

Los formularios de evaluación de la Guía de campo del Equipo de Respuesta de la OPS/OMS son instrumentos valiosos para la recolección de datos en escenarios de emergencias o desastres. Están diseñados para el registro cualitativo y cuantitativo de información que permita analizar las necesidades del sector salud para la toma de decisiones, que ayuden a dar respuesta rápida y eficiente a las víctimas de los desastres.

Los formularios deben ser completados por los miembros del Equipo de Respuesta, en la mayoría de los casos, se ha incluido cinco copias (en la versión impresa) con el fin de que puedan ser arrancadas y utilizadas para la recopilación de datos. También se pueden obtener copias adicionales de los archivos en la memoria USB.

**Contenido**

Requerimientos mínimos para agua, saneamiento y nutrición 1

Logística, lista de verificación 2

Situación de salud

- Evaluación general rápida 3

- Daños en la red de salud 5

- Información de albergues 6

Evaluación de la situación de adultos mayores de 60 años

- Evaluación general 7

- Situación de salud y vivienda 8

- Viviendo en albergues 9

- Infraestructura del hogar geriátrico 10

- Necesidades de residentes en el hogar geriátrico 11

Situación de salud mental, lista de verificación 12

Evaluación de los sistemas de agua 13

Control de calidad del agua 14

Evaluación de la situación de saneamiento en los albergues 15

Evaluación de daños post-desastres en las instalaciones de salud 16

Equipo de vigilancia epidemiológica post-desastre 17

Formato diario de vigilancia epidemiológica (sintomático) 18

Formulario para la evaluación sanitaria del albergue 19

Cálculo de la cantidad de malatión 23

Evaluación general rápida 25

Formato de informe de situación 26

Comunicación en emergencia, lista de verificación 27

Acciones para prevenir problemas en la gestión de información 28

Formato del llamamiento de ayuda internacional (*flash appeal*) 29

Formato del Fondo Central para la Respuesta a Desastres (CERF) 30

Tarjeta de acción para el Representante del país de la OPS/OMS 31

Contactos del Área de Preparativos de Emergencia y Desastres de OPS/OMS 32

Requerimientos mínimos para agua, saneamiento y nutrición

|  |
| --- |
| **Agua (\*)a:** |
| Cantidad | 20 litros persona/día250 personas por punto de toma |
| Distancia | No más de 100 metros de distancia de la vivienda |
| Distancia entre letrinas y puntos de agua | 100 metros mínimo |

|  |
| --- |
| **Saneamiento:** |
| Letrina | 1 por 20 personas |
| Distancia | A no más de 30 mts de la vivienda |
| Desechos de basura | 1 punto por 500 personas (2 m x 5 m x 2 m; 2.2 yd x 5.5 yd x 2.2 yd |
| Jabón | 250 g (8.8 onzas) por persona por mes |

|  |
| --- |
| **Nutrición** |
| Energía | 2100 kilocalorías por persona/día |

|  |
| --- |
| **Tabla de cálculo de kilocalorías:** |
|  | Kilocaloría/100 g | Ración / persona / mes |
| Cereales | 350/100 g (3.5 oz) | 13.5 kg (7.7 lb) |
| Frijol | 335/100 g (3.5 oz) | 1.5 kg (3.3 lb) |
| Aceite (vegetal) | 885/100 g (3.5 oz) | 0.8 kg (1.8 lb) |
| Azúcar | 400/100 g (3.5 oz) | 0.6 kg (7.7 lb) |

|  |
| --- |
| **Valores nutricionales (\*)b:** |
| Proteína | 10%–12% total energía (52–63 g),< 15% |
| Grasa | 17% total energía (40 g) |
| Vitamina A | 1666 IU (or 0.5 mg Retinol equivalentes) |
| Tiamina (B1) | 0.9 mg (or 0.4 mg por 1000 kcal ingesta) |
| Riboflavina (B2) | 1.4 mg (or 0.6 mg por 1000 kcal ingesta) |
| Niacina (B3) | 12.0 mg (or 0.6 mg por 1000 kcal ingesta) |
| Vitamina C | 28.0 mg |
| Vitamina D | 3.2–3.8 µg  |
| Hierro | 22 mg (baja biodisponibilidad, i.e., 5%–9%) |
| Yodo | 150 mg |

(\*) a Communicable diseases control in emergencies. A field manual edited by M.A. Connoley. OMS. 2005.

(\*) b Proyecto Esfera. Tabla modificada: OMS (1997, borrador) y PMA/ACNUR (Diciembre 1997).

