la semana: .....

Población total de niños/as menor es de 5 años:.....

			Causa directa de la muerte													Causas subyacentes						
Núm.	Sexo (h, m)	Edad (días=d, meses=m, años=a)	Infección aguda de las vías respiratorias inferiores	Cólera (se sospecha)	Diarrea - sanguinolenta	Diarrea - acuosa	Lesión - no accidental	Malaria	Muerte materna - directa	Sarampión	Meningitis (se sospecha)	Neonatal (0 a 28 días)	Enf. no transmisible (especificar)	Otras (especificar)	Desconocida	Sida (se sospecha)	Malnutrición	Muerte materna (indirecta)	Otras (especificar)	Fecha (dd/mm/aa)	Localización en el establecimiento (p.ej., núm. de bloque)	Fallecimiento en el hospital o en el hogar
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						

** Este formulario se utiliza cuando hay tiempo suficiente para registrar datos sobre muertes individuales. Permite analizar la información por edad, localidad e índices de utilización de las instalaciones.*

–La frecuencia de notificación (es decir, diaria o semanal) dependerá del número de muertes.

–Se pueden añadir otras causas de muerte según proceda en la situación.

–No deben documentarse únicamente las muertes que se regsitran en las instalaciones de salud, sino también aquellas que se documentan en los informes de líderes locales y religiosos, trabajadores comunitarios, grupos de mujeres y hospitales de referencia.

–Siempre que sea posible, deben incluirse definiciones de casos al dorso de este formulario.

–La edad se puede desglosar, según sea factible, por ejemplo; 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 14 años, 15 a 49 años, 0 a 59 años, más de 60 años.

2.3 Modelo de formulario de notificación de alertas tempranas y respuestas (EWAR)*

* Este formulario se utiliza en la fase aguda de la crisis cuando el riesgo de que se produzcan episodios que afecten a la salud pública, como enfermedades con propensión epidémica, es elevado.

Fecha desde el lunes:..... Hasta el domingo: .....
Ciudad/pueblo/asentamiento/campamento: .....
Provincia: .....Distrito: .....
Subdistrito:.....Nombre del establecimiento:.....
▪ Hospitalización ▪ Atención ambulatoria ▪ Centro de salud ▪ Clínica móvil
Organismo(s) de apoyo: .....
Oficial notificador y número de contacto: .....
Población total:.....
Población total de niños/as menores de 5 años:.....

A. DATOS AGREGADOS SEMANALES

Nuevos casos de:	Morbilidad		Mortalidad		Total
	< 5 años	5 años o más	< 5 años	5 años o más	
ADMISIONES TOTALES					
MUERTES TOTALES					
Infección respiratoria aguda					
Diarrea acuosa aguda					
Diarrea sanguinolenta aguda					
Malaria – se sospecha/confirmado					
Sarampión					
Meningitis – se sospecha					
Síndrome de fiebre hemorrágica aguda					
Síndrome de ictericia aguda					
Parálisis flácida aguda (PFA)					
Tétanos					
Otras fiebres > 38,5°C					
Trauma					
Otras					
Total					

–Es posible que haya más de un diagnóstico. Deberá registrarse el más importante. Cada caso debe contabilizarse solo una vez.
–Incluir solo aquellos casos que se hayan visto (o muertes que se hayan producido) durante la semana de vigilancia.
–Escribir "0" (cero) si durante esa semana no ha habido ningún caso o muerte por uno de los síndromes indicados en el formulario.
–Las muertes solo deben consignarse en la sección de mortalidad, NO en la sección de morbilidad.
–Las definiciones de casos de cada enfermedad vigilada deben escribirse al dorso de este formulario.
–Se pueden añadir o quitar causas de morbilidad, según la epidemiología y evaluación de riesgos de la enfermedad.
–La finalidad de la vigilancia EWAR es la detección temprana de episodios de salud pública que necesitan respuesta inmediata.
–Los datos sobre trastornos como la malnutrición deben obtenerse por medio de encuestas (prevalencia) más que por vigilancia (incidencia).

B. ALERTA DE BROTE

En cualquier momento que sospeche la presencia de cualquiera de las siguientes enfermedades, llame o envíe un SMS al teléfono ..... o envíe un correo electrónico a la dirección ..... con la máxima información sobre el momento, lugar y número de casos y muertes: cólera, sigelosis, sarampión, polio, fiebres tifoideas, tétanos, hepatitis A o E, dengue, meningitis, difteria, tosferina, fiebre hemorrágica, trauma o intoxicación por sustancias químicas. Esta lista de enfermedades puede variar según la epidemiología del país.

2.4 Modelos de formularios de notificación de vigilancia rutinaria de los Sistemas de Información de la Administración de Salud (HMIS, por sus siglas en inglés)

Lugar: .....
Fecha desde el lunes:.....Hasta el domingo: .....
Población total al principio de esta semana/mes: .....
Nacimientos esta semana/mes:.....Muertes esta semana/mes: .....
Llegadas esta semana/mes (si procede): .....
Salidas esta semana/mes: .....
Población total al final de la semana/mes: .....
Población total de niños/as menores de 5 años: .....

Morbilidad	Menos de 5 años (nuevos casos)		5 años o más (nuevos casos)		Total		Casos repetidos	
Diagnóstico	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Nuevos casos	Total
Infección respiratoria aguda								
Diarrea acuosa aguda								
Diarrea sanguinolenta aguda								
Malaria – se sospecha/confirmado								
Sarampión								
Meningitis – se sospecha								
Síndrome de fiebre hemorrágica aguda								
Síndrome de ictericia aguda								
Parálisis flácida aguda (PFA)								
Tétanos								
Otras fiebres > 38,5°C								
VIH/sida								
Enfermedades oculares								
Enfermedades cutáneas								
Malnutrición aguda								
Infección de transmisión sexual								
Úlcera genital								
Secreción uretral masculina								
Secreción vaginal								
Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP)								

Morbilidad	Menos de 5 años (nuevos casos)		5 años o más (nuevos casos)		Total		Casos repetidos	
Diagnóstico	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mu-jeres	Total	Nuevos casos	Total
Conjuntivitis neonatal								
Sífilis congénita								
Enfermedades no transmisibles								
Hipertensión								
Enfermedad cardiaca isquémica								
Diabetes								
Asma								
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica								
Epilepsia								
Otras ENT crónicas								
Salud mental								
Trastorno por consumo de alcohol u otra sustancia								
Discapacidad intelec-tual y trastornos del desarrollo								
Trastorno psicótico (incluido trastorno bipolar)								
Demencia o delirio								
Trastorno emocional/ depresión de carácter moderado o severo								
Trastorno somático sin explicación médica								
Autolesión (incluyendo intento de suicidio)								
Otros trastornos psicológicos								
Lesión								
Lesión grave en la cabeza o la columna								
Lesión grave en el torso								
Lesión grave en una extremidad								
Lesión moderad								
Lesión leve								
Total								

La edad se puede desglosar, según sea factible, por ejemplo; 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 14 años, 15 a 49 años, 50 a 59 años, más de 60 años.

Apéndice 3
Fórmulas para calcular indicadores clave de salud

Tasa bruta de mortalidad (TBM)

Definición: porcentaje de muertes en toda la población, incluyendo hombres y mujeres de todas las edades.

Fórmula:

$$\frac{\text{Número total de muertes durante el periodo}}{\text{Población en riesgo a mitad del periodo} \times \text{Número de días en el periodo}} \times 10.000 \text{ personas} = \text{Muertes/10.000 personas/día}$$

Tasa de mortalidad niños/as menores de 5 años (TMM5)

Definición: porcentaje de muertes entre los/as niños/as menores de 5 años de la población.

Fórmula:

$$\frac{\text{Número total de muertes entre niños menores de 5 años durante el periodo}}{\text{Número total de niños menores de 5 años} \times \text{Número de días en el periodo}} \times 10.000 \text{ personas} = \text{Muertes/10.000 niños menores de 5 años/día}$$

Tasa de incidencia

Definición: número de casos nuevos de una enfermedad que se producen durante un periodo de tiempo concreto en una población en riesgo de desarrollar la enfermedad.

Fórmula:

$$\frac{\text{Número de casos nuevos debidos a una enfermedad concreta durante el periodo}}{\text{Población en riesgo de desarrollar la enfermedad} \times \text{Número de meses en el periodo}} \times 1.000 \text{ personas} = \text{Nuevos casos debidos a la enfermedad específica/1.000 personas/mes}$$

Tasa de letalidad (TL)

Definición: número de personas que fallecen de una enfermedad dividido por el número de personas que tienen la enfermedad.

Fórmula:

$$\frac{\text{Número de personas que fallecen de una enfermedad durante el periodo}}{\text{Personas que tienen la enfermedad durante el periodo}} \times 100 = x\%$$

Tasa de utilización de las instalaciones de salud

Definición: número de visitas ambulatorias por persona y año. Siempre que sea posible, so debe distinguir entre visitas nuevas y antiguas. Para calcular esta tasa deben utilizarse las visitas **nuevas**. Sin embargo, suele ser difícil diferenciar entre las visitas nuevas y las antiguas, por lo que, con frecuencia, se combinan como total de visitas durante una crisis.

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 totales (casos nuevos y repetidos) atendidos por cada médico clínico, cada día.

Fórmula:

$$\frac{\text{Número total de consultas en una semana}}{\text{Número de médicos clínicos ETC* en la instalación de salud}} \div \text{Número de días que está abierta la instalación de salud a la semana}$$

** ETC (equivalente a tiempo completo) se refiere al número equivalente de médicos clínicos que trabajan en una instalación de salud. Por ejemplo, si hay seis médicos clínicos trabajando en el departamento de atención ambulatoria, pero dos de ellos trabajan a media jornada, entonces el número de médicos clínicos ETC = 4 personas a jornada completa + 2 personas a media jornada = 5 médicos clínicos ETC.*

Apéndice 4
Intoxicación

Puede producirse una intoxicación cuando las personas están expuestas a sustancias químicas tóxicas por la boca, la nariz, la piel, los ojos y los oídos o por ingesta. Los menores están en mayor riesgo porque respiran más rápidamente, tienen una gran área superficial en relación con su masa corporal, su piel es más permeable y están más cerca del suelo. Las exposiciones tóxicas pueden afectar al desarrollo de un menor, por ejemplo, retrasando su crecimiento o perjudicando su nutrición, y pueden ser causa de enfermedades o muerte.

Atención inicial

Al presentarse en la instalación de salud, si se sabe que el paciente ha estado expuesto a sustancias químicas o presenta signos y síntomas de exposición química, es preciso:

- tomar precauciones para el personal de atención de salud, incluyendo el uso de equipos de protección personal (EPP) apropiados;
- triar a los pacientes;
- realizar intervenciones de salvamento;
- descontaminar (por ejemplo, quitar la ropa al paciente o lavar las zonas afectadas con agua jabonosa), preferiblemente fuera de la instalación de salud para evitar más exposiciones; y a continuación
- seguir los protocolos de tratamiento, incluidos los tratamientos de apoyo.

Protocolos de tratamiento

Pueden variar por país. En general, es necesario facilitar un antídoto y tratamiento de apoyo (por ejemplo, para respirar).

