

Pilar Estébanez • Carolina Jiménez • Jorge Alvar
(Directores-Coordiadores)

ASISTENCIA SANITARIA EN CRISIS HUMANITARIAS



© Pilar Estébanez, Carolina Jiménez, Jorge Alvar, 2017

Reservados todos los derechos.

«No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.»

Ediciones Díaz de Santos

Internet: <http://www.editdiazdesantos.com>

E-mail: ediciones@editdiazdesantos.com

ISBN: 978-84-9052-059-8

Depósito Legal: M-8680-2017

Fotos de cubierta propiedad de Jesús González y Elena González

Fotocomposición y diseño de cubierta: P55 Servicios Culturales

Printed in Spain - Impreso en España

AUTORES



María Aboy Nieto

Licenciada en Psicología por la Universidad Pontificia de Salamanca. Psicóloga Sanitaria. Máster en psicología de la vejez por la Fundación de Geriátría y Gerontología Española. Colabora en el programa de violencia de género de Cruz Roja Española. Trabaja con niños en riesgo de exclusión social. Voluntaria de ayuda humanitaria en Rajasthan (India). Coautora del Manual de Asistencia Sanitaria a Múltiples Víctimas y Catástrofes, 2012.



Miriam Alia Prieto

Diplomada Universitaria en Enfermería (1995), Universidad Autónoma de Madrid. Especialista en Enfermería Pediátrica. Experta Universitaria en Epidemiología y Tecnología Aplicada. Experta Universitaria en Evaluación de Proyectos Sociosanitarios. De 1995 a 2005, trabajó como enfermera en cuidados intensivos neonatales y pediátricos. En 2004, trabajó en 4 proyectos de Formación de formadores en Emergencias Pediátricas en Nicaragua. Desde 2005 trabaja en Médicos sin Fronteras, con puestos de Enfermera, Referente Médico de Proyecto, Coordinadora de Proyectos, Técnico de Emergencias y Coordinadora de Proyectos del Equipo de Emergencias de Nairobi, Coordinadora Médica de la Unidad de Emergencias y actualmente es la Responsable de Vacunación y Respuesta a Epidemias de MSF España.



Jorge Alvar Ezquerro

Doctor en Medicina por la Univ. Complutense y diplomado en Medicina Tropical por el Instituto B. Nocht, Hamburgo. Ha sido científico visitante de la Univ. de Cambridge, RU. Actualmente dirige el programa de Leishmaniasis en Drugs for Neglected Disease initiative (DNDi), Ginebra y con anterioridad el programa de Control de Leishmaniasis en el departamento de Enfermedades Tropicales Desatendidas, OMS, Ginebra (2004-12). Antes había sido director del Centro Nacional de Medicina Tropical del Instituto de Salud Carlos III, Madrid y profesor asociado de la Facultad de Farmacia de la Univ. Complutense. Es académico correspondiente de la Real Academia de Medicina (RANM) y posee la Insignia de Oro de la Univ. de Antioquia, Medellín. Ha ganado los premios de investigación de la Sociedad Geográfica Española y el Carlos IV en Medicina Preventiva y Salud Pública de la RANM.



Alfonso Antona Rodríguez

Antropólogo médico. Magíster Internacional en Medicina Humanitaria. Universidad Complutense de Madrid y London School of Hygiene & Tropical Medicine. Máster en Dirección y Gestión de Servicios Sanitarios, Universidad de Valencia. Especialista en Medicina del Viajero y vacunación internacional. Universidad Complutense de Madrid. Consejero Técnico (Salud Pública) de la Gerencia en Madrid Salud. www.antona@institutoantona.com



Pilar Aparicio Azcárraga

Doctora en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid, especialista en Medicina Interna y diplomada en Medicina Tropical. A lo largo de su carrera profesional, ha acometido diferentes tareas asistenciales, de docencia, e investigación relacionadas con las enfermedades infecciosas. También ha desarrollado líneas de trabajo en el ámbito de la cooperación científico-técnica orientada al fortalecimiento de los sistemas públicos de salud y control de las enfermedades transmisibles, en el ISCIII y en la Organización Mundial de la Salud y desde países de Latinoamérica y África. Actualmente es la Directora de la Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III (ISCIII).



Quique Bassat Orellana

Es pediatra, epidemiólogo, y especialista en medicina tropical y salud internacional. Doctorado en medicina por la Universidad de Barcelona en 2009. Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal), Barcelona. Centro de Investigaçãõ em Saúde de Manhica (CISM), Maputo, Mozambique; ICREA, Pg. Lluís Companys 23, 08010 Barcelona. Es también profesor ICREA de investigación. En los últimos 15 años ha realizado investigación sobre la malaria y otras enfermedades relacionadas con la pobreza en Mozambique, Marruecos, Brasil, India, y Papúa Nueva Guinea.



Mauricio Calderón Ortiz

Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad Nacional de Colombia y Máster Internacional en Medicina Humanitaria por la Univ. Complutense de Madrid. Es consultor internacional en diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas y programas para respuesta a emergencias y acción humanitaria en salud, así como para la reconstrucción y el desarrollo de sistemas de salud. En la actualidad trabaja con la OMS como Coordinador de la Respuesta Humanitaria en Salud para el conflicto Sirio. Recientemente trabajó en África Occidental con la OMS en el Clúster de Emergencias y Seguridad en Salud y fue líder de la iniciativa para prestar servicios integrales a los sobrevivientes del Ébola y del área de investigaciones sobre Ébola en Sierra Leona.



María Ángeles Cano Linares

Doctora en Derecho por la Univ. Rey Juan Carlos de Madrid y Profesora de Derecho Internacional Público y Relaciones Internacionales en la misma. Subdirectora del Centro de Estudios de Iberoamérica y responsable del Máster en Relaciones Internacionales Iberoamericanas. Autora de publicaciones que se centran en el mantenimiento de la paz y seguridad internacionales, las migraciones internacionales, los procesos de integración, la protección internacional de los derechos humanos y el derecho internacional humanitario. Ha impartido docencia y/o realizado estancias de investigación en distintas Universidades españolas y extranjeras. Voluntaria de Manos Unidas y miembro de la Sociedad Española de Medicina Humanitaria (SEMHU). Email: angeles.cano.linares@urjc.es



Alfonso Carmona Martínez

Médico Especialista en Pediatría y sus áreas específicas. Universidad de Sevilla. Experto en Vacunas por la Universidad Complutense de Madrid. Máster en Dirección y Gestión de Instituciones y Empresas Sanitarias Universidad de Loyola. Investigador Principal en numerosos ensayos clínicos en vacunas, capítulos en varios libros de Medicina. Director en 18 campañas de Vacunación en África. Presidente del Grupo IHP.



Estefanía Custodio Cerezales

Licenciada en Ciencias Biológicas, Máster en Nutrición Clínica y Salud Pública Internacional y doctora en Nutrición y Salud Global. Fue responsable de la línea de investigación de "Malnutrición y enfermedades tropicales desatendidas" en el Centro Nacional de Medicina Tropical en España (2003-2014) y en la actualidad trabaja como asesora científica de la Comisión Europea en temas relacionados con la seguridad alimentaria y nutricional en contextos desfavorecidos, con sede en el Joint Research Center de Ispira, Italia.



Alberto de Dios Romero

Médico especialista en Medicina Interna. Médico Interno Residente en el Hospital Clínic de Barcelona (2000) con especial dedicación a las enfermedades infecciosas tropicales y enfermedades crónicas. Máster en Telemedicina por la Universitat Oberta de Catalunya en el año 2013. Diez años de experiencia como médico especialista en Medicina Interna y seis años de experiencia en proyectos de cooperación al desarrollo y crisis humanitarias con Médicos Sin Fronteras y otras organizaciones en diferentes países de África, Sudamérica y Centroamérica. Email: adedios70@hotmail.com



Claude de Ville de Goyet

Médico salubrista de la Univ. de Lovaina (UCL) en Bélgica con un BSc en investigación operacional de la Universidad de África del Sur. Fue el primer director del Centro de Investigación en Epidemiología de desastres (UCL) y del Programa de Preparación en casos de desastres de la OPS/OMS. Tiene 45 años de experiencia internacional en capacitación de los Ministerios de Salud de países vulnerables y en coordinación y evaluación de la respuesta sanitaria de emergencia y de las actividades internacionales de reducción de riesgos. Promotor de un manejo más profesional y regulado por las autoridades de salud de los equipos médicos de emergencia, asesora a la OMS y al Clúster de Salud sobre la iniciativa EMT. Email: devilledegoyetclaudio@yahoo.com



José Manuel Díaz Olalla

Médico por la Univ. Autónoma de Madrid. Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, Máster en Salud Pública por el Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana (Cuba) y en Medicina Humanitaria por la Univ. Miguel Hernández (Alicante). Médico Cooperante, ha sido Vicepresidente de Médicos del Mundo. Asesor Técnico del Instituto de Salud Pública de Madrid-Salud. Ha dirigido los Estudios de Salud de la ciudad de Madrid de 2008 y de 2014. Es profesor e investigador en epidemiología social. En la actualidad es Vicepresidente de la Sociedad Española de Medicina Humanitaria (SEMHU).



Pilar Estébanez Estébanez

Médico y PhD por la London School of Hygiene and Tropical Medicine. Univ. de Londres y Doctora "Cum Laude" Especialista en Medicina Interna por la Universidad Autónoma de Madrid (Hospital de La Paz). Máster en Salud Pública por la LSHTM Londres. Fundadora Presidenta de MDM y Fundadora Presidenta de la SEMHU. Creadora y Coodirectora durante 15 años del Máster de Medicina Humanitaria, directora y autora del libro Medicina Humanitaria 2003. Ha dirigido numerosos cursos y proyectos de Medicina Humanitaria y Asistencia Sanitaria en Crisis Humanitarias. Ha coordinado la Acreditación y Estandarización de los equipos Médicos para la OAH del MAEC y es miembro del grupo de la OMS sobre FTM en Cuba y Madrid. Es Directora y profesora del Diploma en Emergencias Sanitarias en la Univ.de Dakar (2013).



