

Estrategia de la asistencia médica en las situaciones de catástrofe

por el doctor Pierre Perrin

Las situaciones de catástrofe plantean problemas particulares relacionados a la vez con la naturaleza de las causas (terremotos, erupciones volcánicas, guerras) y con sus consecuencias (efecto brusco o progresivo en las poblaciones que son víctima de ellas).

El mecanismo causante de una catástrofe es rara vez tan simple como parece a primera vista. Por ejemplo, las sequías se deben sin duda a condiciones climáticas desfavorables, pero también a comportamientos humanos nefastos, que contribuyen a hacer el medio ambiente más vulnerable a las inclemencias del tiempo.

Las situaciones de conflicto interno pueden no tener un efecto directo importante sobre la población civil, si sólo se toma en cuenta el número de muertos o heridos resultante de actos de guerra. No obstante, el deterioro¹ de los sistemas locales, particularmente en los ámbitos de la salud y de los recursos alimentarios, tiene consecuencias dramáticas para el estado médico-nutricional de la población civil, que se convierte así de lleno en víctima del conflicto.

La problemática de las consecuencias no es más sencilla. Durante mucho tiempo se definió una catástrofe como el resultado de un desequilibrio brutal de las condiciones de vida, que impide a las víctimas proveer a sus necesidades vitales.

A partir de esta definición, se tendía a considerar que sólo una intervención externa podía compensar ese déficit, sin tomar en cuenta los mecanismos locales de adaptación y de reacción ante las situaciones de catástrofe.

¹ La deterioración de los servicios es un fenómeno constante en las situaciones conflictivas, debido a la transferencia de recursos humanos y económicos a los sectores militares, considerados más prioritarios.

Actualmente, se pone especial atención en el papel preponderante que las instituciones y las comunidades locales pueden desempeñar en la gestión de las situaciones de catástrofe. La ayuda externa está destinada esencialmente a reforzarlas y no a sustituirlas.

Este nuevo enfoque² es perfectamente aplicable en las situaciones de catástrofe natural.³ Varios estudios han demostrado que, en caso de terremoto, los socorros más eficaces son los que proporciona la comunidad local y no los que se envían desde el exterior.

En el marco de las situaciones conflictivas, este enfoque tropieza con obstáculos de índole política, que a menudo reducen o inhiben la respuesta local. El principio de una intervención exterior⁴ se funda principalmente en el papel protector de ésta antes que en el factor —más secundario— de la capacidad técnica para hacer frente a las consecuencias materiales de una situación de conflicto.

En este capítulo, nos limitaremos a estudiar la organización de la ayuda humanitaria en el marco de las situaciones conflictivas, tomando como ejemplo la población civil. La ayuda a otro tipo de víctimas, particularmente los prisioneros de guerra y los internados civiles, se describe en otro artículo.

Abordaremos esas situaciones siguiendo los eslabones clásicos:

- evaluación de la situación
- determinación de las prioridades y de los objetivos
- puesta en práctica de los programas de ayuda
- complementariedad
- evaluación de los resultados

EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN

A. Instantánea de la situación

La finalidad de una evaluación inicial es poner de manifiesto los problemas que requieren intervenciones del CICR, cuyas modalidades dependen a la vez de la urgencia de los problemas, de su gravedad y también de las limitaciones propias de cada situación.

² De hecho, los organismos «responsables» que se ocupan de las catástrofes preconizan desde hace tiempo este enfoque.

³ El término «naturales» se utiliza aquí por oposición a «conflictivas», y no como calificativo de la causa de la catástrofe.

⁴ En este caso la del CICR, porque se trata de situaciones conflictivas.

Es importante definir las tres palabras clave: «problemas, intervenciones y limitaciones».