El cuadro siguiente muestra síntomas de exposición química y los antídotos que se administran normalmente.

Síntomas de exposición a sustancias químicas y posible tratamiento

Clase de sustancia química tóxica	Características comunes de la exposición	Antídotos (las directrices nacionales varían)
Agentes nerviosos como el sarín, el tabún o el VX.	Pupilas contraídas; visión borrosa; dolor de cabeza; secreciones copiosas; opresión en el pecho y dificultades para respirar; náuseas; vómitos; diarrea; espasmos musculares; convulsiones; pérdida de conciencia.	Atropina Oximas (pralidoxima, obidoxima) Benzodiazepinas (para las convulsiones)
Agentes vesicantes, como el gas mostaza.	Lacrimación; irritación ocular; conjuntivitis; daños corneales; enrojecimiento y ampollas en la piel con dolor; molestias respiratorias.	Tratamiento de apoyo +/- tiosulfato de sodio Por ejemplo, irrigación ocular, antibiótico tópico, lavado cutáneo, broncodilatadores. Utilizar tiosulfato de sodio en casos graves.
Cianuro	Dificultad para respirar asfixia; convulsiones; confusión; náuseas.	Nitrito de amilo (primeros auxilios) Tiosulfato de sodio y nitrito de sodio o con 4-dimetilaminopiridina o Hidroxocobalamina o Edetato dicobáltico
Agentes incapacitantes como el BZ.	Boca y piel secas; taquicardia; conciencia alterada; delirios; alucinaciones; hipertermia; descoordinación; pupilas dilatadas.	Fisostigmina
Gas lacrimógeno y productos antidisturbios.	Escozor y abrasión de las membranas mucosas; lacrimación; salivación; moqueo nasal; opresión en el pecho; dolor de cabeza; náuseas.	Tratamiento principalmente de apoyo
Cloro	Enrojecimiento de los ojos y lacrimación; irritación de nariz y garganta; tos; asfixia o sensación de ahogo; falta de aliento; resuello; voz ronca; edema pulmonar.	N-acetilcisteína (NAC)
Talio (matarratas)	Dolor abdominal; náuseas; vómitos; diarrea; estreñimiento; convulsiones; delirios; depresión; pérdida de vello corporal y del cabello; neuropatía periférica dolorosa y debilidad motora distal; ataxia; déficits neurocognitivos.	Azul de Prusia
Plomo	Anorexia; vómitos; estreñimiento; dolor abdominal; palidez; déficit de atención; debilidad; parálisis periféricas.	Quelación
Organofosfatos (incluye algunos insecticidas y gas nervioso)	Salivación; lacrimación; micción; defecación; calambres gástricos; vómitos.	Atropina Oximas (pralidoxima, obidoxima)

Modificado de las directrices de la OMS, Environmental Health in Emergencies.

Referencias y lecturas complementarias

Salud y derechos humanos

El derecho a la salud: Ficha de información N°_.31. ACNUDH y OMS, 2008. https://www.ohchr.org

Coordinación civil-militar

Civil Military Coordination during Humanitarian Health Action. Global Health Cluster, 2011. www.who.int

Humanitarian Civil-Military Coordination: A Guide for the Military. UN OCHA, 2014. http://www.unocha.org

Protección y derecho internacional humanitario

Principios éticos comunes de la asistencia de saludo en conflictos y otras situaciones de emergencia. CICR, Ginebra, 2015. https://www.icrc.org

Asistencia de Salud en Peligro: Responsabilidades del personal de salud que trabaja en conflictos armadas y en otras emergencias. CICR, 2012. http://healthcareindanger.org

Servicios prehospitalarios y de ambulancias en situaciones de riesgo. CICR, 2013. https://www.icrc.org

Preparación y seguridad de las instalaciones de salud en conflictos armadas y en otras emergencias. CICR, 2015. https://www.icrc.org

Normas Mínimas para la Prtección de la Infancia en la Acción Humanitaria: Norma 24 Alojamientos y protección de la infancia. Child Protection Working Group (ahora Alliance for Child Protection in Humanitarian Action), 2012. https://resourcecentre.savethechildren.se

Nota de orientación sobre la discapacidad y manejo del riesgo de desastres para la salud. OMS, 2013. http://apps.who.int

Monitoring and Reporting Mechanism (MRM) on Grave Violations Against Children in situations of Armed Conflict. UN and UNICEF, 2014. http://www.mrmtools.org

Coordinación

Guía del Clúster de Salud. Clúster Mundial de Salud, 2009. http://www.who.int

Reference module for cluster coordination at the country level. IASC, 2015. www.humanitarianresponse.info

Salud en situaciones de emergencia

Garantizar el acceso a los servicios de salud. Guía operativa para la protección de refugiados y las soluciones en áreas urbanas. ACNUR, 2011. http://www.unhcr.org

Public Health Guide in Emergencies. The Johns Hopkins and Red Cross Red Crescent, 2008. http://pdf.usaid.gov

Karl, B et al. *Evidence on public health interventions in humanitarian crises.* The Lancet, 2017: http://www.thelancet.com

Refugee Health: An approach to emergency situations. Médecins Sans Frontières, 1997. http://refbooks.msf.org

Spiegel et. al. *Health-care needs of people affected by conflict: future trends and changing frameworks.* The Lancet, 2010. http://www.thelancet.com

Classification and minimum standards for foreign medical teams in sudden onset disasters. WHO, 2013. http://www.who.int

Directrices clínicas

Guía clínica y terapéutica – Para uso del personal sanitario cualificado en programas curativos, en hospitales y dispensarios. MSF, 2016. https://medicalguidelines.msf.org

Sistemas de salud

Elston et al. *Impact of the Ebola outbreak on health systems and population health in Sierra Leone.* Journal of Public Health, 2015. https://academic.oup.com

Análisis de sistemas de salud deteriorados en situaciones de crisis – Manual modular. OMS, 2009. http://www.who.int

Estrategia de la OMS para los sistemas de salud. OMS, 2007. http://www.who.int

Parpia et al. *Effects of Response to 2014-2015 Ebola Outbreak on Deaths from Malaria, HIV / AIDS and Tuberculosis West Africa. Emerging Infection Diseases Vol 22.* CDC, 2016. https://wwwnc.cdc.gov

The Health System Assessment Approach: A How to Manual 2.0. USAID, 2012. www.hfgproject.org

Recovery Toolkit: Supporting countries to achieve health service resilience. WHO, 2016. http://www.who.int

Toolkit assessing health system capacity to manage large influx of refugees, asylum-seekers and migrants. WHO/UNHCR/IOM, 2016. http://www.euro.who.int

Seguridad

Patient Safety: Making Health Safer. WHO, 2017. http://www.who.int

Comprehensive Safe Hospital Framework. WHO, 2015. http://www.who.int

Prevención y control de infecciones

Guidance for the selection and use of Personal Protective Equipment (PPE) in healthcare settings. CDC, 2004. https://www.cdc.gov

La gestión de cadáveres en situaciones de desastre: Guía práctica para equipos de respuesta, Segunda edición. CICR, FICR, 2016. https://www.icrc.org

Essential Water and Sanitation Requirements for Health Structures. MSF, 2009. http://oops.msf.org

Directrices sobre componentes básicos para los programas de prevención y control de infecciones a nivel nacional y de establecimientos de atención de salud para pacientes agudos. OMS, 2016. http://apps.who.int

Normas básicas de higiene del entorno en la asistencia sanitaria. OMS, 2008. http://www.who.int

Directrices de seguridad para la eliminación de productos farmacéuticos no deseados durante y después de una emergencia. OMS, 1999. http://apps.who.int

Safe management of wastes for health-care activities, Second edition. WHO, 2014. http://www.who.int

Recursos humanos de salud

Clasificación internacional uniforme de ocupaciones: Estructura, definiciones de grupos y tablas de correspondencia. OIT, 2012. http://www.ilo.org

Estrategia mundial sobre recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030. OMS, 2016. http://apps.who.int

Indicadores de carga de trabajo para la estimación del personal necesario. Manual del usuario. OMS, 2010. http://www.who.int

Health workforce requirement for universal health coverage and the SDGs. WHO, 2016. http://www.who.int

Classifying health workers: mapping occupations to the international standards. WHO. http://www.who.int

El Informe sobre la salud en el mundo 2006 – Colaboremos por la salud. OMS, 2006. http://www.who.int

Human resources for Health Information System, Minimum Data Set for Health Workforce Registry. WHO, 2015. *http://www.who.int*

Medicines

Directrices sobre donativos de medicamentos. OMS, 2010. www.who.int

Kits interinstitucionales de salud reproductiva para situaciones de emergencia. UNFPA, 2011. https://www.unfpa.org

Model List of Essential Medicines 20th List. WHO, 2017. http://www.who.int

Interagency Emergency Health Kit. WHO, 2015. http://www.who.int

Revised Cholera Kits. WHO, 2015. http://www.who.int

Non-Communicable Diseases Kit. WHO, 2016. http://www.who.int

The Interagency Emergency Health Kit 2017: Medicines and Medical Devices for 10 000 People for Approximately Three Months. WHO. 2017.

Model Formulary for children. WHO, 2010. http://apps.who.int

Materiales médicos, incluyendo equipos de asistencia

Pautas para el suministro de sillas de ruedas manuales en entornos de menores recursos. OMS, 2008. http://www.who.int

Priority Assistive Products List. The GATE Initiative, WHO and USAID, 2016. http://www.who.int

Core Medical Equipment. WHO, 2011. http://www.who.int

Global Atlas of Medical Devices. WHO, 2017. http://www.who.int

Medical Device technical series: Medical device regulations, medical devices by health care facilities, needs assessment for medical devices, procurement process resource guide, medical device donations, medical equipment maintenance programme overview. WHO, 2011. http://www.who.int

Decommissioning Medical Equipment and Devices. WHO http://www.who.int

Medicamentos controlados

Availability of narcotic drugs and psychotropic substances in emergency situations, INCD report, pages 36-37. International Narcotics Control Board, 2014. www.incb.org

Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes. International Narcotics Control Board and WHO, 2010. http://www.incb.org

Garantizando el equilibrio en las políticas nacionales sobre sustancias fiscalizadas. Orientación para la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos fiscalizados. OMS, 2011. http://apps.who.int

Programa sobre el acceso a los medicamentos fiscalizados, Nota Informativa OMS. OMS, 2012. http://www.who.int

Productos sanguíneos

Disponibilidad y seguridad de la sangre a nivel mundial. OMS, 2017. http://www.who.int

Guidelines on management of blood and blood components as essential medicines, Annex 3. WHO, 2017. http://apps.who.int

Universal Access to Safe Blood Transfusion. WHO, 2008. http://www.who.int

Financiación de la salud

Monitoreo del progreso hacia la cobertura universal de salud a nivel nacional y global. OMS, 2014. http://apps.who.int

Cash-based Interventions for Health Programmes in Refugee Settings: A Review. UNHCR, 2015. http://www.unhcr.org

Cash for Health: Key Learnings from a cash for health intervention in Jordan. UNHCR, 2015. http://www.unhcr.org

Removing user fees for primary health care services during humanitarian crises. Global Health Cluster and WHO, 2011. http://www.who.int