Mar Estupiñán Fernández de Mesa

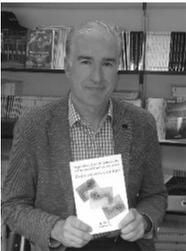
Licenciada en Farmacia por la Univ. de La Laguna (Tenerife). Máster en Medicina Humanitaria por la Univ. Miguel Hernández (Alicante) y Máster en Salud Pública y Promoción de la Salud por la London School of Hygiene & Tropical Medicine (Londres). Certificada en Logística Médica Humanitaria. 14 años de experiencia profesional y voluntaria en proyectos humanitarios y de salud pública en varios países

con MSF, Médicos del Mundo y Cruz Roja. Trabaja en salud pública en Inglaterra en un proyecto de prevención de enfermedades cardiovasculares. Email: maresfeme@hotmail.com



Alberto García-Basteiro

Licenciado en Medicina por la Univ. de Santiago de Compostela, y especialista en medicina preventiva y salud pública (Hospital Clínico de Barcelona). Centro de Investigação em Saúde de Manhica (CISM). Coordinador del área de tuberculosis en el Centro de Investigação em Saude de Manhica (CISM) en Maputo, Mozambique e investigador del Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal). Máster en Epidemiología en la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM). Ha trabajado en la OPS y participado en numerosos proyectos de investigación en enfermedades relacionadas con la pobreza.



Francisco Giménez Sánchez

Médico especialista en Pediatría. Experto universitario en Vacunas y Máster universitario en Ensayos Clínicos. Fellow en Epidemiología en los Centros para el Control de Enfermedades y Prevención (CDC, Atlanta) y consultor de la División de Vacunas de la OPS-OMS en Washington siendo destinado a Bolivia como Asesor Internacional del Programa Ampliado de Inmunizaciones. Fue Jefe de Sección en el Centro Nacional de Medicina Tropical del Instituto de Salud Carlos III en Madrid, Secretario del Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría y Presidente de la Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional. Ha trabajado en la Unidad de Infectología Pediátrica del Hospital Torrecárdenas en Almería. En la actualidad ejerce su actividad clínica, docente e investigadora en los Hospitales Mediterráneo de Almería e Inmaculada de Granada.



Mabel González Bustelo

Periodista, consultora internacional en cuestiones de paz y seguridad. Experta en tendencias globales, conflictos armados, violencia organizada, resolución de conflictos y construcción de la paz. MLitt en Estudios sobre Terrorismo por la Univ. de St Andrews. Profesora invitada en la Univ. Complutense y la Fundación Ortega y Gasset. Publica habitualmente en varias publicaciones y revistas internacionales, autora del libro: Narcotráfico y crimen organizado ¿Hay alternativas? Ha cubierto eventos políticos en diversos países. Responsable de la campaña de Desarme de Greenpeace, investigadora para Médicos sin Fronteras y co-responsable del proyecto «Angola en el posconflicto» con el Instituto Holandés para África Austral.



Elena González Cañal

Médico de Emergencias. Máster en medicina de emergencias y catástrofes por la Univ. de Sevilla. Directora y docente del Máster de medicina de Emergencias y Catástrofes, 1998-2001, en la Univ. de las Islas Baleares y Directora Médica del Servicio SAMU061 de Baleares. Jefe de equipo de la Fundación SAMU/SEMECA (Sevilla) en el dispositivo del AECID enviado al Tsunami en Banda Aceh (Indonesia) y Jefe de equipo en el Terremoto de Haití. Ha colaborado en la intervención en las inundaciones en Guatemala de la Fundación SAMU/SEMECA. Docente en el Diploma de Emergencias de la Univ. de Dakar en Senegal. Actualmente es médico asistencial de SAMU061 Baleares. Miembro de la Junta directiva y vocal de emergencias de SEMHU.



Inmaculada González Castro

Doctora en Medicina por la Univ. de La Laguna, Máster en Medicina Humanitaria por la Univ. Miguel Hernández de Alicante y Especialista en Otorrinolaringología. Ha participado en proyectos de investigación y publicaciones centrados en necesidades y estrategias de utilización de servicios de salud, y en evaluación de modelos organizativos de atención. Socia Fundadora de la Sociedad Española de Medicina Humanitaria (SEMHU) y miembro de DIPEX España (www.dipex.es), colabora desde 2007 como voluntaria con Médicos del Mundo en su Proyecto de Inmigración, formando parte del grupo de trabajo estatal. Desarrolla su actividad asistencial en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria en Tenerife.



Jesús González Zambrana

Diplomado Univ. en Enfermería del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital de Vélez-Málaga y Máster en Medicina Humanitaria. Coordinador de Proyectos de Cooperación Internacional y Emergencias con Médicos del Mundo en diversos países de todo el mundo. Cooperante en Proyectos de Emergencia con Médicos del Mundo en varios países y en el Programa Ayuda Médica Internacional en Guatemala. Consultorías en Guinea Bissau, Guinea Ecuatorial y Mozambique. Vicepresidente de MdM España y vocal de Proyectos de Coop. Internacional y Emergencias (2001-2003). Vicepresidente de MdM Andalucía (2007-2015). Email: jesus.gonzalez@medicosdelmundo.org



Mercè Herrero García

Médico de familia experta en salud pública internacional. Ha trabajado en el Cuerno de África con varias organizaciones (AECID, MSF, ACF, OMS) en medicina tropical, emergencias, cooperación y desarrollo y salud internacional. En 2006 trabajó como médico en una epidemia de leishmaniasis con MSF; en ONGs y en OMS, apoyando a los gobiernos para fortalecer programas. Fue jefe del departamen-

to de nutrición y salud en Etiopía con Acción Contra el Hambre en 2013-2014. Ha participado en estudios epidemiológicos de enfermedades olvidadas y en análisis de causas de malnutrición en Etiopía. Actualmente es jefe de programa en Etiopía del Consorcio KalaCORE.



Carolina Jiménez Navarro

Médico especialista en medicina interna con especial dedicación a enfermedades infecciosas y Diploma de medicina tropical en la Liverpool School of Tropical Medicine and Hygiene y Máster en Salud Pública Internacional en la Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III. Investigador clínico con Mahidol Oxford Research Unit en Bangladesh. Médico de terreno, investigador y coordinador médico de proyecto con Médicos Sin Fronteras en crisis humanitarias en varios países de Africa Subsahariana. Actualmente trabaja en DNDi como consultor del departamento de leishmaniasis.



Alberto Lafuente Jiménez

Médico Especialista en anestesiología y reanimación por la Univ. de Navarra. Máster de Dirección Ejecutiva de Gestión de Sistemas de Emergencias y Catástrofes, Univ. Europea de Madrid. Profesor titular de Medicina y Ayuda humanitaria Univ. de Navarra. Experiencia en catástrofes naturales como director médico en varias misiones, desde el 2005 hasta la actualidad con la AECID/MdM. Numerosas publicaciones nacionales e internacionales dentro de su especialidad y medicina humanitaria. Secretario General y Responsable de cooperación del Iltre. Colegio de Médicos de Navarra. Miembro del Comité técnico de la Fundación de los Colegios Médicos para la Cooperación Internacional. Miembro de La Junta Directiva SEMHU.



Daniel López Acuña

Médico Cirujano por la Univ. Nacional Autónoma de México (UNAM), Maestría en Salud Pública y PhD en Epidemiología por la Univ. Johns Hopkins de Baltimore, EE UU. Fue profesor en Medicina de la UNAM. Ha desempeñado diferentes cargos directivos en la OPS y la OMS durante un periodo de 30 años, destacando Director de Sistemas de Servicios de Salud, Director de Acción Sanitaria en Situaciones de Crisis y Asesor de la Directora General de la OMS para la reforma de la OMS entre 2011 y 2014. Es autor de numerosas publicaciones en periódicos y libros. Actualmente es Profesor Asociado de la Escuela Andaluza de Salud Pública en Granada (España) y coordina el proyecto europeo SH-CAPAC (Respuesta Sanitaria a Refugiados, Solicitantes de Asilo y Otros Migrantes en la Unión Europea).



Tomás López-Peña Ordóñez

Médico de familia y Máster en epidemiología y cooperación internacional. Diplomado en Salud Pública. Ha sido Vicepresidente de Médicos sin Fronteras y Director de Operaciones en Médicos del Mundo. Ha participado como coordinador médico en múltiples proyectos de acción humanitaria bien por conflictos bélicos o desastres naturales, en julio de 2016 en el campo de refugiados de Ritsona (Grecia) con Cruz Roja Española. En la actualidad trabaja como Consejero Técnico en el área de investigación en salud global y para el desarrollo en el Instituto de Salud Carlos III. Email: tlpena@isciii.es tomaslopezpo@gmail.com



Guillermo López Rozada

Es Licenciado en Farmacia y en Ciencias Bioquímicas por la Univ. de Valencia. Posteriormente obtuvo un Máster de Medicina y Cirugía Tropical por la Univ. de Valencia y un Máster de Cooperación al Desarrollo por la Univ. de Jaime I. Cuenta con 10 años de experiencia profesional en el ámbito tanto nacional como internacional en entornos farmacéuticos y en relativos a gestión de proyectos sanitarios. Ha trabajado en países como Inglaterra, Etiopía, Gambia, Guinea Ecuatorial y Holanda. En la actualidad, trabaja como Director Técnico en la ONG Farmamundi (www.farmamundi.org). Email: alh@farmamundi.org



Oscar H. Martín del Barco

Médico de Familia. Forma parte del equipo de la Fundación SAMU (Sevilla) para la atención sanitaria y ayuda humanitaria en catástrofes. Ha participado en la asistencia de emergencia en el Terremoto de Haití, el Tifón de Filipinas, el Terremoto de Nepal, en los Campamentos de Calais. Actualmente es Coordinador del equipo sanitario de la Asociación Amigos de Gambia (Medina del Campo, Valladolid) realizando intervenciones en el terreno. Ha formado parte de los grupos de trabajo Inmigración y Salud, Medicina en Tercer y Cuarto mundo, de SEMFYC. Socio de SEMHU.



Miguel Mínguez Gonzalo

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Salud Pública (Univ. Autónoma de Madrid). Experto Europeo en Gestión de la Calidad en los Servicios Sanitarios (European Organization for Quality). Trabajó en el Ministerio de Sanidad, siendo Jefe del Área Médica de Sanidad Exterior, y representó a España en el proceso de Revisión del Reglamento Sanitario Internacional (1996-2005) y en el Grupo de Trabajo Intergubernamental de la OMS que finalizó con la adopción del nuevo RSI-2005. Entre 2009-2012 fue Asesor Regional

para el RSI en la OPS-OMS. Ha dirigido e impartido numerosos talleres y ejercicios de simulación ante emergencias de salud pública, tanto en España como en la Región de las Américas. Email: minguezmig@gmail.com



Susana Monge Corella

Facultad de Medicina, Univ. de Alcalá de Henares, Madrid, CIBERESP. Médico especialista en medicina preventiva y salud pública y Doctora en ciencias sanitarias por la Univ. de Alcalá en 2012. Realizó el Máster en desarrollo y ayuda internacional en el Instituto Complutense de Estudios Internacionales y una beca de experta en enfermedades relacionadas con la pobreza promovida por la Comisión Europea. Ha trabajado en diversos países de África Subsahariana, fundamentalmente en el ámbito del VIH, y también en proyectos de investigación en epidemiología del VIH en poblaciones inmigrantes en Europa.