1. Problemas: los sistemas locales no pueden hacer frente a las necesidades vitales de las víctimas, sea por razones materiales (falta de recursos y de personal) o políticas (acceso imposible a los servicios de sanidad, a los productos alimenticios, etc.). Dos factores ayudan a delimitar los problemas:

- su gravedad: por ejemplo, en el ámbito de la salud nos basaremos sobre la morbilidad y la mortalidad,
- su amplitud: es evidente que cuanto mayor es el número de víctimas, mayores son los riesgos de que los sistemas locales no den abasto.

2. Intervenciones: Hay que considerarlas en el sentido más amplio, es decir, incluyendo todas las intervenciones destinadas a garantizar la satisfacción de las necesidades vitales de las víctimas. La asistencia directa del CICR es una forma de intervención entre otras, como garantizar el acceso a los servicios de sanidad locales de la población que no lo tendría sin la protección del CICR.

3. Limitaciones: Pueden ser de diversa índole: políticas (falta de seguridad, razón de Estado, falta de acceso a las víctimas...), técnicas (falta de soluciones apropiadas para un problema dado), logísticas (insuficiencia de los medios de transporte...) y financieras.

Esta definición amplia de la evaluación inicial permite ir más allá de la mera investigación del estado de salud de las víctimas y obliga a evaluar la capacidad de la infraestructura local, así como las limitaciones de su funcionamiento. A partir de todos esos datos, el CICR podrá definir si es o no necesaria una intervención y, en caso afirmativo, decidir cuál será la más apropiada.

Contrariamente a las situaciones normales, en las que los resultados de una evaluación tienen un valor duradero, los obtenidos cuando se evalúa una situación conflictiva tienen un valor casi siempre efímero, debido a la inestabilidad de la situación que puede reflejarse por ejemplo en:

- modificaciones importantes del número de víctimas
- cambios en su distribución geográfica

La evaluación inicial debe considerarse como una fotografía de la situación en un momento dado, para que el análisis que se hace en ella tenga valor. Hay que situar esta «instantánea» en la «película» de los

acontecimientos; por ello la necesidad de buscar las causas que llevaron a esa situación y prever también su posible evolución.

B. Las causas

La investigación de las causas no es un simple ejercicio con miras a la satisfacción intelectual de poder comprender lo que ocurre. Su elucidación tendrá importantes repercusiones sobre la elección del tipo de intervención del CICR.

Por ejemplo, en el ámbito nutricional, sería peligroso emprender una intervención alimentaria basándose en el estado nutricional de las víctimas en el momento de la evaluación. Los resultados obtenidos deben analizarse en función del contexto social⁵, de las estaciones⁶ y del contexto político.⁷

La identificación de las causas tiene también repercusión sobre la planificación a medio plazo de los tipos de intervención que el CICR deberá efectuar. Así, la falta de recursos alimenticios puede deberse a la falta de semillas y si, en una primera etapa, la intervención más apropiada es la distribución de víveres, debe luego acompañarse de la distribución de semillas a fin de proporcionar a las víctimas los medios necesarios para lograr un cierto abastecimiento alimentario.

C. La posible evolución

Puede considerarse que tanto la «fotografía» de la situación como la evaluación de las causas son relativamente objetivas, dado que están basadas en una serie de datos que, aunque no siempre son fiables, dan una imagen relativamente realista de la situación.

⁵ Los resultados obtenidos deben compararse con las condiciones habituales en el país.

⁶ Cuando se trata de poblaciones rurales de países en vías de desarrollo, hay que tomar en cuenta las variaciones estacionales de las tasas de malnutrición, que corresponden a las oscilaciones habituales de disponibilidad de alimentos a nivel familiar.

⁷ La malnutrición puede estar relacionada con un bloqueo del acceso a los recursos alimenticios por razones políticas.

En ese caso, las intervenciones procurarán restablecer ese acceso antes que ofrecer a las víctimas recursos alimenticios sustitutivos.

La evaluación de la posible evolución de la situación es, en cambio, aleatoria, porque depende esencialmente de factores políticos. A menudo es imposible prever la duración de una situación conflictiva ni su gravedad dos semanas más tarde...