Información de salud

Standards for Public Health Information Services in Activated Health Clusters and Other Humanitarian Health Coordination Mechanisms. Global Health Cluster, 2017. www.humanitarianresponse.info

IASC Guidelines: Common Operating Datasets in Disaster Preparedness and Response. IASC, 2011 https://interagencystandingcommittee.org

Global Reference List of 100 Core Health Indicators. WHO, 2015. http://www.who.int

Evaluaciones de las necesidades de salud y priorización de los servicios de atención de salud

Assessment Toolkit: Practical steps for the assessment of health and humanitarian crises. MSF, 2013. http://evaluation.msf.org

Evaluación rápida de riesgos de eventos agudos de salud pública. OPS y OMS, 2012. https://www.paho.org

SARA Service Availability and Readiness Assessment Survey. WHO/USAID, 2015. http://www.who.int

Global Health Observatory Data Repository: Crude birth and death rate by country. WHO, 2017. http://apps.who.int

Prevención de enfermedades transmisibles

Integrated Vector Management in Humanitarian Emergencies Toolkit. MENTOR Initiative and WHO, 2016. http://thementorinitiative.org

Vaccination in Acute Humanitarian Crises: A Framework for Decision Making. WHO, 2017. http://www.who.int

Enfermedades transmisibles (concretas)

Interim Guidance Document on Cholera surveillance. Global Task Force on Cholera Control and WHO, 2017. http://www.who.int

Liddle, K et al. *TB Treatment in a Chronic Complex Emergency: Treatment Outcomes and Experiences in Somalia.* Trans R Soc Trop Med Hyg, NCBI, 2013. www.ncbi.nlm.nih.gov

Management of a measles epidemic. MSF, 2014. http://refbooks.msf.org

Preparación para una gripe pandémica. Marco para el intercambio de virus gripales y el acceso a las vacunas y otros beneficios. OMS, 2011. http://apps.who.int

Dengue: Guías para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control. OMS, 2009. http://apps.who.int

Directrices para el control de la shigelosis. OMS, 2005. http://www.who.int

Meningitis Outbreak Response in Sub-Saharan Africa. WHO, 2014. http://www.who.int

Managing Meningitis Epidemics in Africa. WHO, 2015. http://apps.who.int

Detección de brotes y respuesta temprana

Detección temprana, evaluación y respuesta ante eventos agudos de salud pública. OMS, 2014. http://www.who.int

Early warning, alert and response (EWAR) a key area for countries preparedness for Health Emergencies. WHO, 2018. http://apps.who.int

Weekly Epidemiological Record. WHO. http://www.who.int

Outbreak Surveillance and Response in Humanitarian Crises, WHO guidelines for EWARN implementation. WHO, 2012. http://www.who.int

Preparación para un brote y respuesta

Guía de la Organización Mundial de la Salud para planificar la comunicación en caso de brotes. OMS, 2008. http://www.who.int

Epidemic Preparedness and Response in Refugee Camp Settings, Guidance for Public health officers. UNHCR, 2011. http://www.unhcr.org

Communicable disease control in emergencies, A field Manual. WHO, 2005. http://www.who.int

Salud de menores y neonatos

Newborn Health in Humanitarian Settings Field Guide Interim Version. IAWG RH in Crises, 2016. http://iawg.net

Integrated Community Case Management in Acute and Protracted Emergencies: case study for South Sudan. IRC and UNICEF, 2017. https://www.rescue.org

Overview and Latest update on iCCM: Potential for Benefit to Malaria Programs. UNICEF and WHO, 2015. www.unicef.org

Updates on HIV and infant feeding. UNICEF, WHO, 2016. http://www.who.int

IMCI Chart Booklet. WHO, 2014. http://www.who.int

Polio vaccines: WHO position Paper Weekly epidemiological record. WHO, 2016. http://www.who.int

Salud sexual y reproductiva

Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health in Crisis Situations: A distance learning module. IWAG and Women's Refugee Commission. 2011. http://iawg.net

Manual de trabajo interinstitucional sobre salud reproductiva en escenarios humanitarios. Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis y OMS, 2018. http://www.who.int

Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, Tercera edición. OMS, 2016. http://www.who.int

Herramientas de salud sexual y reproductiva para adolescentes en contextos humanitarios. UNFPA y Save the Children, 2009. https://www.unfpa.org

Kits interinstitucionales de salud reproductiva para situaciones de emergencia, 5ª_ edición. UNFPA/IAWG, 2011. https://www.unfpaprocurement.org

Rueda con los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. OMS, 2015. http://www.who.int

Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. OMS, 2015. http://www.who.int

Violencia sexual y tratamiento clínico de la violación sexual

Directrices para la integración de las intervenciones contra la violencia de género en la acción humanitaria. Reducir el riesgo, promover la resiliencia e impulsar la recuperación. IASC, 2015. https://gbvguidelines.org

Clinical Care for Sexual Assault Survivors. International Rescue Committee, 2014. http://iawg.net

Caring for Child Survivors of Sexual Abuse Guidelines for health and psychosocial service providers in humanitarian settings. IRC and UNICEF, 2012. https://www.unicef.org

Guidelines for Medico-Legal Care of Victims of Sexual Violence. WHO, 2003. http://www.who.int

Clinical Management of Rape Survivors: Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons, Revised Edition, pp.44–47. WHO, UN Population Fund, and UNHCR, 2004. www.who.int

Clinical Management of Rape Survivors: E-Learning. WHO 2009. http://apps.who.int

VIH

PMTCT in Humanitarian Settings Inter-Agency Task Team to Address HIV in Humanitarian Emergencies Part II: Implementation Guide. Inter-Agency Task Team, 2015. http://iawg.net

Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH: Recomendaciones para un enfoque de salud pública. OMS, 2016. http://www.who.int

Política de la OMS sobre actividades de colaboración TB/VIH. Guías para programas nacionales y otros interesados adultos. OMS, 2012. http://www.who.int

Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings. UNAIDS and IASC, 2010. http://www.unaids.org

HIV prevention in emergencies. UNFPA, 2014. http://www.unfpa.org

Guidelines for the delivery of antiretroviral therapy to migrant and crisis-affected populations in Sub Saharan Africa. UNHCR, 2014. http://www.unhcr.org

Guidelines for management of sexually transmitted infections. WHO, 2003. www.emro.who.int

Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of Cotrimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children. WHO, 2014. http://www.who.int

Atención a lesiones y traumas

Child Protection in Humanitarian Action Review: Dangers and injuries. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2016. https://resourcecentre.savethechildren.net

American Heart Association Guidelines for CPR & ECC. American Heart Association, 2015 and 2017. https://eccguidelines.heart.org

Recommended Disaster Core Competencies for Hospital Personnel. California Department of Public Health, 2011. http://cdphready.org

The European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation. European resuscitation council, 2015. https://cprguidelines.eu

War Surgery, Working with limited resources in armed conflict and other situations of violence. ICRC, 2010. https://www.icrc.org

Anaesthesia Handbook, Annex 3: ICRC Pain Management. Reversed WHO pain management ladder. ICRC, 2017. https://shop.icrc.org

eCBHFA Framework Community Based Health and First Aid. ICRC, 2017. http://ifrc-ecbhfa.org

International First Aid and Resuscitation Guidelines. IFRC, 2016. www.ifrc.org

Guías para programas de mejora de la calidad en el trauma. OMS, 2009. http://www.panamtrauma.org

von Schreeb, J et al. *Foreign field hospitals in the recent sudden-onset disasters in Iran, Haiti, Indonesia, and Pakistan.* Prehospital Disaster Med, NCBI, 2008. https://www.ncbi.nlm.nih.gov

Classification and Minimum Standards for Foreign Medical Teams in Sudden Onset Disasters. WHO, 2013. http://www.who.int

EMT minimum data set for reporting by emergency medical teams. WHO, 2016. https://extranet.who.int

Minimum Technical Standards and Recommendations for Rehabilitation. WHO, 2016. http://apps.who.int

The WHO Trauma Care Checklist. WHO, 2016. http://www.who.int

Interagency initiative comprising a set of integrated triage tools for routine, surge and prehospital triage allowing smooth transition between routine and surge conditions. WHO and ICRC. http://www.who.int

Technical Meeting for Global Consensus on Triage. WHO and ICRC, 2017. https://www.humanitarianresponse.info

Salud mental

Facilitar el apoyo social y los recursos propios de las comunidades (Lista de acciones5.2) en Guías del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes. IASC, 2007. http://www.acnur.org

Salud mental y apoyo psicosocial en las emergencias humanitarias: ¿Qué deben saber los actores humanitarios de salud, del Grupo de referencia del IASC para la salud mental y el apoyo psicosocial en situaciones de emergencias? IASC, 2010. http://www.who.int

A Common Monitoring and Evaluation Framework for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2017. https://reliefweb.int

Inter-Agency Referral Form and Guidance Note for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2017. https://interagencystandingcommittee.org

A faith-sensitive approach in humanitarian response: Guidance on mental health and psychosocial programming. The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide, 2018. https://interagencystandingcommittee.org

Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo. OMS, War Trauma Foundation y World Vision International, 2011. http://apps.who.int

Volver a construir mejor. Atención de salud mental sostenible después de una emergencia. OMS, 2013. http://apps.who.int

Enfrentando problemas plus (EP+): ayuda psicológica individual para adultos con problemas de angustia en comunidades expuestas a la adversidad. OMS, 2016. http://apps.who.int

Guía de intervención humanitaria mhGAP(GIH-mhGAP). El manejo clínico de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en las Evaluación de necesidades y recursos psicosociales y de salud mental. Guía de herramientas para contextos humanitarios. OMS y ACNUR, 2012. http://www.who.int

emergencias humanitarias. OPS, OMS y ACNUR, 2015. http://iris.paho.org

Manual de capacitación sobre primeros auxilios psicológicos para profesionales de la niñez. Save the Children, 2013. https://resourcecentre.savethechildren.net

Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression. WHO, 2016. http://www.who.int

Enfermedades no transmisibles

Jobanputra, K. Boulle, P. Roberts, B. Perel, P. *Three Steps to Improve Management of Noncommunicable Diseases in Humanitarian Crises.* PLOS Medicine, 2016. http://journals.plos.org

Lozano et al. *Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systemic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010.* The Lancet, 2012. https://www.ncbi.nlm.nih.gov

Slama, S et al. *Care of Non-Communicable Diseases in Emergencies.* The Lancet, 2016. http://www.thelancet.com

Marco mundial de vigilancia integral para la prevención y el control de las ENT. OMS, 2013. http://www.who.int

Equipo de tareas de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el control de las ENT (UNIATF). OMS, 2016. http://www.who.int

WHO Package of Essential Non-Communicable Disease Interventions, Tools for implementing WHO PEN. WHO, 2009. http://www.who.int

Disaster Risk Management for Health: Non-Communicable Diseases Fact Sheet 2011. WHO, 2011. http://www.who.int

Cuidados paliativos

Disaster Spiritual Care Handbook. Disaster Services, American Red Cross, 2012.