David Montes Bentura

Médico Pediatra, Servicio Pediatría Hospital Universitario Fuenlabrada. Máster en formación y gestión Medicina Humanitaria Univ. Rey Juan Carlos. Participación sobre el terreno en la emergencia Humanitaria en la Crisis de Refugiados en el Mediterráneo y proyecto de cooperación al desarrollo en Mozambique con Médicos del Mundo. Proyectos de implementación de Atención Primaria en Asunción Paraguay con Orden Salesianos. Voluntario y vocal de Incidencia Política Médicos del Mundo Madrid, trabajo con población inmigrante contra la vulneración del derecho a la salud.



Carolina Nanclares

Médico especialista en Medicina Interna. Amplia experiencia en trabajo médico-humanitario con la organización Médicos Sin Fronteras desde 2006, habiendo desempeñado misiones en República Centroafricana, Chad, Sudán del Sur, Yemen, Etiopía, Haití, Níger, Zambia, Senegal, Burkina Faso, Uganda, República Democrática del Congo, Siria, Filipinas, Guinea Conakry, Nigeria y Sierra Leona. Ha formado parte de la Unidad de Emergencias de MSF España participando en intervenciones en diversos contextos de emergencia tales como crisis nutricionales, epidemias, conflictos armados y desastres naturales. En 2015-2016 ha colaborado en el departamento médico de MSF España como referente interina de Medicina Interna y Fiebres Hemorrágicas.



Ian Norton

Médico especialista en Emergencias y Cirugía, con postgrado en Salud Internacional y Medicina Tropical. Fue director del Centro de preparación y respuesta ante desastres y del Centro Nacional de Atención y Atención Crítica a las Emergencias Traumatológicas, Darwin, Australia. También dirigió al Equipo Australiano de Asistencia Médica (AUSMAT). Trabajó en el brote Ébola de África Occidental 2014/15 y dirigió la coordinación de más de 60 Equipos médicos Extranjeros (EMT) en tres países. Dirigió la coordinación de 132 EMT en Nepal durante los terremotos de abril y mayo de 2015. Actualmente trabaja en la OMS, encabezando la nueva Unidad de Equipos Médicos Extranjeros, siendo el autor principal de la nueva clasificación y estándares de la OMS para el despliegue de los Equipos ante Emergencias y crisis sanitarias.



Miguel Pajares Alonso

Doctor en Antropología Social por la Universidad de Barcelona. Miembro del Grup de Recerca sobre Exclusió i Control Social de la UB. Presidente de la Comisión Catalana de Ayuda al Refugiado. Entre sus libros pueden destacarse: *La inmigración en España* (1998); *Inmigración y Ciudadanía en Europa* (2000); *La integración ciudadana* (2005); *Inmigrantes del Este* (2007); *Sindicatos e inmigración en Europa* (2012); *Inmigración y crisis en España* (2015); *Cautivas* (2013); *La luz del estallido* (2015); y *Aguas de venganza* (2016) sobre la frontera sur.



Blanca Palacián de Inza

Licenciada en Historia Moderna y Contemporánea por la Universidad Autónoma de Madrid. Funcionaria del cuerpo superior de la Administración del Estado. Especialista Universitario en Seguridad y Conflictos Internacionales por el Instituto Universitario Gutiérrez Mellado. Curso de Asesor de Género en Operaciones, Ministerio de Defensa. Curso de Observador en Operaciones, Escuela de Guerra. Analista del Instituto Español de Estudios Estratégicos, Centro Superior de Estudios de la Defensa Nacional. Especialista en Mujer, Género, Infancia y Conflicto.



Diana Pou Ciruelo

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y diplomada en Medicina Tropical. Ha trabajado durante 9 años con Médicos sin Fronteras (MSF) en múltiples epidemias y conflictos tanto en África como en Asia y Latinoamérica. Trabajó como médico y como coordinadora médica en varias epidemias de fiebres hemorrágicas virales como es el caso de la epidemia de Marburgo en Angola en 2005 o las de Ébola en Uganda y en la República Democrática del Congo en 2012. También ha trabajado con la Cruz Roja Internacional en India y en Kosovo.



María de los Ángeles Rodríguez Arenas

Médica epidemióloga, Doctora en Salud Pública. Máster Internacional en Medicina Humanitaria, Diplomada en Dirección y Gestión de Programas de Cooperación y en Salud Pública y Género. Fue responsable técnica de proyectos con poblaciones excluidas y Vocal del área de Exclusión Social en la Junta Directiva de Médicos del Mundo. Actualmente Profesora e investigadora en la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III, donde dirige el Diploma de Especialización en Salud Pública y Género y es investigadora principal del proyecto SIVIVO (@proyectosivivo). Vocal de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Medicina Humanitaria, SEMHU. Email: mara@isciii.es



Miguel Ángel Rodríguez García

Periodista y trabajador humanitario. Licenciado en Ciencias de la Información por la Universidad Pontificia de Salamanca. Responsable de Comunicación Externa de Cruz Roja Española y de su Unidad de Comunicación en Emergencias (UCE). Ha trabajado en conflictos y crisis como la guerra de Iraq (2003); el terremoto de Marruecos (2004); la guerra de Darfur (2004); el tsunami del sur de Asia (2004-2005); el terremoto de Pakistán (2005); el terremoto de Java (2006); la erupción del volcán Merapi (2006); la crisis de refugiados en Burundi (2014); el terremoto de Nepal (2015); o la crisis de Refugiados en Europa (Grecia, 2015). Coordina además el perfil específico de Emergencias de Cruz Roja Española en Twitter, @CRE_Emergencias. Email: Marodriguez.1971@gmail.com y @Marodriguez1971



Aurora Rozadilla Arias

Es Licenciada en Psicología por la Univ. de Santiago de Compostela. Especialista en Psicología Clínica. Enfermera de Emergencias y Especialista en Cuidados Médico-quirúrgicos por la Univ. de Cantabria. Miembro de la Coordinadora del Grupo de Intervención en Catástrofes y Emergencias de Galicia. Psicóloga del Programa de Intervención en Violencia de Género del Colegio Oficial de Psicología de Galicia. Ha intervenido en los terremotos de Perú (2007) y Haití (2010), en el Tifón Haiyan en Filipinas (2013) y en el Descarrilamiento del Alvia en Santiago de Compostela (2013). Voluntaria de equipos sanitarios en Ucrania, India, Senegal, Etiopía y Gambia. Trabaja en el SNS y el SERGAS desde el año 1977. Becaria investigadora del SERGAS. Autora de diversas publicaciones en libros y revistas.



María José Sagrado Benito

Graduada en Enfermería por la Univ. Autónoma de Madrid, diplomada en Pediatría Tropical por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) y Máster en Epidemiología y Salud pública por la Univ. Rey Juan Carlos. Ha trabajado en el servicio de urgencias en el Hospital Universitario La Paz y como asistente técnico de investigación en el Centro Nacional de Medicina Tropical – ISCIII. Posteriormente cursó el Programa de Epidemiología Aplicada de Campo (PEAC) del Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. En los últimos años ha vinculado su carrera al mundo humanitario como epidemióloga de emergencias con la OMS. En la actualidad trabaja como epidemióloga en Médicos Sin Fronteras.



Flavio Salio

Especialista en Gestión de Emergencias, miembro de la Maestría Europea en Medicina de Desastres, Máster en Gestión de Mantenimiento de la Paz y estudios en Epidemiología. Desde 2005 ha trabajado en la coordinación de equipos para organizaciones internacionales y no gubernamentales en diferentes tipos de emergencias (desastres naturales, brotes, conflictos/crisis prolongadas) y países (Pakistán, Bangladesh, Sudán, Mozambique, Bosnia y Malta, entre otros). Ha sido Coordinador de Equipos Médicos de Emergencia (EMT) de la OMS en los despliegues para el brote de Ébola de África del Oeste y el terremoto de Nepal. Trabaja actualmente en la OMS en la Secretaría (EMT), proporcionando orientación y supervisión técnica y operativa para la coordinación y gestión de las operaciones de emergencia en salud.



Esperanza Santos

Diplomada universitaria en Enfermería. Ha trabajado en el Hospital de La Princesa y en el Hospital Universitario Gregorio Marañón en Hemato-Oncología, ambos de Madrid. Trabajó con MSF en posiciones de enfermera y coordinador médico de proyecto en Sudán, Sudán del Sur, Sri Lanka y Yemen, en la Unidad de Emergencias de MSF como técnico médico, coordinador médico y coordinador de proyecto en diferentes emergencias. Ha participado en campañas de vacunación en Nigeria, Yemen, Malawi, R.D. Congo y Zambia. Actualmente trabaja de coordinador de proyecto en Malakal, Sudán del Sur.



Vicente-Carlos Silva Deustua

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Univ. Autónoma de Madrid. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Diploma Universitario Europeo de Endoscopia Operatoria en Ginecología, Université d' Auvergne, Clermont-Ferrand I, Francia. Máster Internacional de Medicina Humanitaria, Univ. Miguel Hernández. Cooperante en Nicaragua con la sONG Infancias sin Fronteras y GEDEOM. Cooperante con Men-

sajeros de la Paz e Infancias sin Fronteras en Sri Lanka en el Tsunami de 2004. Cooperante con GEDEOM en el Proyecto Ditunga. Actualmente Facultativo Especialista de Área de Obstetricia y Ginecología del Complejo Hospitalario de Toledo. Vocal de la Junta Directiva de la ONG GEDEOM. Miembro de la Junta Directiva de la SEMHU.



Javier Tena Rubio

Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Diplomado en Pediatría Tropical por la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III de Madrid y Máster en Medicina Humanitaria, ha trabajado en diversos proyectos de Cooperación al Desarrollo y Ayuda Humanitaria con ONG y organismos internacionales como Médicos Sin Fronteras, Médicos del Mundo, Liverpool School of Tropical Medicine, Comité Internacional de la Cruz Roja. Tiene experiencia en países como Nicaragua, Angola, República Dominicana, Haití, Myanmar, Mozambique, República Democrática del Congo, Afganistán, Sierra Leona e Israel.



Pablo Yuste Echarren

Pablo Yuste es Licenciado en Derecho y Máster en Estudios para la Paz por el Instituto Gutierrez Mellado. Ha sido Director de la OAH del Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación en España. Es Oficial Senior de Logística del Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas y Actualmente dirige el Centro Logístico Humanitario de las Naciones Unidas en Las Palmas, participando como logista en un gran número de respuestas en emergencias entre los que destacan la crisis del Lago Chad en el Norte de Nigeria, los conflictos de Libia, Iraq, Afganistán... desastres naturales como los Terremotos de Cachemira, Haití, el Tsunami de Indonesia, la respuesta al Ébola... Forma parte del roster de emergencias del Programa Mundial de Alimentos.