Sin embargo, es esencial tener en cuenta esta dinámica en el proceso de la toma de decisiones acerca del tipo de intervención que debe emprenderse.

Así, cuando hay muchos heridos de guerra y los servicios quirúrgicos locales no pueden hacer frente a la situación, conviene establecer una estructura quirúrgica independiente si se piensa que el conflicto «va a cambiar de curso» rápidamente. La experiencia y el sentido común sustituyen a los datos objetivos.

En este aspecto, es posible identificar diversos tipos de problemas, como por ejemplo:

- presencia de gran número de heridos y falta de servicios quirúrgicos
- elevado índice de malnutrición e imposibilidad de acceder a los recursos alimenticios
- gran incidencia de las enfermedades diarreicas y acceso a agua no potable
- hacinamiento en un campamento de personas desplazadas y numerosos casos de enfermedades infecciosas
- presencia de muchos menores no acompañados y destrucción del tejido social de la comunidad.

Resta establecer cuáles son las prioridades, basándose en la gravedad y la amplitud de los problemas y teniendo en cuenta las limitaciones. En función de estas últimas, será posible definir lo que puede hacerse en un contexto dado.

DETERMINACIÓN DE LAS PRIORIDADES Y DE LOS OBJETIVOS

En el plano material, hay tres objetivos esenciales en las situaciones de urgencia:

1. Garantizar el acceso a los recursos alimenticios
2. Garantizar el acceso a un medio ambiente sano
3. Garantizar el acceso a los servicios de sanidad

El hecho de fijarse objetivos generales determina la necesidad de prever todas las posibilidades de intervención para, finalmente, seleccionar sólo aquellas que son a la vez eficaces y realizables en un contexto dado.

1. Garantizar el acceso a los recursos alimenticios

La fuerza del CICR reside en la formulación de su cometido, *proteger a las víctimas*, y en las bases jurídicas que sustentan su acción, los *Convenios de Ginebra*.

A partir de ese postulado, es evidente que la garantía de acceder a los recursos alimenticios no se reduce a la única opción de distribuir recursos alimenticios a las víctimas del conflicto, sino que incluye también las de proteger los recursos alimenticios de las víctimas, garantizar el acceso a los medios normales de producción y, por último, recordar la prohibición de utilizar el hambre como medio de guerra.⁸

Así pues, los objetivos operacionales podrán ser, por ejemplo:

- Negociar con las autoridades concernidas el libre acceso a los medios de producción agrícola.⁹
- Distribuir los recursos alimenticios a las víctimas: es evidente que cuando resulte imposible encontrar soluciones locales, el CICR asistirá a las víctimas con distribuciones alimentarias. No obstante, este tipo de actividad debe considerarse como un último recurso.¹⁰
- Proveer a las necesidades nutricionales específicas de las personas malnutridas.

⁸ Artículo 14 del Protocolo adicional II a los Convenios de Ginebra, relativo a la protección de los bienes indispensables para la supervivencia de la población civil: «Queda prohibido, como método de combate, hacer padecer hambre a las personas civiles. En consecuencia, se prohíbe atacar, destruir, sustraer o inutilizar con ese fin los bienes indispensables para la supervivencia de la población civil, tales como los artículos alimenticios y las zonas agrícolas que los producen, las cosechas, el ganado, las instalaciones y reservas de agua potable y las obras de riego».

⁹ En Angola, en la región del Planalto, la reducción de la superficie cultivada, debido a la falta de seguridad y a la prohibición impuesta a los campesinos de traspasar un cierto límite, contribuyó a privarlos de una parte de sus recursos alimenticios habituales.

¹⁰ El CICR ha llevado a cabo numerosos programas de distribución alimentaria. En Etiopía, el año 1985, distribuyó víveres a más de 800.000 personas.

- Proporcionar los medios necesarios para volver a poner en funcionamiento los medios de producción agrícola.

A partir de un objetivo general, podemos ver que la gama de actividades posibles se amplía singularmente, incluyendo la negociación, las distribuciones alimentarias, un programa de rehabilitación nutricional y actividades de rehabilitación agrícola.