Lista de medicamentos esenciales en cuidado paliativo de la IAHPC. International Association for Hospice and Palliative Care, 2007. http://paliativossinfronteras.org

Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes. IASC, 2007. http://www.acnur.org

Matzo, M et al. *Palliative Care Considerations in Mass Casualty Events with Scarce Resources.* Biosecurity and Bioterrorism, NCBI, 2009. https://www.ncbi.nlm.nih.gov

Nouvet, E. Chan, E. Schwartz, LJ. *Looking good but doing harm? Perceptions of short-term medical missions in Nicaragua.* Global public health, NCBI, 2016. https://www.ncbi.nlm.nih.gov

Caring for Volunteers Training Manual. Psychosocial Centre IFRC, 2015. http://pscentre.org

Powell, RA. Schwartz, L. Nouvet, E. Sutton, B. et al. *Palliative care in humanitarian crises: always something to offer.* The Lancet, 2017. http://www.thelancet.com

Silove, D. *The ADAPT model: a conceptual framework for mental health and psychosocial programming in post conflict settings.* War Trauma Foundation, 2013. https://www.interventionjournal.com

Control del cáncer. Aplicación de los conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces. OMS, 2007. http://apps.who.int

19th WHO Model List of Essential Medicines chapter 2 2, Medicines for pain and palliative care. WHO, 2015. http://www.who.int

Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. WHO, 2016. http://apps.who.int

Intoxicación

Initial Clinical management of patients exposed to chemical weapons. WHO, 2015. http://www.who.int

Lecturas complementarias

Para consultar sugerencias de lecturas complementarias, diríjase a www.spherestandards.org/handbook/online-resources

A Anexos

Índice

Anexo 1: Fundamentos jurídicos de Esfera 412
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 (ONG) 425
Anexo 3: Abreviaturas y acrónimos 435

Anexo 1
Fundamentos jurídicos de Esfera

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 derecho internacional de los derechos humanos, derecho internacional humanitario (DIH), derecho de los refugiados y acción humanitaria. La Carta Humanitaria no pretende reflejar el derecho regional ni su evolución. En el sitio web de Esfera www.sphere-standards.org figuran otros recursos y enlaces a otras directrices, principios, normas y marcos que contribuyen a su aplicación. Se presentan notas únicamente para los documentos que requieren explicación, son nuevas adiciones o contienen secciones específicas relativas a desastres o conflictos.

El Manual Esfera refleja cuestiones específicas que forman parte del marco jurídico internacional. Por lo general, estas incluyen el derecho a la seguridad y la dignidad personales, la no discriminación y el derecho al agua y al saneamiento, al alojamiento, a la seguridad alimentaria y a la nutrición, y a la atención de salud. Aunque algunos de estos derechos se consagran en pactos internacionales específicos, todos ellos se incluyen en uno los instrumentos generales sobre derechos humanos, ya sean derechos civiles y políticos o derechos económicos, sociales y culturales.

En el presente anexo se incluyen documentos organizados por temas en cinco categorías:

1. **Derechos humanos, protección y vulnerabilidad**
2. **Conflictos armados y asistencia humanitaria**
3. **Personas refugiadas y personas desplazadas internamente**
4. **Desastres y asistencia humanitaria**
5. **Recurso en línea: Marcos de política, directrices y principios humanitarios relativos a los derechos humanos, la protección y la vulnerabilidad para la preparación y respuesta a situaciones de emergencias**

Para identificar el tipo de documento de que se trata, se han clasificado bajo los siguientes subtítulos: a) Tratados y derecho consuetudinario o b) Principios y directrices aprobados oficialmente por las Naciones Unidas y otros organismos intergubernamentales.

1. Instrumentos internacionales en materia de 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 (menores y personas mayores), 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, excepto 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. http://www.un.org

> **Comentario:** 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 artículo 1, 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. https://www.ohchr.org

Segundo Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1989, destinado a abolir la pena de muerte, 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. https://www.ohchr.org

> **Comentario:** Los Estados partes en este Segundo Protocolo Facultativo deben respetar y garantizar los derechos de todas as personas 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 del Segundo Protocolo Facultativo:** 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 circulación 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 de la infancia; 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. https://www.ohchr.org

> **Comentario:** 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 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales:** al trabajo; a recibir una remuneración equitativa; a afiliarse a sindicatos; a la seguridad social o aun seguro; a tener una vida familiar, incluida la protección de las madres tras el parto y la protección de la

infancia contra la explotación; a un nivel de vida adecuado, 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. https://www.ohchr.org

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. www.ohchr.org

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. www.ohchr.org

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. www.ohchr.org

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. www.ohchr.org

> **Comentario:** La Convención sobre los Derechos del Niño cuenta con una adhesión casi universal. Reafirma los derechos humanos fundamentales de la infancia y establece en qué momento se requiere una protección especial (por ejemplo, cuando un menor 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 menores.

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. https://www.ohchr.org

Comentario: 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 de los servicios y las instalaciones. Asimismo, se hace una mención especial a las "situaciones de riesgo y emergencias humanitarias" (artículo 11).

1.1.2 Genocidio, tortura y otros crimenes de derechos humanos

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 1951, Naciones Unidas, Serie de Tratados, vol. 78, pág. 277. www.ohchr.org

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. www.ohchr.org

Comentario: Esta Convención cuenta con un número considerable de Estados partes. Hoy, en general, también se reconoce la prohibición de la tortura como parte 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, 1998, 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. http://www.un.org

Comentario: 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 penal internacional consuetudinario. La CPI puede investigar y procesar 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.

1.2 Principios y directrices sobre derechos humanos, protección y vulnerabilidad aprobados oficialmente por las Naciones Unidas y otros organismos intergubernamentales

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.ohchr.org

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. https://www.un.org

2. Instrumentos internacionales sobre 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 se aplicará este régimen jurídico. 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. www.icrc.org

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 **https://www.icrc.org**

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 https://www.icrc.org

> **Comentario:** 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. Los dos Protocolos de 1977 actualizaron 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, a las minas terrestres y a los bienes culturales

Además del "derecho de Ginebra" esbozado previamente, existe también otrcuerpo de leyes/conjunto de leyes relativo a los conflictos armados denominado "derecho de La Haya". 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 terrestres antipersonal y las municiones en racimo. www.icrc.org/ihl.nsf

2.1.3 DIH consuetudinario

El DIH consuetudinario se refiere al derecho relativo a los conflictos armados aceptado por los Estados mediante declaraciones, políticas y prácticas como representante de 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

> **Comentario:** 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 rigurosa investigación que duró diez años, y su interpretación fehaciente de las normas consuetudinarias ha sido ampliamente reconocida.

2.2 Principios y directrices sobre conflictos armados, DIH 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). http://undocs.org

> **Comentario:** No se trata de una resolución vinculante para los Estados, sino de un documento destinado a orientar al 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 con el Comité Permanente entre Organismos (IASC).

Resoluciones del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas sobre violencia sexual y mujeres en conflictos armados, especialmente la resolución 1325 (2000) sobre las mujeres, la paz y la seguridad, que constituyó un hito en la lucha contra la violencia contra las mujeres en situaciones de conflicto armado, y posteriormente las resoluciones 1820 (2008), 1888 (2009), 1889 (2009) y 1325 (2012). Véanse todas las resoluciones del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas por año y por número en: www.un.org

3. Instrumentos internacionales sobre personas refugiadas y personas desplazadas internamente (PDI)

3.1 Tratados relativos a las personas refugiadas y a las PDI

Además del tratado internacional, cabe mencionar dos tratados de la Unión Africana (anteriormente Organización de la Unidad Africana, OUA), porque ambas sientan 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. https://www.ohchr.org

Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados, 1967, del que tomó nota la Asamblea General de las Naciones Unidas, en su resolución 2198 (XXI) 2 de 16 de diciembre de 1966, Naciones Unidas, Serie de Tratados, vol. 606, pág. 267. https://www.ohchr.org

> **Comentario:** 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. http://www.refworld.org

> **Comentario:** 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, entró en vigor el 6 de diciembre de 2012. http://www.acnur.org

> **Comentario:** Se trata de la primera convención multilateral relativa a las PDI.

3.2 Principios y directrices aprobados formalmente por las Naciones Unidas y otros organismos intergubernamentales relativos a las personas refugiadas y a las PDI

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. https://www.ohchr.org

> **Comentario:** Estos principios, fundados en el derecho internacional humanitario, el derecho de los derechos humanos y la legislación análoga relativa a las personas refugiadas, tienen por objeto servir de norma internacional que guíe la actuación de los gobiernos, organizaciones internacionales y todos los demás actores pertinentes en ámbito de la protección y prestación de asistencia a las personas desplazadas.

4. Instrumentos internacionales sobre 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, 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. http://www.acnur.org

Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Seguridad de las Naciones Unidas y el Personal Asociado, 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, Naciones Unidas, Serie de Tratados, vol. 2689, pág. 59. https://treaties.un.org

> **Comentario:** 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", lo que constituye una 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 de Tampere sobre el suministro de recursos de telecomunicaciones para la mitigación de catástrofes y las operaciones de socorro, 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. https://www.itu.int

Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el cambio climático, 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

- **Protocolo de Kyoto de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el cambio climático, 1997**, aprobado en la tercera sesión de la Conferencia de las Partes en la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (COP 3) 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. https://unfccc.int

- **Acuerdo de París, 2015**, aprobado en el XXI período de sesiones de la Conferencia de las Partes en la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, París (Francia), diciembre de 2015, entró en vigor en noviembre de 2016. https://unfccc.int

  Comentario: La Convención Marco sobre el cambio climático, el Protocolo de Kyoto y el Acuerdo de París forman parte de un único marco de tratados. 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.unocha.org

Comentario: 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 Sendái para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015–2030 (Marco Sendái) http://www.preventionweb.net

Comentario: El Marco Sendái es el instrumento sucesor del Marco de Acción de Hyogo para 2005-2015: Aumento de la resiliencia de las naciones y las comunidades ante los desastres. Fue aprobado mediante la declaración hecha en la Tercera Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre la Reducción de Desastres de 2015 y respaldado por la Asamblea General de las Naciones Unidas (en la Resolución 69/283). La Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres (UNISDR) apoya su aplicación. Se trata de un acuerdo voluntario y no vinculante de 15 años de duración que tiene por objeto reducir considerablemente los riesgos de desastre y las pérdidas de vidas, medios de vida y salud.

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). http://www.ifrc.org

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 (ONG)

Preparado conjuntamente por la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y el CICR[11]

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 a los que aspiran tanto las organizaciones no gubernamentales (ONG) que intervienen a raíz de catástrofes como el y el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Se trata de un código de carácter voluntario que han de respetar 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.

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).*

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 - 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, por lo tanto, a todas las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y a 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 que 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 las personas, las familias y las comunidades. Independientemente del derecho de afiliación política o religiosa que asiste a toda organización no gubernamental de carácter humanitario, afirmamos que la ayuda que prestemos no obliga en modo alguno a los beneficiarios a suscribir esos puntos de vista. No supeditaremos la promesa, la prestación o la distribución de ayuda al hecho de abrazar o aceptar una determinada doctrina política o religiosa.