Tomás Zapata López

Médico de familia. Máster en Políticas, Planificación y Financiación Sanitarias por la London School of Hygiene and Tropical Medicine y la London School of Economics. Máster en Medicina Humanitaria por el Instituto Complutense de Estudios Internacionales. Curso especializado en Recursos Humanos en Salud en la Harvard School of Public Health. Tiene 13 años de experiencia laboral en el ámbito de la salud, con más de 7 años de experiencia internacional trabajando en Sistemas de Salud y Salud Pública con la OMS, FNUAP, Médicos del Mundo y Medicus Mundi en Namibia, Mozambique, Angola y Bangladesh. Actualmente trabaja como Asesor en Recursos Humanos en Salud en la oficina regional de la OMS en el Sur y Sudeste Asiático (Delhi). Email: zapatat@who.int

PRÓLOGO

En los últimos años vivimos inmersos en la mayor crisis humanitaria desde la creación de la ONU, con más de 300 millones de personas afectadas. Entre el 2000 y el 2014 ocurrieron un promedio anual de más de 300 desastres naturales de diferente tipo, representando esto un aumento del 44% con relación al periodo 1994-2000. Mientras, los conflictos bélicos están aumentando progresivamente. En 2014 se vieron afectados más de 38 países, siendo el máximo exponente el conflicto armado de Siria, que está afectando a más de 13,5 millones de personas y donde ha habido más de 250.000 fallecidos. Tampoco nos podemos olvidar del recrudecimiento de conflictos de más larga trayectoria como Iraq, la Franja de Gaza y de la situación de la República Centroafricana y de África subsahariana en general, con más de 14 conflictos activos en este momento y más de 5 millones de personas afectadas.

Una característica en los nuevos conflictos bélicos es que la población civil se ha convertido tanto en objetivo como en arma de esos grupos y que se han incrementado los ataques contra los civiles, incluidos los trabajadores de la asistencia humanitaria. Además, la violencia sexual también se ha convertido en un arma de guerra, así como el desplazamiento forzado de cientos de miles de personas mientras que se producen transgresiones generalizadas de los derechos humanos.

La situación que vivimos actualmente con personas afectadas tanto por desastres naturales como por emergencias complejas hace que el desplazamiento forzado aumente notablemente. El recrudecimiento del conflicto de Siria eleva a casi ocho millones la cifra de personas desplazadas dentro del país y más de cinco millones de refugiados, la mayor parte a países limítrofes. A finales de 2015, el Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) señaló que en el mundo se había sobrepasado el número de 60 millones de refugiados (incluyendo los desplazados internos), lo que suponía un nuevo récord histórico y un verdadero desafío para la ayuda humanitaria. Según ONU Mujeres, el 80% de las personas desplazadas son mujeres y menores. Aunque los refugiados que tratan de llegar de Siria hacia Europa copan las noticias de los medios de comunicación, el 86% de los refugiados se encuentran en otros países en desarrollo, y el 12% entre los países menos desarrollados.

Los directores de este libro son expertos de reconocido prestigio y dilatada trayectoria profesional: Pilar Estébanez en el campo de la cooperación internacional y la ayuda humanitaria, Carolina Jiménez en la asistencia sanitaria en zonas de emergencia y como médica e investigadora, y Jorge Alvar, en la investigación, el

control y respuesta a las enfermedades desatendidas que afectan a las poblaciones más vulnerables. En este libro reúnen a un nutrido espectro de expertos profesionales que en sus 32 capítulos nos dan una visión panorámica y detallada de los diferentes aspectos que abarca los problemas y respuestas de la asistencia sanitaria a los millones de víctimas de las crisis humanitarias que asolan al planeta.

Viendo el perfil de los autores y leyendo sus ponencias, entendemos que la respuesta a las crisis humanitarias no se puede dar desde un ámbito específico, incluso cuando hablamos de asistencia sanitaria. Los diferentes capítulos del libro están escritos por abogados, políticos, logistas, ingenieros, diferentes especialistas en el campo de la salud, expertos en emergencias, anestesistas, cirujanos, expertos en nutrición y seguridad alimentaria, expertos en salud pública, profesionales de la atención primaria de salud, pediatras, ginecólogos y obstetras, psicólogos y psiquiatras, expertos en cooperación internacional, en relaciones internacionales; en definitiva, nos señala un camino multidisciplinar, profesional y de necesaria coordinación entre los diferentes actores como la mejor herramienta para dar una adecuada asistencia sanitaria a las víctimas de estas crisis humanitarias.

Los directores del libro y autores de los diferentes capítulos han conseguido una obra que resulta accesible a todo el público interesado en conocer las claves, los principios y los retos de la asistencia sanitaria en las emergencias y crisis humanitarias. Si bien en principio puede parecer una obra destinada a un público especializado, aquellas personas que se acercan por primera vez a los problemas que plantea al acción humanitaria en el campo de la salud encontrarán en estas páginas una visión global de la situación y de las necesidades de las víctimas de la crisis desde una perspectiva del derecho internacional, de los principios básicos y generales de la respuesta sanitaria, manteniendo una visión crítica y constructiva sobre la base de experiencias y prácticas.

Al adentrarse en los detalles de la asistencia sanitaria de grupos vulnerables, como son las mujeres y los niños, los desplazados, inmigrantes y refugiados, la respuesta a las diferentes crisis humanitarias consecuencia tanto de catástrofes naturales, conflictos bélicos, o desplazamientos masivos de población, el libro se posiciona como una importante obra de referencia para todas aquellas personas implicadas en la ayuda humanitaria.

Frente a la complejidad de las situaciones generadas tanto por los desastres naturales como por los conflictos armados, los diferentes capítulos del libro proponen la necesidad de liderazgo, coordinación y profesionalidad de la respuesta sanitaria a la crisis humanitaria. Esta obra no nos dejará indiferentes, nos abrirá los ojos, para que desde nuestras respectivas atalayas, como ciudadanos conscientes, solidarios y preocupados, como profesionales, educadores, investigadores y trabajadores humanitarios encontremos en sus páginas muchas respuestas pero también muchos retos y desafíos para poder afrontar con dignidad y responsabilidad la respuesta al llamamiento desesperado que nos hacen los millones de personas que hoy sufren directamente esta crisis humanitaria sin precedentes.

El último capítulo del libro aborda la importancia de la investigación de las intervenciones humanitarias. Sumada a la profesionalización de las intervenciones

humanitarias permitirá incorporar nuevas metodologías y protocolos de actuación basadas en la evidencia.

Para terminar, quiero agradecer a todos los trabajadores y cooperantes que integran y hacen posible la atención sanitaria, como son, entre tantos miles, los autores de este libro y hacer un homenaje a todos aquellos que han sufrido directamente los ataques y agresiones a las misiones humanitarias.

PILAR APARICIO AZCÁRRAGA
Directora de la Escuela Nacional de Sanidad,
Instituto de Salud Carlos III. Madrid

Autores	VII
Prólogo	XXI

PARTE I

Introducción, conceptos, bases ético-jurídicas y antropológicas

1. Asistencia sanitaria en crisis. <i>Pilar Estébanez</i>	1
2. Fundamentación jurídico internacional de la asistencia humanitaria. El Derecho Internacional Humanitario. <i>M^a Ángeles Cano</i>	17
3. Salud, cultura y acción humanitaria. <i>Alfonso Antona</i>	31

PARTE II

Contextos de las diferentes causas de crisis humanitarias e impacto social

4. Conflictos e inseguridad en el mundo actual e impacto en la salud de las crisis humanitarias derivadas de conflictos. <i>Mabel González y Manuel Díaz</i>	47
5. Contextos de desastre natural. Impacto en salud de los diferentes desastres. <i>Mauricio Calderón</i>	57
6. Refugiados: una realidad continuada y creciente. <i>Miguel Pajares</i>	71

PARTE III

El Sistema Internacional de Salud, los Sistemas de Salud y los clústeres en el espacio humanitario

7. El Sistema Internacional de Ayuda Humanitaria y el Clúster de Salud en las operaciones internacionales de socorro. <i>Daniel López-Acuña</i>	87
8. Los Equipos Médicos de Emergencia (EMT): de la improvisación al profesionalismo. <i>Claude de Ville, Ian Norton, Flavio Salio</i>	103
9. La coordinación con otros actores humanitarios y militares: una responsabilidad compartida. <i>Blanca Palacián</i>	115
10. Fortalecimiento y resiliencia de los sistemas de salud para mejorar la capacidad de respuesta a crisis sanitarias. <i>Tomás Zapata</i>	123

PARTE IV

El control de las enfermedades transmisibles

11. El Reglamento Sanitario Internacional (RSI-2005): utilidad en situaciones de crisis por emergencia de salud pública. *Miguel Mínguez*..... 139
12. Prevención de epidemias en situaciones de crisis humanitaria: vacunación preventiva en emergencias. *Miriam Alia, Carolina Nanclares, Esperanza Santos*..... 155
13. Enfermedades de gran potencia de transmisión: VIH, tuberculosis y malaria. *Susana Monge, Quique Bassat, Alberto García-Basteiro* 171
14. Manejo de brotes de enfermedades emergentes: el caso del brote Ébola de África Occidental. *Diana Pou y María José Sagrado*..... 187

PARTE V

La salud pública y la atención básica de salud

15. La atención primaria de salud y la salud pública en las crisis humanitarias. Principios, características y sinergias: un enfoque basado en los derechos. *Manuel Díaz-Olalla* 203
16. La asistencia médica inicial en caso de víctimas en masa. *Elena González, Oscar Martín* 217
17. La asistencia quirúrgica en el ámbito de la ayuda humanitaria. *Alberto Lafuente* 231

PARTE VI

Factores contextuales de vulnerabilidad

18. Emergencias en obstetricia. *Vicente-Carlos Silva*..... 245
19. Atención a las mujeres en situaciones de crisis con enfoque de género. Violencia contra las mujeres. *M. Ángeles Rodríguez*..... 259
20. Atención a población pediátrica en emergencia humanitaria. *David Montes* 273
21. La salud infantil y las enfermedades inmunoprevenibles en los campos de refugiados. *Alfonso Carmona, Francisco Giménez*..... 283
22. La atención sanitaria a refugiados, solicitantes de asilo y otros migrantes. La situación en Europa y el caso de España. *Inmaculada González y Daniel López-Acuña* 291