2. Garantizar el acceso a un medio ambiente sano

Del mismo modo, este objetivo puede desglosarse en varios objetivos intermedios, relacionados principalmente con 3 elementos:

- el agua
- el hábitat
- los desechos

El agua representa un elemento esencial para la supervivencia del individuo; su carencia pone inmediatamente en peligro el proceso vital. Los objetivos operacionales se fijan en función de criterios que tienen en cuenta la calidad y la cantidad de agua indispensable para cada individuo.^{11, 12}

La noción de hábitat debe entenderse en su sentido más amplio, que incluye la elección del lugar donde tendrán que vivir las víctimas. Esta ampliación del concepto de hábitat se impone cuando se trata de poblaciones desplazadas tras un conflicto, en cuyo caso la elección del lugar de residencia se basa en el análisis de las condiciones de seguridad y de higiene.

3. Garantizar el acceso a los servicios de sanidad

La noción de servicios de sanidad hace pensar inmediatamente en los hospitales y los dispensarios. En ese caso, también velará el CICR por que esas estructuras sean siempre accesibles a todas las personas que necesitan asistencia. De ser necesario, el CICR designará ciertos

¹¹ Es indispensable que el agua no esté contaminada por colibacilos fecales.

¹² Por ejemplo, en los campamentos de personas desplazadas, la norma generalmente aceptada es de 20 a 25 litros de agua por persona y día.

hospitales como lugares neutralizados a fin de garantizar la protección necesaria para su funcionamiento.¹³

El reconocimiento de la importancia de la salud pública ha abierto la vía a las actividades de prevención, ampliando así el cometido de los servicios de sanidad. Este enfoque es tanto más necesario cuanto que el CICR debe ocuparse de personas que viven en condiciones precarias (campamentos de personas desplazadas, poblaciones rurales en los países africanos), en las que la prevención es la mejor manera de mantener la salud en un nivel satisfactorio.

El objetivo general es así garantizar el acceso a los servicios de sanidad para:

- Garantizar la asistencia médica
- Preservar la salud

PROGRAMAS DE AYUDA

La fragmentación de los objetivos intermedios conduce a la elaboración de objetivos operacionales, que implican la definición de actividades prácticas.

Sirvan los siguientes ejemplos, que no pretenden ser exhaustivos, para ilustrar la transformación de un objetivo general en objetivos operacionales:¹⁴

1. Proveer a las necesidades nutricionales específicas de las personas malnutridas supone:

- Seleccionar a las personas malnutridas
- Construir un centro de rehabilitación nutricional
- Movilizar los recursos alimenticios necesarios para el funcionamiento del centro
- Prever las medidas de salud pública que regirán en el centro

2. Garantizar un abastecimiento correcto de agua:

¹³ El CICR ha neutralizado así, en situaciones de conflicto, numerosos hospitales; recientemente en Líbano y Sri Lanka.

¹⁴ Nos limitaremos aquí a un examen sucinto, sin incluir las nociones cuantitativas de la población beneficiaria, del nivel que debe alcanzarse y del tiempo necesario para obtener el resultado deseado.

- Seleccionar una fuente de agua
- Movilizar los recursos necesarios para su utilización
- Establecer una red de distribución

3. *Preservar la salud*

- Vacunar a los niños contra el sarampión
 - Instalar medios de refrigeración
 - Formar al personal que efectuará la vacunación
 - Comunicar a los encargados locales la fecha y el lugar de la vacunación
- Promover la utilización de sales de rehidratación
- Poner en práctica un programa de educación comunitaria

4. *Prever la evacuación de los heridos*

- Identificar los hospitales con capacidad para recibir heridos
- Evaluar los recursos humanos y materiales de los hospitales disponibles
- Planificar un dispositivo de urgencia para aplicar en caso de afluencia masiva de heridos

Aunque ese proceso constituye una etapa esencial para definir los tipos de recursos que será necesario movilizar, no entraremos en detalles acerca de las tareas que deben llevarse a cabo para realizar cada una de esas actividades.