4. Nos empeñaremos en no actuar como instrumentos de política exterior gubernamental

Las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario son organizaciones que actúan con independencia de los gobiernos. Así, formulamos nuestras propias políticas y estrategias para la ejecución de actividades y no tratamos de poner en práctica la política de ningún gobierno, que sólo aceptamos en la medida en que coincida con nuestra propia política independiente. Ni nosotros ni nuestros empleados aceptaremos nunca, a sabiendas - o por negligencia - ser utilizados para recoger información de carácter político, militar o económico que interese particularmente a los gobiernos o a otros órganos y que pueda servir para fines distintos de los estrictamente humanitarios, ni actuaremos como instrumentos de la política exterior de gobiernos donantes. Utilizaremos la asistencia que recibamos para atender las necesidades existentes, sin que la motivación para suministrarla sea la voluntad de deshacerse de productos excedentarios ni la intención de servir los intereses políticos de un determinado donante. Apreciamos y alentamos la donación voluntaria de fondos y servicios por parte de personas interesadas en apoyar nuestro trabajo y reconocemos la independencia de acción promovida mediante la motivación voluntaria de esa índole. Con el fin de proteger nuestra independencia, trataremos de no depender de una sola fuente de financiación.

5. Respetaremos la cultura y las costumbres locales

Nos empeñaremos en respetar la cultura, las estructuras y las costumbres de las comunidades y los países en donde ejecutemos actividades.

6. Trataremos de fomentar la capacidad para hacer frente a catástrofes utilizando las aptitudes y los medios disponibles a nivel local

Incluso en una situación de desastre, todas las personas y las comunidades poseen aptitudes no obstante su vulnerabilidad. Siempre que sea posible, trataremos de

fortalecer esos medios y aptitudes empleando a personal local, comprando materiales sobre el terreno y negociando con empresas nacionales. Siempre que sea posible, trabajaremos en asociación con organizaciones no gubernamentales locales de carácter humanitario en la planificación y la ejecución de actividades y, siempre que proceda, cooperaremos con las estructuras gubernamentales. Concederemos alta prioridad a la adecuada coordinación de nuestras intervenciones motivadas por emergencias. Desempeñarán esta función de manera idónea en los distintos países afectados quienes más directamente participen en las operaciones de socorro, incluidos los representantes de organismos competentes del sistema de las Naciones Unidas.

7. Se buscará la forma de hacer participar a los beneficiarios de programas en la administración de la ayuda de socorro

Nunca debe imponerse a los beneficiarios la asistencia motivada por un desastre. El socorro será más eficaz y la rehabilitación duradera podrá lograrse en mejores condiciones cuando los destinatarios participen plenamente en la elaboración, la gestión y la ejecución del programa de asistencia. Nos esforzaremos para obtener la plena participación de la comunidad en nuestros programas de socorro y de rehabilitación.

8. La ayuda de socorro tendrá por finalidad satisfacer las necesidades básicas y, además, tratar de reducir en el futuro la vulnerabilidad ante los desastres

Todas las operaciones de socorro influyen en el desarrollo a largo plazo, ya sea en sentido positivo o negativo. Teniendo esto presente, trataremos de llevar a cabo programas de socorro que reduzcan de modo concreto la vulnerabilidad de los beneficiarios ante futuros desastres y contribuyan a crear modos de vida sostenibles. Prestaremos particular atención a los problemas medio 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 necesitan tal asistencia 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 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 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. Los gobiernos de los países beneficiarios deberán respetar su independencia y su imparcialidad.

2. Los gobiernos de países beneficiarios deberán facilitar el acceso rápido de las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario a las víctimas de los desastres

Para que las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario puedan actuar plenamente de acuerdo con sus principios humanitarios, deberá facilitárseles el acceso rápido e imparcial a las víctimas con el fin de que puedan prestar asistencia humanitaria. En el marco del ejercicio de su responsabilidad soberana, el gobierno receptor no deberá bloquear esa asistencia, y habrá de aceptar el carácter imparcial y apolítico de la labor de las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario. Los gobiernos de los países beneficiarios deberán facilitar la rápida entrada del personal de socorro, en particular mediante la derogación de requisitos para la concesión de visados de tránsito, ingreso y salida, o la simplificación del procedimiento para su expedita obtención. Los gobiernos deberán conceder permiso para que las aeronaves que transporten suministros y personal de socorro internacional puedan sobrevolar su territorio y aterrizar en él durante la fase de urgencia de la operación de socorro.

3. Los gobiernos deberán facilitar el movimiento oportuno de los artículos de socorro y la circulación de las informaciones durante los desastres

Los suministros y el equipo de socorro llegan al país únicamente con el fin de aliviar el sufrimiento humano y no para obtener beneficios o ganancias comerciales. En condiciones normales, esos suministros deberán circular libremente y sin restricciones y no estarán sujetos a la presentación de facturas o certificados de origen refrendados por consulados, ni de licencias de importación y exportación, o cualquier otra restricción, ni a derechos de importación o 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 se requieran para 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 son, en última instancia, la responsabiliad del 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 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 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 debe ser respeta ada por 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 de humanidad e indepenencia por los que se rigen para entregarlos a las víctimas de los desastres, es decir. En lo que se refiere a su ejecución, las actividades de socorro son incumben, en última instancia, la responsabilidad de la organización no gubernamental de carácter humanitario, y se llevarán a cabo de acuerdo con la política de esa organización.

3. Los gobiernos donantes deberán emplear sus buenos oficios para ayudar a las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario a lograr el acceso a las víctimas de catástrofes

Los gobiernos donantes deberán reconocer cuán importante es aceptar cierto nivel de responsabilidad en cuanto a la seguridad y la libertad de acceso del personal de la organización no gubernamental de carácter humanitario a las zonas siniestradas.

Deberán estar dispuestos a interceder por vía diplomática, si es necesario, ante los gobiernos beneficiarios con respecto a esas cuestiones.

Anexo III: Recomendaciones a las orgaizaciones intergubernamentales

1. **Las organizaciones intergubernamentales admitirán a las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario nacionales y extranjeras como asociadas valiosas**

Las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario están dispuestas a trabajar con las Naciones Unidas y con otras organizaciones intergubernamentales para aportar mejor asistencia a raíz de catástrofes. Obedecen a un espíritu de asociación que respeta la integridad y la independencia de todos los asociados. Las organizaciones intergubernamentales deben respetar la independencia y la imparcialidad de las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario. Los organismos del sistema de las Naciones Unidas deberán consultar a las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario en la preparación de planes de socorro.

2. **Las organizaciones intergubernamentales ayudarán a los gobiernos de países afectados a establecer un sistema general de coordinación para el socorro nacional e internacional en los casos de desastre**

Según su mandato, no suele incumbir a las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario encargarse de la coordinación general que requiere la intervención internacional motivada por una catástrofe. Esa responsabilidad corresponde al gobierno del país afectado y a las autoridades competentes de las Naciones Unidas. Se exhorta a éstas a que proporcionen ese servicio en el momento oportuno y de manera eficaz a fin de ayudar al Estado afectado y a la comunidad nacional e internacional a hacer frente al desastre. De cualquier manera, las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario desplegarán todos los esfuerzos necesarios para velar por la eficaz coordinación de sus propios servicios.

En caso de conflicto, las actividades de socorro se regirán de conformidad con las disposiciones del derecho internacional humanitario pertinentes.

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**

Cuando se prevean servicios de seguridad para las organizaciones intergubernamentales, si es necesario, se extenderá su alcance a las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario que actúen como sus asociadas en las operaciones, si así lo solicitan.

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 sus asociadas en las operaciones de socorro.

Anexo 3
Abreviaciones y acrónimos

ACNUDH	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
ACNUR	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Organismo de las Naciones Unidas para los Refugiados)
AIEPI	atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia
AUDE	asistencia basada en el uso de dinero en efectivo
CDC	*Centers for Disease Control and Prevention* (Centros para el control y prevención de enfermedades)
CDPD	Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
CHS	*Core Humanitarian Standard on Quality and Accountability* (Norma Humanitaria Esencial en materia de calidad y rendición de cuentas)
CICR	Comité Internacional de la Cruz Roja
cm	centímetro
CMB	circunferencia media del brazo
CPMS	*Child Protection Minimum Standards* (Normas mínimas para la protección infantil en la acción humanitaria)
CRL	cloro residual libre
DIH	derecho internacional humanitario
DPT	*diphtheria, pertussis and tetanus* (difteria, tosferina y tétanos)
ENT	enfermedad no transmisible
EPP	equipo de protección personal
EWAR	*Early Warning Alert and Response* (Alerta temprana y respuesta)
FANTA	*Food and Nutrition Technical Assistance* (Asistencia técnica en materia de alimentos y nutrición)
FAO	*Food and Agriculture Organization of the United Nations* (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura)
FICR	Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja
HMIS	*Health Management Information System* (Sistema de Información sobre la Gestión Sanitaria)
HWTSS	*Household-level Water Treatment and Safe Storage* (tratamiento y almacenamiento seguro de agua en los hogares)
IASC	*Inter-Agency Standing Committee* (Comité Permanente entre Organismos)
iCCM	*Integrated Community Case Management* (Gestión integrada de casos comunitarios)
IMC	índice de masa corporal
INEE	*Inter-Agency Network for Education in Emergencies* (Red Interinstitucional para la Educación en Situaciones de Emergencia)

IPC	*Integrated Food Security Phase Classification* (Clasificación Integrada de la Seguridad Alimentaria en Fases)
ITS	infección de transmisión sexual
IYCF	*Infant and Young Child Feeding* (alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as)
km	kilómetro
LEGS	*Livestock Emergency Guidelines and Standards* (Directrices y normas de emergencia para el sector ganadero)
LLIN	*long-lasting insecticide-treated net* (mosquitero tratado con insecticidas de larga duración)
MAG	malnutrición aguda grave
MAM	Malnutrición aguda moderada
MEAL	*monitoring, evaluation, accountability and learning* (seguimiento, evaluación, rendición de cuentas y aprendizaje)
MERS	*Minimum Economic Recovery Standards* (Normas mínimas para la recuperación económica)
MISMA	*Minimum Standard for Market Analysis* (Normas mínimas para el análisis de mercados)
MSF	*Médecins sans Frontières* (Médicos sin Fronteras)
MdS	Ministerio de Salud Pública
OCAH	Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OUA	Organización de la Unidad Africana (actualmente Unión Africana)
PAI	Programa Ampliado de Inmunización
PCI	prevención y control de infecciones
PDI	personas desplazadas internamente
PIDCP	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
PISM	Paquete de servicios iniciales mínimos
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PPE	profilaxis posterior a la exposición
RNI	*reference nutrient intakes* (ingesta nutricional de referencia)
RPA	relación entre peso y altura
SEEP	*Small Enterprise Education and Promotion (Network)* (Red de Educación y Promoción de la Pequeña Empresa)
TAR	terapia antirretroviral
TB	tuberculosis
TBM	tasa bruta de mortalidad
TCS	trabajador comunitario de salud
TL	tasa de letalidad
TMM5	tasa de mortalidad de los niños y niñas menores de 5 años

UNFPA	*United Nations Population Fund* (Fondo de Población de las Naciones Unidas)
UNICEF	*United Nations Children's Fund* (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia)
UNT	unidades nefelométricas de turbidez
VG	violencia de género
WASH	*water supply, sanitation and hygiene promotion* (Abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene)