23. La atención a adultos y enfermos crónicos en crisis humanitarias. *Alberto de Dios, Carolina Jiménez* 303
24. La malnutrición en crisis humanitarias. *Estefanía Custodio, Mercè Herrero* 317
25. Salud mental en crisis humanitarias. *Aurora Rozadilla, María Aboy*..... 333

PARTE VII

Seguridad, logística y suministros básicos de subsistencia

26. Pandemias globales: cadena de suministro logístico y seguridad alimentaria. ¿El futuro? *Pablo Yuste* 347
27. Acceso a medicamentos esenciales: los suministros de medicamentos y bases de diagnósticos. *Mar Estupiñan, Guillermo López-Rozada*..... 357
28. Bases de logística sanitaria en el espacio humanitario. Servicios esenciales: estructuras de salud, agua y saneamiento. *Jesús González* 371
29. Nociones básicas de seguridad. *Javier Tena* 383
30. La gestión y logística de la comunicación. Sensibilidad y opinión pública. *Miguel Ángel Rodríguez* 395

PARTE VIII

De la Calidad a la Investigación: funciones imprescindibles en la Acción Humanitaria en Salud

31. Responsabilidad y rendición de cuentas en la Acción Humanitaria en Salud. *Tomás López-Peña* 405
32. Investigación en crisis humanitarias. *Carolina Jiménez, Jorge Alvar*..... 417

Epílogo 435



Parte I

Introducción, conceptos, bases
ético-jurídicas y antropológicas



ASISTENCIA SANITARIA EN CRISIS

Pilar Estébanez

Puntos clave

- La Asistencia Sanitaria en Crisis Humanitarias es la respuesta sanitaria ante una situación de crisis, siendo uno de los pilares sobre los que se sustenta la acción humanitaria, que busca principalmente salvar vidas y evitar el sufrimiento humano.
- La utilización del término *humanitario* se basa principalmente en un enfoque jurídico ético reconocido por los organismos internacionales, principalmente Naciones Unidas
- El marco conceptual implica una práctica sanitaria en unas condiciones de emergencia y precariedad que se ejecuta en el Espacio Humanitario regidas, así mismo, por la Ley Humanitaria.
- Los principios humanitarios son las normas y leyes que se aplican a nivel operacional en la Acción Humanitaria. Destacamos en estos principios la capacidad técnica apropiada del actor humanitario adscrito desde 1997.
- El Espacio Humanitario variará dependiendo del tipo de crisis, y así como el tipo de movilización y complejidad de la respuesta y de las intervenciones.
- El núcleo de las intervenciones se realiza bajo unos principios, características y fundamentos reconocidos en el Derecho a la Salud Universal.
- La práctica sanitaria deberá basarse y aplicarse dentro del marco de los estándares técnicos y científicos establecidos.
- La cobertura universal, el acceso equitativo y la gratuidad de la atención de salud durante las crisis humanitarias son principios básicos para la actuación sanitaria en el Espacio Humanitario.
- La participación de la comunidad, el respeto cultural y la ética de la atención sanitaria deben ser respetadas en cualquiera situación de inmediatez y emergencia.

► INTRODUCCIÓN

Cada día, cientos de millones de personas viven, o sobreviven, en situación de crisis, esto es, *en riesgo* debido a la falta de medios de subsistencia y de seguridad, con problemas de acceso al agua, alimentos, vivienda o a los sistemas de salud. Esta situación de riesgo repercute directamente sobre la salud, por lo que para afrontarla es necesaria una atención sanitaria directa que salvaguarde la vida de las víctimas de conflictos, desastres naturales y situaciones de máxima precariedad o vulnerabilidad. Esta práctica sanitaria en situación de crisis es lo que vamos a tratar de definir en este capítulo introductorio del libro sobre *Asistencia Sanitaria en Crisis (ASC)*, acrónimo que utilizaremos a partir de ahora para el propósito de este capítulo.

Tras los últimos desastres producidos en los últimos años –tsunamis, terremotos, etc.–, la crisis de los refugiados a causa de la guerra de Siria y los conflictos bélicos como el de Siria, Iraq, Afganistán, Pakistán, República Centro Africana, Sudán, etc., se hace imprescindible desarrollar instrumentos que evalúen la calidad de las intervenciones y aseguren así que se toman las medidas más eficaces y racionales, al tiempo que se cumplen las prioridades de salud pública cuyo objetivo es salvar vidas y aliviar el sufrimiento. Ante la falta de una definición establecida de las intervenciones sanitarias en la respuesta humanitaria internacional, se hace necesario conceptualizar y definir esta práctica sanitaria.

Asimismo, la disciplina que englobaría esta práctica, reconocida ya como Medicina Humanitaria, también está en proceso de definición y aceptación académica de sus elementos, contenidos y disciplinas implicadas, así como de ser considerada como una nueva especialización del ámbito de la Salud.

La ASC es parte de la respuesta humanitaria ante una situación de crisis, uno de los pilares sobre los que se sustenta la acción humanitaria.

► ALGUNAS BASES CONCEPTUALES PREVIAS

El término *humanitarismo* comienza a utilizarse en los primeros Convenios de Ginebra (1864)⁽¹⁾ en alusión a las normas o leyes internacionales para su uso en situaciones de guerra o conflicto. El *humanitarismo* como adjetivo podría definirse como “una cualidad de las personas con principios filantrópicos en todos los sentidos, que es consciente del sufrimiento de otros seres humanos más desfavorecidos, y que actúa ayudando a los demás, y promoviendo la idea de que todas las personas deben tener a su disposición un mismo estado de bienestar”. Este principio fue el fundamento de Cruz Roja, y bajo esta filosofía se fundó la primera organización humanitaria de la Historia.

Los conceptos de *crisis* o *catástrofe humanitaria* están arraigados en el lenguaje de los organismos internacionales, utilizándose con frecuencia en el discurso humanitario. Se trata de una expresión paradójica ya que, según la definición del diccionario de la RAE, el término humanitario (del latín *humanitas*, *-ātis*) es lo que mira o se refiere al bien del género humano; benigno, caritativo, benéfico; o que tiene como finalidad aliviar los efectos que causan la guerra u otras calamidades en las personas

que las padecen. Por tanto, utilizar el adjetivo *humanitario* unido a *crisis* es una gran contradicción, que debe de ser entendida como elipsis, siendo su auténtico significado el de *crisis que precisa ayuda humanitaria*⁽²⁾. Pero su uso se explica no solo por razones de economía expresiva, sino principalmente por la necesidad (para los profesionales) y la conveniencia (para los responsables políticos y diplomáticos) de acotar unos términos clave sobre los que elaborar un discurso específico, una imagen de marca claramente identificable para un sector relativamente nuevo y emergente, como es el humanitario. También se usan expresiones alternativas como *crisis humana*, o *catástrofes humanas*, sin embargo, parece que el término *crisis humanitaria* es el más aceptado. El evidente prestigio de la causa humanitaria no puede más que concitar el apoyo de la comunidad internacional y la comprensión de los ciudadanos; pero la “etiqueta humanitaria” se ha empleado con tan poca medida que ha llegado a colonizar ámbitos semánticos alejados de su significado original⁽³⁾.

La ONU es el gran foro de acuñación y difusión de este “discurso humanitario” moderno, cuya legitimidad es para algunos discutible^(4,5). Hace años que esta organización decidió que su estructura de asistencia en caso de catástrofes pivotara en torno al concepto humanitario. Así, el departamento que se ocupaba de esos temas ha ido variando su denominación hasta el nombre actual: Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios. Asimismo, el humanitarismo profesional ha seguido generando su propia terminología, bien referida a conceptos: intervención humanitaria, injerencia humanitaria⁽⁶⁾, diplomacia humanitaria, crisis humanitaria, catástrofe humanitaria, ...; o referida a aspectos relacionados con la propia actividad: humanitarios (personal de los servicios humanitarios), coordinador de asuntos humanitarios, zona humanitaria segura, fuerza de intervención humanitaria rápida, hospital de campaña humanitario, ración humanitaria, ...

Definiciones claves para el desarrollo de este capítulo son:

Crisis humanitaria^(4,7): situación de emergencia en la que se prevén necesidades masivas de ayuda en un grado muy superior a lo que podría ser habitual, y que si no se administran con suficiencia, eficacia y diligencia, desembocará en una catástrofe humanitaria. Buenos ejemplos son los desplazamientos masivos de refugiados o la necesidad de atender *in situ* a un número importante de víctimas de una situación que supera las posibilidades de los servicios asistenciales locales, bien por la magnitud del suceso (incluso en los países más desarrollados, como el huracán Katrina en Estados Unidos), o bien por la precariedad de la situación local (habitual en los países subdesarrollados). Las causas pueden ser crisis políticas (guerra internacional o civil, persecución de una minoría), o crisis ambientales, que a su vez pueden ser previsibles (malas cosechas por sequía, plagas o en todo caso mala planificación, que pueden producir hambrunas), poco previsibles (huracanes, monzones), o totalmente imprevisibles (terremotos, tsunamis). Otros conceptos relacionados con el de crisis humanitaria se definen en el glosario de la Tabla 1.1.

Medicina humanitaria: es una expresión de reciente uso. Su primera referencia la encontramos en 1984, con la creación de la AHM (International

Association Humanitarian Medicine), por parte de un grupo de profesionales sanitarios de varias disciplinas vinculados a la OMS. Sin embargo, es un concepto poco utilizado en el mundo académico, aunque a partir de los años noventa empezó a ser muy utilizado por las ONG Médicos Sin Fronteras⁽⁸⁾ y Médicos del Mundo⁽⁹⁾. En España se empieza a conceptualizar con el Máster de Medicina Humanitaria y en el libro *Medicina Humanitaria*, donde se define como la disciplina que contiene a su vez variedad de especialidades, y es la base de la práctica médica en el contexto de los derechos humanos, uniendo como matrimonio la práctica médica a los derechos humanos⁽¹⁰⁾.

Tabla I. I. Glosario de términos relacionados con la acción humanitaria.

- **Acción humanitaria⁽¹¹⁾:** actividades de protección y asistencia a víctimas de desastres (naturales o provocados por el hombre), de conflictos armados y de sus consecuencias directas, para prevenir, aliviar el sufrimiento, garantizar la subsistencia y proteger la dignidad y los derechos humanos de las víctimas.
- **Ayuda humanitaria o socorro⁽¹¹⁾:** ayuda gratuita y temporal destinada a auxiliar a víctimas de desastres u otras situaciones de peligro, proporcionándoles bienes y servicios esenciales para la supervivencia inmediata.
- **Emergencia compleja⁽¹¹⁾:** crisis humanitaria con un derrumbamiento de la autoridad y que requiere una respuesta internacional.
- **Emergencia política compleja⁽¹²⁾:** emergencia compleja con orígenes sociales, políticos y/o económicos con ruptura de las estructuras estatales y violación de los derechos humanos.
- **Crisis sanitaria⁽¹²⁾:** amenaza para la salud de una población. El Estado es el responsable de decretarla y su gravedad se mide por el número de personas afectadas, y la extensión geográfica.
- **Emergencia de Salud Pública⁽¹²⁾:** amenaza inminente de una enfermedad o un problema de salud, que presenta riesgo sustancial y prolongado para un número significativo de población. Ha de ser declarada por las autoridades y les permite suspender las regulaciones existentes.