COMPLEMENTARIEDAD

Para «seriar» un tema tan vasto, se puede intentar analizarlo utilizando como hilo conductor la noción de complementariedad.

Conviene señalar, en primer lugar, que la manera como los organismos de socorro perciben la situación y las necesidades de las víctimas debe corresponder a las percepciones y demandas de las propias víctimas. De no ser así, el efecto de la asistencia será mucho menor.

1. Complementariedad de los programas

La rehabilitación de los niños malnutridos está necesariamente relacionada con la garantía para las respectivas familias de tener acceso a los recursos alimenticios básicos, sin lo cual, no podrá evitarse una nueva fase de malnutrición.

Los programas de apoyo alimentario, de aprovisionamiento de agua, de vacunación, etc., van a contribuir en gran medida a reducir la morbilidad y, por consiguiente, a disminuir la presión sobre las estructuras curativas. En este nivel, la complementariedad de la prevención y la asistencia no es sólo de orden ético,¹⁵ sino también económico.¹⁶

2. Relación con las actividades de desarrollo

Cuántas veces se ha reprochado a la asistencia de urgencia su esterilidad y se ha dicho que en lugar de contribuir al desarrollo de las víctimas las convierte en «asistidos crónicos».

Desde hace varios años, se intenta salir de ese dilema, particularmente en el ámbito alimentario. Se han emprendido así numerosos programas de rehabilitación agrícola, que incluyen la distribución de semillas y aperos.

Los programas de rehabilitación agrícola están relacionados con los programas de urgencia; su finalidad es ayudar a las víctimas a lograr una cierta autonomía alimentaria. Permiten evitar una ayuda alimentaria a largo plazo que, además de ser generalmente muy onerosa, como ya dijimos, transforma a las víctimas en asistidos crónicos.

No obstante, esos programas no pueden considerarse como una contribución al desarrollo. Para comprender esto, basta analizar una catástrofe buscando sus causas últimas.

Por ejemplo, un problema de malnutrición grave en una población rural, desplazada como consecuencia de un conflicto, tiene como causas inmediatas el desplazamiento, la interrupción del aprovisionamiento habitual de recursos alimentarios, la dislocación del tejido social, etc.

La *rehabilitación nutricional* permite actuar sobre la consecuencia última de esta crisis, es decir, el debilitamiento físico de los individuos más vulnerables.

¹⁵ ¿Por qué esperar a que enfermen las víctimas si es posible protegerlas?

¹⁶ Una persona en buen estado de salud causa menos gastos que un enfermo.

Las *distribuciones alimentarias* repercuten en el plano familiar al posibilitar el acceso a los recursos alimenticios.

Los *programas de distribución de semillas y aperos* contribuyen a favorecer el retorno al lugar de origen. Sus efectos se reflejan, pues, a nivel familiar (restablecimiento del autoabastecimiento alimentario), comunitario (reanudación de la entidad del grupo en su lugar de origen) y agrícola (reanudación de la producción agrícola), pero sin cambiar fundamentalmente el modo de vida de las víctimas.

Todas estas actividades tienden a restablecer el estado anterior.

En efecto, la causa primordial de la crisis puede residir en la *vulnerabilidad* de esas poblaciones a los riesgos que comportan la inestabilidad política, las inclemencias climáticas o la combinación de ambos factores. En las sociedades económicamente desarrolladas, las perturbaciones políticas tienen que ser muy importantes para que repercutan sobre el estado nutricional de la población.¹⁷ En los países en desarrollo, la población rural vive habitualmente en condiciones precarias, en el límite de la supervivencia, y cuando surge un factor de desequilibrio como un conflicto, éste contribuye a precipitar a la población en una crisis progresiva: disminución de la producción agrícola, migración, malnutrición y muerte para los más vulnerables.