Índice

Índice

A

Abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene (WASH)
  abastecimiento de agua 120
  asistencia basada en el uso de dinero en efectivo 175
  atención de salud 149
  conceptos esenciales 104
  control de los excrementos 129
  control de vectores 138
  enfoques 106
  gestión de residuos sólidos 144
  impacto en la salud 170
  lista de verificación 157
  nutrición 174
  programación 170
  promoción de la higiene 109
  protección 171
  riesgos 111
abreviaciones 435
abusos 68. *véase también* protección; *véase también* violencia de género
acceso
  agua 120
  alimentos 222
  apoyo jurídico 49
  asentamientos/alojamiento 282
  asistencia humanitaria 45
  retretes 132
  sistemas de justicia 49
acción contra las minas 53
acciones clave 7
aceptabilidad
  seguridad alimentaria 219
  trabajadores de salud 337
acrónimos 435
actores locales, apoyo 18
actores nacionales, apoyo 18
adquisición, medicamentos esenciales 338
adultos. *véase* personas
agua
  abastecimiento 120, 158
  acceso 120
  almacenamiento 114, 123, 127
  calidad 125, 153, 172
  cantidades 122, 153, 164
  contaminación 127, 128
  contaminación posterior a la entrega 127
  desinfección 127
  embotellada/tratada 124
  fuente protegida 127
  ida y vuelta y tiempo de espera 123
  infecciones 166
  material fecal 131
  medición 123
  palatabilidad 127
  potable 113
  recipientes 114, 123
  selección de la fuente 121
  sistemas e infraestructura 124
  soluciones de cloro 153
  tratamiento 172
AIEPI (atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia) 362
alerta temprana y respuesta (EWAR) 343, 350, 391
alimentación artificial, lactantes y niños/as pequeños/as 209, 212, 227
alimentación de lactantes
  apoyo multisectorial 210
  artificial 209, 212
  complementaria 213
  lactancia materna 202, 212
  medir la malnutrición 252
  referencias/lecturas complementarias 3
  resumen 207
  VIH 214
alimentos
  acceso 222
  almacenamiento 228, 235, 240
  calidad 225
  consumo 2
  distribuciones 228, 233, 4
  elecciones 227
  entregas 228, 233
  envases 227
  higiene 234
  preparación/elaboración 228, 235
  raciones 222, 231
  uso 223, 234, 235
almacenamiento
  agua 114, 123, 127
  alimentos 228, 235, 240
  medicamentos esenciales 339
alojamiento. *véase* asentamientos/alojamiento
alumbrado artificial 291
ambiente o contexto
  asentamientos/alojamiento 301
  control de vectores 141
  población de acogida 307
  recursos naturales 92, 93
  referencias/lecturas complementarias 99, 2
análisis de la respuesta 22
análisis de mercado
  análisis de la respuesta 22
  evaluación de la seguridad alimentaria 189
  referencias/lecturas complementarias 30, 2
anestésica 374
apoyo. *véase también* apoyo comunitario
  actores locales 18
  actores nacionales 18

alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as 210
cuidados paliativos 385
jurídico 49
miembros del personal 86
psicosocial 16, 3, 202
apoyo comunitario
estructuras 219
salud mental 379
WASH 111
aprendizaje
colaboración 85
organizaciones humanitarias 83, 101
artículos domésticos 288
alumbrado artificial 291
distribución 291
lista de verificación 308
asentamientos/alojamiento
acceso 282
ambiente 301
artículos domésticos 288
asistencia técnica 292
conceptos clave 268
confort térmico 290
desmantelamiento y traspaso 283
espacio habitable 284
lista de verificación 305
medios de vida 276, 283, 307
opciones de asistencia 314
opciones de implementación 275, 317
operación y mantenimiento 283
planificación 274, 278
planificación de sitios o asentamientos 280
reducción de crímenes 282
seguridad 268, 282
seguridad contra incendios 282
selección del terreno 139, 303
servicios e instalaciones esenciales 280
suministro de energía 290
superficie 281
tenencia 297
zonas urbanas 270
asentamientos comunitarios
control de vectores 139
General 20
gestión de residuos sólidos 146
asistencia alimentaria
dinero en efectivo y cupones 235
general 220
necesidades nutricionales 221
selección de las personas destinatarias 230
asistencia basada en el uso de dinero en efectivo
general 10
lista de verificación 24
referencias/lecturas complementarias 30, 2, 97
WASH 175
asistencia financiera, producción de alimentos 239
asistencia humanitaria
acceso 45
asistencia basada en el uso de dinero en efectivo 24
derecho a recibir 34, 426
directrices 424
seguridad 44
tratados 423
atención al neonato 361, 363
atención de salud. *véase también* sistemas de salud
aceptabilidad 332
atención a heridas y traumas 371, 3
conceptos esenciales 324
consideraciones especiales para proteger 327
cuidados paliativos 383
enfermedades no transmisibles 380
esenciales 345
financiación 340
lista de verificación 387
menores 357
prestación 330
residuos 154
salud mental 376
salud sexual y reproductiva 363
vinculado a otros derechos 326
WASH 149
atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) 362
atención materna 363
atención quirúrgica 374
auditoría 95

B

beneficiarios, participación 428
bienes culturales 419
brotes de enfermedades
alertas 391
control 354
detección 350
investigaciones 350
respuestas 149
umbrales 351
WASH 173

C

calidad
agua 125, 153
alimentos 225
nutrición 222
trabajadores de salud o personal de salud 337
campamentos. *véase* asentamientos comunitarios; *véase* asentamientos comunitarios
cantidades
agua 122, 153, 164
retretes 165
capacidades locales 66, 427
Carta Humanitaria
compromiso 34
general 5, 412
principios comunes 33
resumen 34
cereales en grano entero 228
CHS. *véase* Norma Humanitaria Esencial en materia de calidad y rendición de cuentas (CHS)
clima, espacios de vida 287

Cobertura Universal en Salud 2030 341
Código de Conducta
  Principios Esenciales 6, 426
  resumen 425
Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna 209
colaboración 80, 85, 211
cólera 356
combustible 290
complementariedad 79
complicidad, violación de los derechos 43
comunicaciones. *véase también* información
  control de vectores 143
  ético 72, 74
  general 70, 73
  prácticas de alimentación 209
  responsabilidades de la organización 72
  WASH 112
comunidades
  gestión de residuos sólidos 147
  mecanismos de quejas 75
  primeros auxilios 374
  resiliencia 68
  tensiones 240
comunidades de acogida 276
concepto de acción sin daño 299
confidencialidad 74, 343
conflictos armados
  directrices 419
  disposiciones jurídicas 35
  socorro motivado por catástrofes 431
  tratados y derecho consuetudinario 418
confort térmico 290
consentimiento informado 73
construcción, alojamientos 292
consumo
  alimentos 2
  energía 303
contaminación, agua 127, 128
contaminación del aire 363
control del dolor 375
control de vectores
  a nivel doméstico y personal 142
  control biológico y no químico 140
  espacios de vida 287
  general 138
  lista de verificación 161
  medidas de ingeniería ambiental 141
  nivel de asentamiento 138
  protocolos nacionales e internacionales 141
  referencia/lectura complementaria 173
  tratamiento de la malaria 142
coordinación
  cívico-militar 81
  civil-militar 20
  distribuciones conjuntas 115
  intersectorial 82
  organizaciones asociadas 82
  referencias/lecturas complementarias 97
  respuesta humanitaria 79
corrupción 92, 94
coste de la dieta 189
crisis prolongadas 18
criterios de admisión
  programas de alimentación 252, 253
  tratamiento de la malnutrición 197, 200
criterios de baja, tratamiento de la malnutrición 197, 201
cuidados paliativos 383, 4
cuidados terminales. *véase* cuidados paliativos
cultura/costumbres 286, 427

D

daños. *véase también* concepto de acción sin daño
  evitar la exposición 42
datos. *véase* información
datos anteriores a la crisis, evaluación de la seguridad alimentaria 187
denunciantes 78
derecho a buscar asilo o refugio 35
derecho al agua y al saneamiento 104
  derecho internacional 107
  ligado a otros derechos 106
  referencia/lectura complementaria 170
  vínculos con la Norma Humanitaria Esencial 107
  vínculos con los Principios de Protección 107
derecho a la protección y a la seguridad 34
derecho a no padecer hambre 180
derecho a recibir asistencia humanitaria 34
derecho a recibir atención de salud apropiada en el momento oportuno
  vínculos con el derecho internacional 326
  vínculos con la Norma Humanitaria Esencial 327
  vínculos con los Principios de Protección 327
derecho a recibir la asistencia humanitaria 45, 426
derecho a una alimentación adecuada 180, 183
derecho a un alojamiento adecuado
  general 268
  vínculos con el derecho internacional 271
  vínculos con el Principio de Protección 273
  vínculos con la Norma Humanitaria Esencial 273
  vínculos con otros derechos 271
derecho a vivir con dignidad 34
derecho internacional. *véase también* derecho internacional humanitario
  derecho al agua y al saneamiento 107
  derecho a recibir atención de salud apropiada en el momento oportuno 326
  derecho a un alojamiento adecuado 271
derecho internacional humanitario
  directrices 419
  tratados 418
derechos
  complicidad en las violaciones 43
  pacientes 333
  protección 42
  reivindicación 48
derechos humanos
  directrices 417
  tratados y derecho consuetudinario 413
derechos relativos a la vivienda, la tierra y la propiedad 53, 2

desagües
  aguas residuales 125
desalojo 299
desastres
  definición 426
  directrices 424
  tratados 423
desenlodar 137
desglose, de datos 13, 62, 343
desinfección, agua 127
desnutrición. *véase también* malnutrición
  causas 180
  grupos vulnerables 182
  interpretar los niveles de 192
  riesgos 249
diagnóstico
  deficiencias de micronutrientes 205
  enfermedades transmisibles 352
diagrama F 163
diarrea 163, 353, 362
difteria 356
dignidad
  derecho a 34
  protección 42, 429
diseño del programa. *véase también* programación
    basada en el mercado
  asistencia basada en el uso de dinero en efectivo 24
  gestión de cadenas de suministro 27
  normas mínimas 6
  tratamiento de la malnutrición 195, 200
distribución
  alimentos 228, 4
  artículos domésticos 291
  información 232
  programación 232
  puntos 231
  raciones húmedas 231
  raciones secas 231
  seguridad durante 115, 232
distribuciones conjuntas 115
documentación 49
drenaje
  aguas pluviales y aguas de crecida 281