► ORIGEN, HISTORIA Y SITUACIÓN ACTUAL DE LA ACCIÓN SANITARIA EN CRISIS

Los antecedentes históricos que van a marcar las primeras acciones de socorro se remontan a la Edad Media, con estructuras de ayuda de base religiosa que nacieron en el contexto de *Las Cruzadas* y que podrían considerarse como precursoras de las ONG actuales (Órdenes Lazaristas o los Cruzados). Estas organizaciones se ocupaban del cuidado de los enfermos o heridos y del socorro, algo de lo que las primitivas estructuras del Estado monárquico no se ocupaba. Ya apuntaban entonces a unos principios comunes de la ayuda, que están en el imaginario actual de cualquier acción de ayuda, caracterizándose también por su carácter internacionalista, con un estatuto privado al margen del Estado y benévola⁽¹³⁾.

Fue la Batalla de Solferino (24 de junio de 1859) la que marca el inicio de la primera era de la ayuda humanitaria contemporánea, gracias a la creación, como consecuencia de los horrores de aquella batalla, de la Cruz Roja, fundada por Henry Dunant en 1864. Fue el momento en el que se instauraron los principios humanitarios y con la importante creación del primer marco legal: el Derecho Internacional Humanitario, así como la creación de un organismo independiente, el Comité Internacional de la Cruz Roja⁽¹⁴⁾.

Henry Dunant, ante la falta de acción de los gobiernos y de los bandos que no intervenían para salvar a sus heridos o intentar rescatarlos, optó por socorrer a cualquier herido en el campo de batalla, sin tener en cuenta el bando al que pertenecía. Tras la II Guerra Mundial, sin embargo, el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) sufrió una dura crisis que llegó a cuestionar su legitimidad por no denunciar, como manda su Principio de Neutralidad, la barbarie nazi que se dio en los campos de concentración.

Es a partir de entonces cuando surgen numerosas organizaciones caritativas como el Catholic Relief Service (CARE), y las grandes agencias de la ONU. En la Europa de la descolonización aparecieron diversas organizaciones centradas en la acción en el Tercer Mundo: religiosas, como la CIMADE o el CCFD; o laicas, como Tierra de Hombres, Hermanos de los Hombres u OXFAM⁽¹³⁾. También la medicina colonial desempeñó un gran papel, que permitió el desarrollo de la medicina salubrista para el control de las enfermedades. Tanto la medicina colonial como la cirugía de guerra supusieron grandes avances de la medicina⁽⁸⁾.

Las órdenes religiosas con sus conventos y albergues recogían a personas enfermas proporcionando medidas preventivas y curativas mediante el aislamiento y tratamientos reconocidos, contribuyendo de esta manera al avance de la práctica médica, pues a partir del siglo XVI se dedicaron principalmente a la atención de los más pobres y desfavorecidos. A finales del siglo XVII se crearon los primeros hospitales generales, lugares tanto de asistencia como de confinamiento, en los que se recluían a los pobres y vagabundos. Estos lugares se fueron convirtiendo en centros de práctica médica y con la llegada de las grandes epidemias del siglo XIX pasaron a convertirse en lugares para el diagnóstico, tratamiento y control de las enfermedades infecciosas. En Europa además se fue desarrollando la *medicina de la beneficencia* o *medicina social*, destinada a los denominados “pobres de solemnidad”, que se ha mantenido, de una u otra forma, hasta la actualidad, evolucionando hasta considerarse una práctica desarrollada por las ONG en el llamado Cuarto Mundo.

Durante la hambruna de Biafra (Nigeria), los equipos médicos franceses que atendían a esa población decidieron no permanecer neutrales e impasibles ante aquella infamia y ante el sufrimiento que se infligía a la población, por lo que tomaron partido denunciando la situación política. Se creó así el Grupo de Intervención Médico-Quirúrgica de Urgencia (GMCU), precursor de Médicos Sin Fronteras⁽⁸⁾. Este fue el punto de inflexión que llevó a la segunda generación de organizaciones humanitarias (como Médicos Sin Fronteras o Médicos del Mundo). A finales de los años setenta el debate sobre la neutralidad de las ONG adquirió especial trascendencia, cobrando importancia el papel del testimonio y la denuncia. De esta forma

se fortaleció la relación entre el ámbito humanitario y los derechos humanos; y la asistencia a las víctimas toma el papel de principio humanitario y legal.

Pero en los años noventa del pasado siglo la atención médica en el contexto de la acción humanitaria tuvo que hacer frente a varios escollos en la realización de sus funciones básicas debido a las dificultades en la aplicación del Derecho Internacional Humanitario (aunque la Resolución 43/131 de la ONU exige a los Estados que faciliten el acceso a las víctimas de las catástrofes naturales o de cualquier otra situación de emergencia, en la práctica esta norma es papel mojado).

Tras las grandes movilizaciones de equipos sanitarios en los últimos conflictos de Ruanda, Bosnia y los grandes desastres naturales, –el tsunami del Sudeste Asiático, las inundaciones de Pakistán, el terremoto de Haití– se detectaron deficiencias o malas prácticas, por lo que se han comenzado a elaborar protocolos e investigaciones para mejorar las actuaciones de los equipos médicos en estos contextos.

Todas estas experiencias y avances también han llevado a iniciar una reflexión sobre cómo debe ser el humanitarismo del siglo XXI. El mundo claramente lo necesita, porque es necesario adaptarlo a los nuevos escenarios de las nuevas guerras, de las emergencias complejas con Estados colapsados y que se base en la nueva cultura de los derechos humanos.

► PRINCIPIOS Y FUNDAMENTOS ÉTICO-JURÍDICOS

La ASC se rige desde su inicio por ciertos principios éticos, ya que su actuación se sustenta en un imperativo moral, basado en la *universalidad* de los derechos humanos. En este capítulo definiremos los principios de la ética médica y de la acción humanitaria, los principios humanitarios, los códigos de conducta y las cartas fundacionales. La Ley Humanitaria se tratará en el capítulo posterior sobre el Derecho Internacional Humanitario.

Ética Médica⁽¹⁵⁾

La práctica médica debe regirse por la deontología o Ética Médica –basada en el juramento hipocrático que contiene los deberes médicos en el ejercicio de la profesión–, y por un conjunto de normas de uso profesional y cuyo cumplimiento es controlado por la propia profesión reconocida oficialmente a través de las jurisdicciones corporativas. Debiéndose orientar todas las acciones sanitarias bajo los principios de justicia, verdad, buscando el bien y la autonomía del otro, y respetando la confidencialidad.

Ética de la Acción Humanitaria

Su base principal es el deber humanitario, que supone el deber de asistencia a las víctimas reafirmando el derecho de los afectados a recibir protección y asistencia, y a su carácter benévolo y voluntario. Debe tener como principios básicos prevenir o aliviar el sufrimiento humano, la satisfacción de las necesidades básicas, respetar la diversidad, los derechos y la dignidad de los afectados y debe reivindicar la

neutralidad e imparcialidad, siendo las víctimas civiles el centro de atención. Asimismo, también facilitará la participación de los grupos afectados, promoviendo la autonomía y la capacidad de la respuesta local, tendiendo a reducir así la vulnerabilidad futura y rindiendo cuentas a patrocinadores y beneficiarios.

Los principios humanitarios^(1,9)

Los principios humanitarios, son las normas y leyes que gobiernan la manera de llevar a cabo una intervención humanitaria. Estos principios fueron adaptados desde la creación Cruz Roja y los Convenios de Ginebra, y posteriormente, en la década de los 90, se añaden los principios llamados adicionales⁽¹⁶⁾.

- *Humanidad*: sentimiento activo de buenas intenciones hacia la humanidad. Es el principio esencial del humanitarismo, su ideal, su motivación y su objetivo.
- *Independencia*: ante presiones externas para cambiar o modificar sus valores y su línea de acción. Tampoco deben ceder a presión política o religiosa.
- *Imparcialidad*: no debe importar la religión, sexo, raza, edad o etnia. La ayuda debe ser independiente del que sufre, de las razones por las que sufre o sus causas.
- *Neutralidad*: no tomar partido en las hostilidades ni comprometerse en controversias políticas, raciales, religiosas o ideológicas⁽¹⁷⁾.
- *Universalidad*: prevalencia del derecho de las víctimas a ser socorridas por encima de cualquier otra ley o norma nacional o internacional, incluidas fronteras (bajo el derecho a la injerencia humanitaria).
- *Competencia*: necesidad de una mayor profesionalidad. Implica calidad y eficacia en la acción bajo las normas y experiencias existentes.
- *Consentimiento de las víctimas*: respeto cultural y consideración de las víctimas como seres humanos con derechos y dignidad.
- *Testimonio*: los trabajadores humanitarios tienen un compromiso con las víctimas mediante la denuncia de las violaciones de sus derechos humanos.

Código de Conducta^(13,18)

El Código es la base normativa en las actuaciones de emergencia y socorro ante los desastres. Fue elaborado por el CICR y firmado por ocho de las más grandes agencias mundiales de respuesta a los desastres en el verano de 1994 y por él se rigen la Cruz Roja, Media Luna Roja y las ONG (Care, Oxfam, Caritas, Save Children...). El Código de Conducta no aborda los aspectos operativos sino las normas de comportamiento en la respuesta a los desastres; se aplican a cualquier ONG que esté en el espacio humanitario; su adhesión es voluntaria y pueden ser adoptadas por los gobiernos, donantes y las ONG. El Código de Conducta contiene diez principios: en primer lugar introduce el concepto de la imperativa humanitaria; también la ayuda debe ser imparcial sin hacer ninguna discriminación; no debe favorecer a facciones políticas o religiosas ni actuar como instrumentos de gobiernos extranjeros; se debe respetar la cultura y las costumbres locales, trabajando con capacidades locales e in-

volucrándolas en la propia administración de la ayuda, reduciendo la vulnerabilidad y promoviendo la rendición de cuentas como exigen los principios de ética humanitaria. Por último, este código añade que en las actividades de información, promoción y publicidad se deberá tratar a las víctimas de los desastres como seres humanos dignos.