Logística, lista de verificación

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Funciones | Descripción | Se realiza (\*)1 | Responsable (\*)2 | Observaciones (\*) 3 |
| Si | No | Parcial |
| Administración de la cadena de suministros de salud | Cadena de suministro y recursos humanos contratados o encargados de logística |  |  |  |  |  |
| Adquisición y compras | Selección, adquisición, subcontratación |  |  |  |  |  |
| Almacenamiento e inventario | Manejo de almacenes |  |  |  |  |  |
| Movimientos de inventario |  |  |  |  |  |
| IT, radios, y comunicaciones | Redes funcionando |  |  |  |  |  |
| Central comunicación |  |  |  |  |  |
| Oficinas de campo |  |  |  |  |  |
| Transporte | Mercancías |  |  |  |  |  |
| Medios de transporte |  |  |  |  |  |
| Administración de proveedores de transporte |  |  |  |  |  |
| Gerencia de la flota |  |  |  |  |  |
| Mantenimiento | Equipos de comunicación |  |  |  |  |  |
| Sistemas médicos |  |  |  |  |  |
| Vehículos |  |  |  |  |  |
| Importaciones y donaciones | Manejo de documentos y procedimientos de importaciones y donaciones |  |  |  |  |  |
| Implementación SUMA/LSS (Otros sistemas) | Sistema de donaciones y suministros |  |  |  |  |  |
| Necesidades básicas de operación ERR | Habitación, alimentación, seguridad, movilidad |  |  |  |  |  |

(\*) 1 Marque con una X cuando verifique la función descrita.

(\*) 2 Registre el nombre del responsable del proceso indicado.

(\*) 3 Indique las observaciones que considere pertinentes.

**Situación de la salud (1)**

|  |
| --- |
| **Evaluación general rápida** |
| (Informar a la mayor brevedad posible) |
| Informe # | Fecha de elaboración: |  |  |  | Hora de elaboración: |
| Día | Mes | Año |
| Preparado por: |
| Tipo de evento: | Fecha del evento: | # \_\_\_\_\_ días post evento |
| País: | Población No. (\*) 2 | Observaciones: (\*) 3 |
| Zona afectada (ubicación geográfica) según división político-administrativa |  |  |
| Lugar de afectación (\*)1 |  |  |
| Departamento – Estado - Provincia | Municipio – Cantón |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

(\*) 1 Indique en qué día posterior al evento se encuentra el lugar exacto de afectación de acuerdo a la división político-administrativa del país.

(\*) 2 Escriba el número de población en el área descrita.

(\*) 3 Amplíe los datos que considere necesarios y la información para la toma de decisiones.

⮊

**Situación de la salud (1a)**

|  |
| --- |
|  **Evaluación general rápida** |
| Sitio/Zona (especifique) | Victimas (\*) 4 | Heridos (\*) 1 | Observaciones (\*) 4 |
| Muertos | Desaparecidos | Para tratamiento local | Necesidad de traslado (\*) 2 |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Sitio/Zona (especifique) | Dificultades manejo cadáveres | Observaciones |
|  | Capacidad morgue suficiente | Otros inconvenientes (\*) 3 identificación, bolsas, disposición final, refrigeración, personal, otro, cuál, describa |  |
|  | Si | No |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(\*) 1 Colocar, en números, los datos solicitados.

(\*) 2 Pacientes que por sus lesiones o falta de capacidad local deban ser remitidos a otro sitio.

(\*) 3 Identificación féretros –disposición final de cuerpos otro, ¿cuál?. Describa en observaciones.

(\*) 4 Ampliar o aclarar lo que considere necesario.

⮊

 **Situación de la salud (2)**

|  |
| --- |
| **Daños en la red de salud\*** |
| Región hospitalaria (\*) 1 | Total hospitales (\*) 2 | Nombre hospitales afectados (\*) c | Nivel de complejidad hospitalaria (\*) 4 |  No. Camas disponibles(\*) 5 | Servicios disponibles (\*) 6 | Acceso (\*) 7 | Observaciones (\*) 8 |
| Totalmente | Parcialmente | 1, 2, 3,-alto, ½ bajo |  |  | Si | No |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(\*) 1 Describa la región de salud a la que pertenecen las instalaciones de salud que reporta (incluye hospitales, puestos y centros de salud y todas las instalaciones de salud que integren esa región).

(\*) 2 Coloque el número de hospitales en la región, esto será útil para reorientar la atención de la red.

(\*) 3 Identifique si los daños son parciales o totales, utilice una casilla para el nombre de cada hospital.

(\*) 4 Registre el nivel de complejidad o de especialización de la instalación según la escala del país, discriminando mayor o menor grado de especialización.

(\*) 5 Registre el número de camas disponibles y funcionales en el hospital o instalación.