E

edificios públicos, seguridad 295
efectos negativos
  abusos 68
  respuesta humanitaria 66
eliminación
  excrementos 136, 160
  medicamentos 339
  residuos 144
encuestas antropométricas 191, 3
energía
  consumo 303
  producción de alimentos 238
  suministro 290
enfermedades. *véase también* VIH/sida; *véase
    también* brotes de enfermedades; *véase
    también* infecciones
  cólera 356
  diarrea 163, 353, 362
  difteria 356
  fiebre amarilla 356
  fiebres hemorrágicas virales 356
  hepatitis 356
  meningitis 356
  neumonía 362
  no transmisible 380, 4
  polio 356, 359
  relacionadas con el agua y el saneamiento 166
  sarampión 359
  tosferina 356
  transmisibles. *véase* enfermedades transmisibles
  transmisión fecal-oral 163
  transmitidas por el mosquito Aedes 348
  tuberculosis 353
enfermedades no transmisibles (ENT) 380, 4
enfermedades transmisibles
  diagnóstico y gestión de casos 352
  general 345
  mosquitos 348
  preparación para un brote y respuesta 354
  prevención 346
  vigilancia, detección de brotes y respuesta
      temprana 349
enriquecimiento, productos alimentarios 204
entrega. *véase también* distribución; *véase
    también* reparto, medicamentos esenciales
  alimentos 228, 233
episodios adversos 334
EPP (equipo de protección personal) 155, 334
equipo de protección personal (EPP) 155, 334
erosión 303
escenarios de asentamiento
  características 312
  descripciones 310
  posterior a la crisis 270
escuelas, WASH 118
Esfera 4, 412
espacios habitables 284
estrategias. *véase también* estrategias de salida;
    véase también estrategias de transición;
    véase también estrategias de afrontamiento
  desarrollo 6
  producción de alimentos 238
estrategias de afrontamiento 188
estrategias de salida
  general 67, 68
  seguridad alimentaria 218
estrategias de transición
  general 67
  seguridad alimentaria 218
evaluación
  alimentación 191
  ENT 382
  IYCF-E 211
  normas mínimas 12
  planificación del alojamiento y asentamiento 275
  referencias/lecturas complementarias 97, 98, 2
  riesgos, prevención de enfermedades 347
  trastornos de salud mental 378

EWAR (alerta temprana y respuesta) 343, 350, 391
excrementos humanos. *véase también* gestión de excrementos
  definición 129
explotación 68. *véase también* explotación y abuso sexuales (SEA, en inglés)
explotación y abuso sexuales (SEA, en inglés)
  mecanismos de quejas 76, 78
  por parte de miembros del personal 69

F

familias no desplazadas 276
fármacos controlados 339
fiebre amarilla 356
fiebres hemorrágicas virales 356
flujo, artículos de socorro/información 430
fórmula para lactantes 213
fraude 94
fuerzas militares 20, 81
fundamentos jurídicos, Esfera 412

G

género 14, 98
genocidio, tratados 416
gestión de cadáveres 156, 334
gestión de cadenas de suministro 26, 30
gestión de excrementos
  acceso y uso de los retretes 132
  fases 130
  general 129, 154
  infecciones 167
  lista de verificación 160
  recogida, transporte, eliminación y tratamiento 136
  referencia/lectura complementaria 172
gestión del conocimiento 86
gestión de residuos sólidos
  acciones domésticas y personales 146
  lista de verificación 161
  nivel comunitario 147
  referencia/lectura complementaria 173
  resumen 144
gestión integrada de casos comunitarios (GICC) 362
GICC (gestión integrada de casos comunitarios) 362
gobiernos de los países de acogida 79, 429
gobiernos donantes 431
grupos de alto riesgo, control de vectores 143
grupos en riesgo
  asistencia alimentaria 224
  promoción de la higiene 114
  seguridad alimentaria 188, 219
grupos vulnerables
  desnutrición 182
  referencias/lecturas complementarias 5

H

hepatitis 356
heridas
  por elementos punzantes 334
  y atención a traumas 371, 3
herramientas comunitarias 296
higiene. *véase también* promoción de la higiene
  alimentos 234
  artículos 113
  menstrual 116, 135, 171
HMIS (sistemas de información sobre la gestión sanitaria) 343, 392
hospitales de campo 375

I

igualdad entre los sexos 2
imparcialidad, respuesta humanitaria 45, 61, 62, 426
implementación
  alojamiento y asentamiento 275
  asistencia basada en el uso de dinero en efectivo 25
  gestión de cadenas de suministro 27
incontinencia 116, 172
indicadores clave 7
indicadores de desempeño, tratamiento de la malnutrición 201
indicadores de salud 394
indicadores indirectos, evaluación de la seguridad alimentaria 188
infecciones. *véase también* tuberculosis (TB)
  prevención y control (PCI) 153, 174, 333
  respiratorias 353
información. *véase también* comunicaciones
  accesibilidad 49
  compartir 72, 80
  confidencialidad 74, 343
  desglose 13, 62, 343
  distribuciones 232
  evaluación nutricional 190
  flujo 430
  intercambio 82
  personal 68, 70
  responsabilidades de la organización 72
  salud pública 341
  sensibilidad 44, 48
instalaciones. *véase también* retretes
  comunitarias 280, 307
  incontinencia 117
  lavado/baño 124
interacción con la comunidad
  atención de salud 332
  violencia sexual 368
  WASH 105
intervenciones ART 371
intervenciones ARV 371
intervenciones psicológicas 379
intoxicación 396, 5

J

jóvenes, actividades de construcción 294

K

kits precalificados 339

L

lactancia materna 202, 212
lactantes y niños/as pequeños/as. *véase también* alimentación de lactantes
  enfermedades 360
  heces 132
  vacunación 357, 359
lavarse las manos 112, 135
liderazgo local 67, 68
listas de verificación
  abastecimiento de agua 158
  control de vectores 161
  evaluación de la seguridad de semillas 247
  evaluación nutricional 249
  gestión de residuos sólidos 161
  medios de vida 245
  promoción de la higiene 158
  seguridad alimentaria 245
  WASH general 157
logística 26, 30

M

malaria
  prevención 143, 348
  tratamiento 142
malnutrición. *véase también* nutrición; *véase también* desnutrición
  general 193
  medir 252
  tratamiento 193, 194, 199, 6
manuales de nutrición 5
Manual Esfera
  capítulos 5
  general 4
marcos jurídicos, violencia sexual 368
materiales de construcción 295
materiales médicos 337, 339, 382
MEAL (seguimiento, evaluación, rendición de cuentas y aprendizaje) 12
medicamentos
  disponibilidad 385
  esenciales 337, 382
  psicotrópicos 380
medicamentos psicotrópicos 380
medioambiente
  respuesta humanitaria 21, 69
  seguridad alimentaria 187, 219
medios de vida
  asentamientos 276, 283, 307
  evaluación 1
  general 236
  ingresos y empleo 241
  lista de verificación 245
  producción primaria 237
meningitis 356
menores. *véase también* atención de salud; *véase también* lactantes y niños/as pequeños/as
  alimentación 207, 3, 362
  alimentación artificial 209, 212
  atención de salud 357
  directrices 3
  enfermedades 360
  heces 132
  malnutrición 252
  protección 13, 4, 362
  referencias/lecturas complementarias 4, 97, 3
  separados 362
  vacunación 357, 359
  violencia de género 215
  violencia sexual 368
  WASH 112
menores separados 362
menstruación 116, 135, 171
micronutrientes
  deficiencias 204, 214, 256, 6
  referencias/lecturas complementarias 3
miembros del personal
  apoyo para 86
  bienestar 88, 90
  competencias 87, 89
  comportamiento del personal y códigos de conducta 78
  conflictos de intereses 95
  desarrollo de habilidades 89, 90
  desempeño 1
  explotación y abuso sexuales por parte de 68, 69
  políticas 87, 89, 90
  voluntarios 88
minas terrestres 53, 419
mujeres, embarazadas y lactantes 212

N

necesidades de tratamiento, complejas 382
neumonía 362
niños/as pequeños/as. *véase* lactantes y niños/as pequeños/as
Norma Humanitaria Esencial en materia de calidad y rendición de cuentas (CHS)
  adecuación y pertinencia 60
  capacidades locales y efectos negativos 66
  comunicación, participación y retroalimentación 70
  coordinación y complementariedad 79
  eficacia y puntualidad 63
  estructura 58
  general 5, 58
  mecanismos de quejas 75
  miembros del personal 86
  políticas de aprendizaje e innovación 83
  seguridad alimentaria y nutrición 184
  todas las personas tienen derecho a recibir atención de salud apropiada en el momento oportuno 327
  vínculos con el derecho al agua y al saneamiento 107
  vínculos con el derecho a un alojamiento adecuado 273
normas. *véase también* normas mínimas
  estructura 6
  protección y calidad generales 2
  relación con otras normas 8, 1

normas complementarias 8
normas de asociados 1
normas mínimas 6
  derecho a no padecer hambre 180
  derecho a una alimentación adecuada 180
  desarrollo de la estrategia 6
  diseño del programa 6
  evaluación y análisis 6
  general 36
  implementación 12
  MEAL 12
  uso contextualizado 6
normativa profesional relativa a la labor de protección 51
notas de orientación 7
nutrición. *véase también* malnutrición
  calidad 222
  conceptos esenciales 180
  evaluación 185, 189, 249
  necesidades 221, 259
  WASH 174

O

obligaciones del hogar 244
obligaciones familiares 244
obsequios en especie 94
obstétrica 363
OIG (organizaciones intergubernamentales)
  definición 426
  recomendaciones 432
ONGH. *véase* organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario (ONGH)
ONG (organización no gubernamental) 425
organizaciones. *véase* organizaciones humanitarias
organizaciones asociadas 82
organizaciones humanitarias
  aprendizaje 83, 101
  gestión del conocimiento 86
  limitaciones 65
  mecanismos de quejas 76, 78
  políticas de innovación 83
  políticas para prevenir efectos negativos 69
  seguimiento 66, 96
  toma de decisiones 65
organizaciones intergubernamentales (OIG)
  definición 426
  recomendaciones 432
organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario (ONGH)
  definición 426
  general 429, 431
organización no gubernamental (ONG) 425