Carta Humanitaria y Normas Mínimas

El *Proyecto Esfera*⁽¹⁹⁾ es una iniciativa voluntaria que reúne a muchas organizaciones humanitarias internacionales con el objetivo común de mejorar la calidad de la asistencia humanitaria y la rendición de cuentas de los actores humanitarios frente a sus miembros, a los donantes y a la población afectada. El capítulo fundamental del manual es la Carta Humanitaria, que recoge los derechos de los afectados, los instrumentos de derecho internacional y el Código de Conducta. Este manual también fija las responsabilidades de las organizaciones e individuos y se aplica a todos los sectores. Recoge las normas básicas de actuación y pretende estipular un conjunto de principios comunes y normas mínimas universales que guíen la acción en las cuatro áreas vitales: Abastecimiento de agua/saneamiento/promoción de la higiene; Seguridad alimentaria/nutrición; Alojamiento/artículos no alimentarios; y la Acción de salud.

Cartas fundacionales de las instituciones y organizaciones

Bajo esta premisa de ética de la profesión, las ONG de asistencia médica humanitaria crean sus propias cartas fundacionales, en donde destacan los principios éticos que regirán su actuación, destacando “la voluntad de atender a todas las víctimas sin discriminación, con neutralidad e independencia y asumiendo los principios deontológicos de la total libertad en las decisiones”. Posteriormente, la carta fundacional de Médicos del Mundo avanza y añade en el juramento hipocrático el concepto de testimonio, manteniendo la fidelidad a la dignidad del hombre. Con los derechos humanos como base, se expresa el rechazo a que la ciencia y el saber médico encubran la opresión o la tortura, aunque la información tenga que salir de la habitación del enfermo.

El espacio humanitario

La atención sanitaria a víctimas en situaciones de crisis se produce en contextos muy diferentes según la causa que ha producido la crisis. A menudo se trata de situaciones de conflicto y violencia asociadas a crisis políticas, guerra internacional o civil o persecución de una minoría. En casi todas ellas se producen desplazamientos de población y/o refugiados. También puede deberse a crisis ambientales previsibles, como sequías o plagas que producen hambrunas, y otras menos previsibles, como huracanes, monzones o inundaciones, o incluso situaciones de crisis totalmente imprevisibles, como terremotos o tsunamis. En ocasiones es un contexto específicamente sanitario, debido a epidemias o a una gran precariedad de los servicios de salud. En los siguientes capítulos se tratarán estos contextos, por lo que en este apartado nos centraremos en el espacio humanitario de dichos contextos.

Para que la asistencia sanitaria pueda llevarse a cabo es necesario que exista un espacio donde se pueda acceder de manera continua y segura, que esté regido por las leyes humanitarias y que proteja a las personas necesitadas de la asistencia sanitaria. Aún sin definición legal desde la década de los 90 del pasado siglo, se ha ido exigiendo un espacio que definiera un ámbito donde la acción humanitaria, el trabajo sanitario y la protección de las víctimas fuera posible, sin subordinación a lo militar, lo político y lo económico. Es fundamental definirlo dentro de un área geográfica donde puedan actuar las agencias humanitarias, con independencia e imparcialidad y se tenga un acceso seguro a las víctimas⁽²⁰⁾.

En este sentido, Nicholas Leader⁽²¹⁾ diferencia dos esferas de este espacio humanitario: una esfera más restringida, en donde se dan las condiciones mínimas necesarias para que las agencias lleven a cabo las intervenciones en salud (espacio de agencia). La otra esfera se refiere a un espacio en el cual las personas estarían protegidas. Es en este espacio donde tendría que estar asegurada la inviolabilidad humanitaria, como un área de protección que permita a los actores humanitarios actuar para salvar vidas y aliviar el sufrimiento humano bajo el supuesto de que ni el personal ni sus bienes sean objeto de ataque. Lamentablemente, el consenso y el respeto que hubo sobre este punto en los años 90, actualmente no se cumple⁽²²⁾.

Médicos Sin Fronteras define el espacio humanitario como el espacio en el que somos libres para evaluar necesidades, para monitorizar la distribución y la utilización de la ayuda y para dialogar con las poblaciones víctimas de la crisis. Este concepto ha sido adoptado por la comunidad internacional humanitaria, adaptándolo y manteniendo su espíritu. Así, la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de Naciones Unidas (OCHA)^(23,24) lo denomina “Entorno Operativo Humanitario” y define esencialmente el espacio donde las poblaciones víctimas tienen acceso al derecho de protección y a la asistencia para subsanar sus necesidades básicas.

En ASC, sería el espacio donde se realizan las intervenciones en salud con total grado de libertad para tomar las decisiones relativas a diagnósticos y tratamientos⁽²⁴⁾.

A pesar de seguir avanzando en normativas y leyes, en el espacio humanitario cada vez es mayor el grado de incumplimiento del Derecho Internacional Humanitario, provocando la aparición de grupos de víctimas sin acceso alguno a la ayuda o con acceso muy precario, como sucede actualmente con los refugiados o las víctimas del conflicto de Siria, conflicto en el que existe una desprotección masiva de poblaciones y donde los organismos internacionales no pueden o incluso no intentan siquiera prestar atención. Afganistán también⁽²⁰⁾ fue un claro ejemplo de restricciones del espacio humanitario y de la perversidad del término Humanitario⁽²⁵⁾ ya que la asistencia sanitaria humanitaria estuvo marcada por imperativos políticos, militares y económicos, y en donde los principios humanitarios, la imparcialidad y la independencia se violaban permanentemente⁽²⁶⁾.

Asimismo, el diseño de alianzas en las relaciones internacionales en los últimos conflictos, debido a la política contra el terrorismo, ha trastocado el humanitarismo moderno y provocado efectos demoleedores. Por un lado, ha disminuido el acceso a las poblaciones necesitadas, y por otro, se ha incrementado la inseguridad de los

actores humanitarios, comprometiendo y reduciendo este espacio a unas situaciones de precariedad donde la asistencia sanitaria humanitaria es cada vez más dificultosa.

► INTERVENCIONES EN SALUD EN CRISIS HUMANITARIAS

El marco conceptual que usamos en esta revisión contiene las intervenciones en salud adaptadas de Calderón M, Estébanez P y Lafuente A⁽³⁰⁾ y de Blandret K y Robert B⁽³¹⁾.

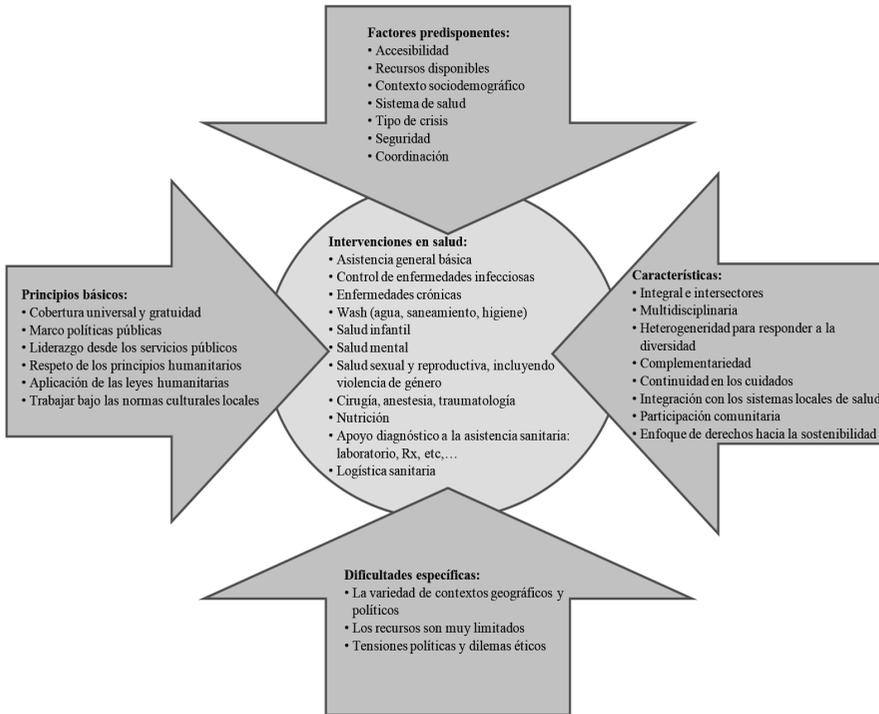


Figura 1.1. Marco conceptual.

Dificultades específicas de la asistencia sanitaria en estos contextos

La práctica sanitaria en estas situaciones se encuentra con numerosos desafíos desde el punto de vista técnico, como la precariedad de recursos, situaciones del contexto geopolítico y la aplicación de los principios éticos y humanitarios, lo que conlleva a tomar decisiones en las que hay que asumir la incertidumbre y la aceptación de decisiones que producen dilemas éticos. Esto se suele producir a veces con la práctica del *triaje* y ante ciertas decisiones quirúrgicas.

Factores predisponentes asociados al contexto

Estos factores van a influir en la efectividad de las intervenciones. Algunos ejemplos en las últimas crisis humanitarias –Siria, Sahel, Afganistán– nos ilustran de

las dificultades en el acceso a las víctimas, considerando estos como factores contextuales⁽²⁷⁾ destacando principalmente la violación del derecho a la asistencia y, a su vez, a los trabajadores y organizaciones se los limita el acceso a la población, incluso por el riesgo que supone para ellos. También las características sociodemográficas de la población van a incidir muy marcadamente: la dispersión, el sexo, alta población infantil, el nivel educacional, etc.. El tipo de crisis va a definir las necesidades de salud en las primeras fases principalmente. Por otro lado, las necesidades sobrepasan con mucho los recursos disponibles y la capacidad de respuesta. Además, en los contextos de conflictos armados contemporáneos cada vez se dificulta más la provisión de servicios por falta de corredores humanitarios y la falta de voluntad política para que la asistencia llegue a las víctimas civiles del conflicto.

Otro factor que influirá es el grado de desarrollo del Sistema de Salud Local, principalmente, y Nacional, considerando también el nivel de daño y deterioro tras la crisis, que a menudo se ven sobrepasados y superados en sus capacidades. En algunas crisis, como la ocurrida durante la epidemia del virus del Ébola, el sistema sanitario local fue utilizado como base para el control de la epidemia. Sin embargo, otro ejemplo es el caso de Haití, en donde las estructuras locales quedaron destruidas.

A su vez, como hemos mencionado previamente, la seguridad es un factor clave a la hora de la accesibilidad a la atención sanitaria.

Igualmente, existe una distancia cada vez mayor entre las organizaciones sanitarias humanitarias y la población que requiere asistencia, por las dificultades para el acceso directo, lo que conlleva a un desconocimiento de las necesidades reales de la población.

Finalmente, la coordinación con las instituciones locales e internacionales es esencial para alcanzar una intervención más efectiva.