El *desarrollo* se sitúa precisamente a nivel de esta vulnerabilidad inicial: hay que proporcionar a esos grupos de población los medios necesarios para resistir a las agresiones que constituyen, por ejemplo, la guerra y la sequía. La reducción de la vulnerabilidad no es necesariamente sinónimo de incremento de la producción agrícola, sino que debe basarse también en el fortalecimiento de los mecanismos tradicionales de ayuda.

Hay que tener presente, no obstante, que un proceso de desarrollo puede implicar poner en tela de juicio las condiciones de trabajo, las relaciones sociales y culturales, así como los sistemas políticos existentes. Replantear todo eso en una situación conflictiva parece imposible.

3. Complementariedad de los diversos organismos

En lugar de adoptar un enfoque competitivo, es preferible, sobre todo en interés de las víctimas, hablar de complementariedad de los organismos. Esta complementariedad puede manifestarse en un reparto

¹⁷ En Europa, la II Guerra Mundial es probablemente el último ejemplo.

geográfico de las tareas o en una distribución del tipo de víctimas a las que cada organismo presta ayuda; por último, según la evolución de la situación, la complementariedad debe tender a reemplazar las actividades de urgencia por las de desarrollo, tan pronto como la situación lo permita.

Para el CICR, las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja son los asociados naturales. Durante la fase de urgencia, el CICR desempeña a menudo el papel de motor de la intervención, pero, posteriormente, debe fortalecer a las Sociedades Nacionales a fin de que éstas puedan, a su vez, ayudar a los sectores de la población más vulnerables.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

La evaluación es a menudo el tendón de Aquiles de las intervenciones de urgencia. No es que se pierda el rastro de los recursos movilizadas durante las intervenciones, sino que resulta siempre un tanto difícil demostrar que tal intervención tuvo efectivamente el efecto previsto para las víctimas.

Dos factores explican esta deficiencia:

1. **La dificultad de obtener informaciones fiables:** en el ámbito de la salud, hay muchos indicadores que permiten seguir la evolución del estado de salud de una población. Para que tengan cierto valor, su apreciación debe ser fiable y periódica, dos constantes que rara vez se dan en las situaciones de urgencia.
2. **La falta de interés de los donantes:** los donantes se preocupan más, en general, por el trámite administrativo de sus donaciones que por el efecto de éstas sobre el estado de las víctimas. De ello se deriva cierta pereza de los organismos para analizar lo más rigurosamente posible el resultado final de sus intervenciones.

CONCLUSIÓN

La mayoría de los organismos humanitarios tienen cierta especificidad que hace que se ocupen de determinado ámbito más que de otros, como por ejemplo, la asistencia nutricional (SCF),¹⁸ la atención

¹⁸ «Save the Children Fund».

médica (MSF),¹⁹ o un grupo particular de víctimas: las mujeres y los niños (UNICEF), las víctimas de los conflictos (CICR).

No obstante, la mayoría concuerda en integrar su acción en el marco de esta estrategia global, que toma en cuenta el conjunto de las necesidades vitales de las víctimas. Sobre el terreno, los esfuerzos de coordinación tendrán tanto más probabilidades de éxito cuanto más haya sido sensibilizado el personal de esos organismos a este enfoque integral.²⁰

Por último, hay que poner especial atención en la evaluación del efecto de las acciones humanitarias sobre las víctimas, único medio fiable de identificar los puntos débiles de esta estrategia y, por consiguiente, de suscitar las modificaciones necesarias.

Dr. Pierre Perrin

El doctor **Pierre Perrin** es doctor en medicina y master en salud pública de la Universidad Johns Hopkins de Baltimore. Efectuó numerosas misiones como delegado del CICR, particularmente en Tailandia, Etiopía, Uganda, Sudán y El Salvador. Actualmente, es encargado de formación en la División Médica del CICR.

¹⁹ «Médicos Sin Fronteras».

²⁰ Véase el artículo «Formación del personal sanitario: Cursos HELP/SOS», pp. 540-547.