P

pacientes
  derechos 333
  episodios adversos 334
  rehabilitación 375
  reintegración social 375
pagos 243
PAI (Programa Ampliado de Inmunización) 357, 359
palatabilidad, agua 127
partes interesadas. *véase* gobiernos de los países de acogida; *véase* organizaciones humanitarias
participación
  construcción de alojamientos 293
  respuesta humanitaria 70, 73
participación de la comunidad
  control de vectores 143
  gestión ambiental 244
  malnutrición 196
  mecanismos de protección 44, 47
  respuesta a un brote 149
PCI (prevención y control de infecciones) 153, 174, 333
PDI. *véase* personas desplazadas internamente (PDI)
personal de salud 335
personas. *véase también* menores; *véase también* personas con discapacidad; *véase también* personas mayores; *véase también* lactantes y niños/as pequeños/as; *véase también* personas en tránsito
  definición 12
  derechos de, con trastornos de salud mental 380
personas adultas
  malnutrición 253
personas con discapacidad
  asistencia alimentaria 224
  medir la malnutrición 255
  protección 15
  referencias/lecturas complementarias 2, 3, 97, 1
personas cuidadoras, asistencia alimentaria 224
personas desplazadas 276. *véase también* personas desplazadas internamente (PDI)
personas desplazadas internamente (PDI)
  directrices 422, 3
  lecturas complementarias 3
  tratados relativos a 421
personas discapacitadas. *véase* personas con discapacidad
personas en tránsito
  generación de residuos sólidos 145
  WASH 113
personas involucradas en la acción humanitaria. *véase* miembros del personal; *véase* trabajadores comunitarios de salud (TCS); *véase* trabajadores de salud o personal de salud
personas LGBTQI 16, 5
personas manipuladoras de residuos 146
personas mayores
  asistencia alimentaria 224
  lecturas complementarias 53, 3
  malnutrición 254
  protección 14
personas refugiadas
  directrices 422, 3
  tratados 421
planes de atención 385

planificación
  alojamiento y asentamiento 274
  gestión de residuos sólidos 147
  localización y asentamiento 278
planificación familiar 365
poder adquisitivo 243
polio 356
política 427
preparación/elaboración, alimentos 228, 235
prevención. *véase también* vacunación
  deficiencias de micronutrientes 206
  enfermedades transmisibles 346
  evaluaciones de riesgos 347
  infecciones 153, 174, 333
  malaria 143, 348
  malnutrición 196
  VIH 371
previsión, medicamentos esenciales 338
primeros auxilios 379
Principios de Protección
  aplicación 41
  general 5, 40
  seguridad alimentaria y nutrición 184
  todas las personas tienen derecho a recibir atención de salud apropiada en el momento oportuno 327
  vínculos con el derecho al agua y al saneamiento 107
  vínculos con los derechos a un alojamiento adecuado 273
privacidad 286
procesos de registro, asistencia alimentaria 230
producción de alimentos
  asistencia financiera 239
  cadenas de suministro 240
  energía 238
  estacionalidad 239
  estrategias 238
  fluctuaciones de los precios 239
  seguimiento 240
productos sanguíneos 339
Programa Ampliado de Inmunización (PAI) 357, 359
programación basada en el mercado
  agua 124
  artículos de higiene 115
  artículos domésticos 291
  general 10, 23
  referencias/lecturas complementarias 30
programas de alimentación suplementaria 198
promoción de la higiene
  artículos de higiene 113
  higiene menstrual 116
  incontinencia 116
  lista de verificación 158
  referencias/lecturas complementarias 171
  resumen 109
protección
  actividades 41
  derecho 34
  derechos 42
  dignidad 42
  espacios de vida 286
  información personal 68, 70
  mecanismos 44, 47
  menores 13, 4, 362
  pacientes con VIH/sida 16
  personas con discapacidades 15
  personas LGBTQI 16
  personas mayores 14
  referencias/lecturas complementarias 1, 98
  WASH 171
protocolo de tratamiento 353
pruebas en laboratorio 353
puntualidad 63

Q

quejas 75, 100

R

raciones 222, 231
reciclaje, residuos 146, 303
recursos. *véase también* recursos naturales
  excrementos como 137
  gestión 91
recursos naturales 303, 304
redes de seguridad, medios de vida 242
reducción de crímenes 282
reglamentos de construcción 294
rehabilitación, pacientes 375
reintegración social, pacientes 375
religión
  cuidados paliativos 386
  respuesta humanitaria 427
rendición de cuentas
  general 428
  normas mínimas 12
  referencias/lecturas complementarias 96, 1
reparto, medicamentos esenciales 339
residuos. *véase también* gestión de residuos sólidos; *véase también* residuos de mercado
  matadero 148
  reciclaje 303
  reutilización 303
residuos de mataderos 148
residuos de mercado 148
responsabilidades de la organización
  colaboración 80
  comunicación 72
  efectos negativos de la respuesta humanitaria 68
  eficacia y puntualidad 64
  gestión de los recursos 92
  información 72
  miembros del personal 87
  políticas de aprendizaje 84
  quejas 76
  respuesta humanitaria adecuada y pertinente 61
  retroalimentación 73
  seguimiento 96
respuesta humanitaria
  adecuación 60, 96
  capacidades locales 66, 427
  centrada en las personas 98, 2

complementariedad 79
comunicación 70
contexto operativo 17
coordinación 79
directrices 1
efectos negativos 66
eficacia 63, 98
fuerzas militares 20, 81
imparcialidad 45, 61, 62, 426
independencia de los Gobiernos 427
normas generales de protección y calidad 2
participación 70, 73
pertinencia 60
política 427
puntualidad 63, 97
quejas 75
religión 427
retroalimentación 70
respuestas rápidas, evaluación nutricional 191
restricción de armas 419
retirada de escombros 276
retorno, personas desplazadas 277
retretes
acceso 132
cantidades 165
comunitarios 134
familiares 135
promoción 112
uso de la palabra 129
retretes comunitarios 134
retretes familiares 135
retroalimentación
responsabilidades de la organización 73
respuesta humanitaria 70
reutilización
residuos 303
residuos sólidos 146
riesgos
control de vectores 139
desnutrición 249
salud pública 104
seguridad 240
WASH 104, 111

S

salud mental
apoyo psicosocial 16, 3, 202
referencias/lecturas complementarias 4
resumen 376
salud reproductiva. *véase* salud sexual y reproductiva
salud sexual y reproductiva
general 363
VIH 369
violencia sexual 366
sarampión 359
sector privado
protección de los medios de vida 244
respuesta humanitaria 81
seguimiento
acceso a los alimentos 222
asistencia basada en el uso de dinero en efectivo 25
distribuciones de alimentos 233
entrega de alimentos 233
general 65
gestión de cadenas de suministro 28
normas mínimas 12
producción de alimentos 240
referencias/lecturas complementarias 98, 2
responsabilidades de la organización 96
tratamiento de la malnutrición 197
uso de los alimentos 223, 235
seguimiento, evaluación, rendición de cuentas y aprendizaje (MEAL) 12
seguridad. *véase también* protección
artículos domésticos 290
asentamientos 268, 282
asistencia humanitaria 44
atención a traumas 374
cadena de agua 126
derecho 34
distribuciones 115, 232
edificios públicos 295
espacios habitables 286
incendios o fuego 282
instalaciones de salud 333
retretes 134
trabajadores de salud o personal de salud 344
trabajo 243
vacunas 359
seguridad alimentaria
aceptabilidad 219
conceptos esenciales 180
evaluaciones 185, 186, 1
general 216
ligado a otros derechos 183
lista de verificación 245
referencias/lecturas complementarias 4
selección
medicamentos esenciales 338
personas destinatarias 230
semillas 239, 247, 1, 5
servicio de información y planificación en caso de desastre 430
servicios esenciales 280, 307
sida. *véase* VIH/sida
sistema de información de salud 342
sistemas de información
gestión sanitaria 392
gestión sanitaria / gestión de la salud 343
nutrición y seguridad alimentaria 187, 2
salud 342
sistemas de información sobre la gestión de la salud (HMIS) 343
sistemas de información sobre la gestión sanitaria (HMIS) 392
sistemas de justicia 49
sistemas de recursos humanos 63
sistemas de salud. *véase también* atención de salud
apoyo y desarrollo 325
asistencia alimentaria 223
atención a las ENT 382

datos sobre salud pública 341
financiación 340
general 329
medicamentos y materiales médicos esenciales 337
personal de salud 335
prestación de atención de salud 330
sistemas de vigilancia de la salud 343
soluciones de cloro 153
sucedáneos de la leche materna 213
suministros
higiene menstrual 117
incontinencia 117
suplementación, micronutrientes 204

T

tasa bruta de mortalidad (TBM) 325, 361, 394
tasas de letalidad (TL) 354, 357, 394
tasas de morbilidad 388
tasas de mortalidad 388. *véase también* tasa bruta de mortalidad (TBM)
TBM (tasa bruta de mortalidad) 325, 361, 394
TB (tuberculosis) 353
TCS (trabajadores comunitarios de salud) 336, 353
tenencia
definición 298
seguridad 297
tenencia incremental 299
terapias antirretrovirales 371
terreno
selección 139
terreno, sitio
planificación 280
selección 303
TL (tasas de letalidad) 354, 357, 394
tortura 416
tosferina 356
trabajadores comunitarios de salud (TCS) 336, 353
trabajadores de salud. *véase también* trabajadores comunitarios de salud (TCS)
trabajadores de salud o personal de salud 344
transfusiones de sangre 370
transmisión fecal-oral, enfermedades 163
transmisión maternoinfantil, VIH 371
transparencia 95
tratamiento. *véase también* malnutrición: tratamiento; *véase también* tratamiento de heridas
agua 172
deficiencias de micronutrientes 206
malaria 142
malnutrición 196
tratamiento de heridas 375
tratamiento doméstico de agua y almacenamiento seguro (TDAS) 127, 169
traumas. *véase* heridas
triaje 374
tuberculosis (TB) 353

U

uso de los alimentos en el hogar 235

V

vacunación
campañas 348, 356
lactantes y niños/as pequeños/as 357, 359
menores 357, 359
véase gobiernos beneficiarios. *véase* gobiernos de los países de acogida
ventilación 287
vigilancia de la mortalidad 389
VIH/sida
alimentación de lactantes 214
asistencia alimentaria 224
lecturas complementarias 4
menores 362
resumen 369
riesgos de protección 16
tratamiento de la malnutrición 202
violación 366
violaciones, monitoreo 47
violaciones penales de los derechos 416
violencia de género
directrices 2
general 15
lecturas complementarias 2
violencia sexual 366
voluntarios 88
vulnerabilidades 12, 62, 428

W

WASH. *véase* Abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene (WASH)

Z

zonas rurales 304
zonas urbanas
asentamiento y alojamiento 270
gestión de residuos sólidos 145
recursos naturales 304
respuestas en materia de salud 325
retos 19, 182
WASH 106

El Manual Esfera presenta un enfoque basado en principios para abordar la calidad y la rendición de cuentas en las respuestas humanitarias. Traduce a la práctica la convicción fundamental de Esfera de que todas las personas afectadas por desastres o conflictos tienen derecho a una vida con dignidad y a recibir asistencia humanitaria.

La Carta Humanitaria es la piedra angular del Manual que, junto a los Principios de Protección y la Norma Humanitaria Esencial, establecen los fundamentos en que se basan todos los sectores de asistencia. Las normas técnicas establecen prioridades para dar una respuesta en cuatro sectores principales que salvan vidas: agua, saneamiento y promoción de la higiene; seguridad alimentaria y nutrición; alojamiento y asentamiento, y salud.

Las normas mínimas medibles describen lo que es necesario lograr en una respuesta humanitaria para que las personas sobrevivan y restablezcan sus vidas y sus medios de vida de una forma que respete su voz y promueva su dignidad. Las acciones clave, indicadores y notas de orientación ofrecen diversas maneras de aplicar estas normas en distintos contextos. Todos los capítulos están vinculados y se refuerzan entre sí.

La fuerza del Manual Esfera reside en su carácter universal y su capacidad para adaptarse a todos los contextos humanitarios. Goza de un amplio respaldo en el sector humanitario y, por ello, ofrece un lenguaje común para trabajar con todas las partes interesadas en aras de una mayor calidad y rendición de cuentas en los contextos humanitarios.

Sphere

Humanitarian Standards Partnership

spherestandards.org/es
www.facebook.com/SphereNGO
www.twitter.com/spherepro

La Cooperación de Normas Humanitarias es el resultado de la colaboración entre diferentes iniciativas normativas para sacar partido de las pruebas, las opiniones de expertos y las prácticas óptimas, y utilizarlas para mejorar la calidad y la transparencia en las respuestas humanitarias.

ISBN 978-1-908176-42-4
9 781908 176424