Factores asociados a la propia práctica médica

Las características de la provisión de los servicios en este tipo de acción sanitaria en crisis tienen mucho en común con la Atención Primaria de salud y no tienen estrategias independientes. La ASC es heterogénea, diversa y multidisciplinar, ya que debe asegurar desde los servicios básicos de un centro de socorro hasta la provisión y organización de vacunaciones, así como el control nutricional y la salud materno infantil básica, asegurando la continuidad de la asistencia y cuidados. Su nivel de complejidad vendrá marcado por el tipo de crisis y las circunstancias de las víctimas. En los grandes desastres, ya sean naturales o derivados de conflictos bélicos, el carácter de urgencia será la base de la acción sanitaria. Sin embargo, en los campos de refugiados, debe asegurarse la sostenibilidad de la Asistencia.

La asistencia debe ser complementaria con otras áreas que integran el espacio humanitario, como por ejemplo la monitorización de los derechos humanos, y por último adoptará siempre un marco basado en la comunidad respecto a la preparación de la respuesta y con un enfoque de derechos hacia el desarrollo.

Principios básicos para la provisión de los servicios sanitarios en crisis

Siguiendo las estrategias de la OMS en su Informe del 2008⁽²⁸⁾, las intervenciones en salud deben basarse en los principios de *cobertura universal*, *gratuidad*, y *liderazgo*.

El concepto de *cobertura universal* está ligado al contexto de la crisis, (Figura 1.2). Se considera *cobertura humanitaria operativa*⁽²⁴⁾ al conjunto de operaciones que pueden llevarse a cabo dentro de los límites de los recursos disponibles, y dependerá de la precariedad de medios disponibles, la inestabilidad y la inseguridad. *La cobertura focalizada o cobertura asistencial* se refiere a la población beneficiaria en espacio y tiempo, donde la proximidad, la inmediatez y la continuidad dependerán del contexto de la crisis. La acción sanitaria en conflictos bélicos suele llegar a un porcentaje reducido de la población afectada, de forma intermitente y con el objetivo de salvar vidas y aliviar el sufrimiento. Sin embargo, en campos de refugiados alcanza la cobertura total de la población afectada, siendo ésta continuada e integral. *La gratuidad*⁽²⁹⁾ es otro principio básico en cualquier servicio en el espacio operativo. *La gobernanza* es otro principio a considerar, tratado en los textos de la OMS en las reformas sanitarias; también se reivindica en las crisis humanitarias incluyendo la necesidad de un *liderazgo sólido*. Consideramos que, aunque en un primero momento de la crisis el liderazgo sea ejercido por organizaciones internacionales, porque el nacional no exista o esté debilitado, desde 2009, con la creación de “clústeres de salud”⁽²⁹⁾,



Figura 1.2. el espacio humanitario y las coberturas diferenciadas según los beneficiarios. Adaptado de Loretta 2005, WHO 2008.

el liderazgo es ejecutado por estos órganos, en los que participa el Ministerio de Salud del país, tratándole de dar cada vez más competencias para que las propias autoridades nacionales sean quienes lideren estos clústeres.

Otro grupos de principios están basados en el respeto y observancia de los principios humanitarios de acción: imparcialidad, neutralidad y humanidad, cumplimiento de los códigos de conducta y de los estándares y protocolos reconocidos por instituciones científicas internacionales.

Aplicación de la ley internacional

Conviene trabajar de acuerdo a las normas culturales del país, considerando tanto a los beneficiarios como a los actores locales trabajando en el lugar.

Elementos de respuesta de la acción sanitaria en crisis humanas

Los componentes esenciales de la acción sanitaria en la respuesta humanitaria ante desastres naturales están recogidos en el documento de la AECID: *Estandarización de la respuesta directa en salud a las crisis humanitarias*⁽³⁰⁾. Los programas básicos incluyen: atención médica de urgencia (*triaje*, estabilización, remisión) dependiendo del nivel de complejidad; atención preventiva y curativa en salud básica; control de enfermedades crónicas; control de enfermedades infecciosas; atención maternoinfantil y salud sexual y reproductiva; programas de violencia de género; atención de salud infantil; salud mental y apoyo psicosocial; registro y reporte para la vigilancia epidemiológica; servicios quirúrgicos generales y específicos; junto con traumatología y anestesia (Figura 1.1). Estas intervenciones se han de complementar con los servicios de agua/saneamiento y nutrición. Se deberá incluir también la logística sanitaria y los servicios de apoyo de laboratorio básico y radiología. Todos estos tipos de intervenciones en salud se irán tratando en lo sucesivos capítulos de este libro.

Conclusión

Nos encontramos escribiendo o participando en la escritura de una nueva práctica sanitaria dentro de una nueva ciencia médica, con el objetivo de buscar la eficacia, la calidad y la justicia, asegurando el respeto de los derechos humanos en la creencia de que todas las personas merecen el mismo tratamiento y la misma calidad posible en la atención, así como el máximo respeto a sus derechos individuales, sean cuales sean sus circunstancias personales, su origen o sus creencias. Y todo ello en unos contextos a menudo peligrosos y siempre complicados.

Hemos tratado de abrir un camino para establecer un nuevo cuerpo de conocimientos que dé origen a investigaciones y sistematizaciones, y establezcan lo que debería ser una nueva disciplina: la práctica médica en el contexto de crisis.

► REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Convenio de Ginebra del 22 de agosto de 1864 para el mejoramiento de la suerte de los militares heridos en los ejércitos en campaña. *Manual del Movimiento de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja*. 13a edición, 1994. Disponible en: <https://www.icrc.org/spa/resources/documents/treaty/treaty-1864-geneva-convention-1.htm>
2. Candel M. No seamos tan humanitarios. *Puntoycoma*. Boletín de los traductores españoles de las instituciones de la Unión Europea. 2007. Disponible en: http://ec.europa.eu/translation/bulletins/puntoycoma/100/pyc1008_es.htm
3. González L. La denostada (e inevitable) «catástrofe humanitaria». *Puntoycoma*. Boletín de los traductores españoles de las instituciones de la Unión Europea. 2007. Disponible en: http://ec.europa.eu/translation/bulletins/puntoycoma/101/pyc1014_es.htm
4. UNTERM. *The United Nations Terminology Database*. Disponible en: <Http://un-term.un.org/>
5. Greenaway S. Post-modern conflict and humanitarian action: Questioning the paradigm. *The Journal of Humanitarian Assistance*. 2000. Disponible en: <https://sites.tufts.edu/jha/archives/145>.
6. Kouchner B. *Le devoir d'ingérence: La loi de l'oppression minimale*. París. Editorial Denoei. 1987; pp: 17-22.
7. *Humanitarian Health Action Dictionary*. Disponible en: <https://www.inspiration.org/emergencias-y-crisis/crisis-humanitaria>.
8. Brauman R. *La Medicina Humanitaria*. Barcelona. Editorial Icaria. 2011.
9. Lebas J, Veber F, Brücker G. *Médecine humanitaire*. Paris. Editorial Flammarion Medicine-Sciences. 1994.
10. Estébanez P, et al. *Medicina Humanitaria*. Madrid. Ediciones Díaz de Santos. 2005.
11. Pérez de Armiño K. *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo*. Bilbao. Hegoa, Instituto de Estudios sobre Desarrollo y Cooperación Internacional. Universidad del País Vasco. 2000. Disponible en: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/>
12. WHO. *Humanitarian Health Dictionary*. Ginebra. World Health Organization. 2003.
13. Estébanez P. *La medicina humanitaria*. Dic. 2006. Disponible en: <http://www.actualidadhumanitaria.com/formacion->
14. *Evolución del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja*. Disponible en: <http://www.cruzroja.es/principal/web/cruz-roja/nuestra-historia>.
15. Etxeberria X. *Marco ético de la acción humanitaria. Los desafíos de la acción humanitaria*. Barcelona. Editorial Icaria 1999.
16. Lebas J. Principios humanitarios: Un fundamento ético para la acción. Conferencia ECHO/ODI. *Asistencia Fundamental para un mundo sin principios: auxilio, guerra y principios humanitarios*. Londres. 1998.
17. Anderson K. Humanitarian inviolability in crisis: The meaning of impartiality and neutrality for U.N. and NGO Agencies following The 2003-2004 Afghanistan and Iraq Conflicts. En: *Harvard Human Rights Journal*. 2004; 17: 41.
18. *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)*. 2004. Disponible en: <https://www.icrc.org/spa/resources/documents/misc/64zpm8.htm>
19. Proyecto Esfera. *Carta Humanitaria y normas mínimas para la respuesta Humanitaria*. 3ª ed. Edit. Practicar Action Publishing 2011.
 20. Elizondo L. Espacio para respirar: El humanitarismo en Afganistan (2001-2008). *Policy Papers*; nº PP 02/. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/9193/>
 21. Leader N. *The politics of principle: the principles of humanitarian action in practice*. HPG Report 2. Londres. Humanitarian Policy Group. 2000; pp: 3, 42.
 22. Gessler HJ, Cook-Deegan RM. The role of physicians in conflicts and humanitarian crises. Case studies from the field missions of physicians for human rights, 1988 to 1993. *JAMA* 1993; 270: 616-620.
 23. IASC. *Global Health Cluster Strategic Framework*, febrero 2014.
 24. OMS. La Atención Sanitaria de Salud en las Crisis. Extracto del *Informe Anual 2008*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud. 2009.
 25. Díaz Olalla M, Estébanez Estébanez P. Disponible en: <https://desigualdades injustas.blogspot.com.es/2003/2006/es-la-ayuda-humanitaria-la-mejor.html>.
 26. Fernández-García C, Sánchez-Montero M. *Espacio Humanitario: Retos para contribuir a su mejora*. Madrid. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. 2009.
 27. Hofmann C-H, Roberts L, Shoham J, Harvey P. Measuring the impact of humanitarian aid: A review of current practice. *HPG Research Report 17*, 2004.
 28. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la Salud en el Mundo 2010: Financiación de los sistemas de salud, el camino hacia la cobertura universal*. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2010/es/index.html>.
 29. Global Health Cluster position paper: removing user fees for primary healthcare services during humanitarian crises. *Prehosp Disaster Med*. 2010; 25: 374-376.
 30. Estébanez Estébanez P, Calderón Ortiz M, Lafuente Jiménez A, de La Fuente Martín L. *Estandarización de la respuesta directa en salud a las crisis humanitarias*. Madrid. Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). 2011.
 31. Blandret K, Robert B. *An evidence review of research on health interventions in humanitarian crisis*. LHYTM, ELRHA. 2015. Disponible en: <http://www.elrha.org/wp-content/uploads/2015/01/Evidence-Review-22.10.15.pdf>.