(\*) 6 Registre los hospitales que funcionan, los servicios que prestan y que están disponibles (cirugía, anestesia, ortopedia, neurocirugía, otros, cuáles.

(\*) 7 Registre si hay o no acceso a la instalación de salud.

(\*) 8 Utilice la casilla de observaciones para registrar o complementar datos referidos a los daños en cada instalación de salud o datos que sean relevantes para resolver de

 manera rápida. Describa los daños de cada institución.

⮊

**Situación de la salud (3)**

|  |
| --- |
| **Información de albergues (generalidades)** |
| Sitio/zona (\*) 1 | Nombre del albergue (\*) 2 | Población albergada (\*) 3 | Albergue oficial (\*) 4 | Albergue improvi-sado (\*) 5 | Albergue en casa de familias (\*) 6 | Recibe atención en salud | Reporta al SVE (\*) 7 | Observaciones |
|  |  |  | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(\*) 1 Identifique el lugar, ubicación, dirección o localización.

(\*) 2 Escriba el nombre como se conoce el albergue .

(\*) 3 Coloque el número aproximado de población albergada en la zona.

(\*) 4 Señale con una X si o no el albergue se considera oficial.

(\*) 5 Señale con una X si o no el albergue se considera improvisado.

(\*) 6 Señale con una X si o no el albergue recibe atención médica.

(\*) 7 Señale con una X si o no el albergue reporta al sistema de vigilancia epidemiológica.

**Evaluación de la situación de salud de adultos mayores de 60 años (1)**

|  |
| --- |
| **Evaluación general** |
| Ubicación/zona | Nombre del albergue o institución | Número de adultos mayores | Número de adultos con necesidades especiales | Heridos o enfermos | Fallecidos | Observaciones (\*)3 |
| Enfermedad crónica | Necesidades funcionales (\*)2 | Tratamiento local disponible | Requiere evacuación (\*)1 |
| M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(\*) 1 Pacientes que necesitan ser reubicados a causa de sus heridas o enfermedades o por la no disponibilidad de tratamiento.

(\*) 2 Pacientes con disfuncionalidad auditiva, visual o de movilidad u otras, amplíelas en observaciones.

(\*) 3 Especifique o amplíe necesidades o hallazgos que no sean explícitos en el formato y que sirvan para orientar en la toma de decisiones.

⮊

**Evaluación de la situación de salud de adultos mayores de 60 años (2)**

|  |
| --- |
| **Situación de salud y de vivienda** |
| Ubicación/zona | Nombre del albergue o institución | Viviendo con familiares | Viviendo solos | Observaciones: |
| Personas con enferme-dades crónicas | Personas con limitaciones funcionales (\*)1 | Personas con necesidades nutricionales especiales (\*)2 | Personas con enferme-dades crónicas | Personas con limitaciones funcionales (\*)1 | Personas con necesidades nutricionales especiales (\*)2 |
| M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(\*) 1 Limitación funcional, visual, auditiva, de movilización, (otra) Identifique cuál en observaciones.

(\*) 2 Dieta blanda, baja en sal, en azúcar, otra identifique cuál? en observaciones.

⮊

**Evaluación de la situación de salud de adultos mayores de 60 años (3)**

|  |
| --- |
| **Viviendo en albergues** |
| Ubicación/zona | Nombre del albergue o institución | Número personas en albergue | Adultos mayores | Adulto mayor con enfermedad crónica | Número de mayores de 60 con limitación funcional | Número de adultos mayores con necesidades nutricionales especiales | Observaciones |
| M | F | M | F | M | F | M | F | M | F |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

⮊

**Evaluación de la situación de salud de adultos mayores de 60 años (4)**

|  |
| --- |
| **Infraestructura del hogar geriátrico** |
| Ubicación/zona | Nombre de la institución | No. de residentes | Daños | Observaciones |
| Total | M | F | Completo (\*)1 | Parcial (\*)2 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

(\*)1 Completo: daño total irreparable.

(\*) 2 Parcial: daño parcial: no destruido totalmente, podría repararse.

⮊

**Evaluación de la situación de salud de adultos mayores de 60 años (5)**

|  |
| --- |
| **Necesidades de residentes en hogar geriátrico**  |
| Ubicación/zona | Nombre de la institución | Número de residentes con enfermedades crónicas | Número de residentes con limitaciones funcionales | Número de residentes con necesidades nutricionales especiales | Observacioines |
| M | F | M | F | M | F |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Salud mental, lista de verificación**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Aspectos a evaluar | Si | No | Observaciones |
| 1. Entidad reguladora (\*)1 |  |  | Escriba el nombre: |
| Número de teléfono del contacto: |
| 2. Existencia de plan de salud mental en desastres (\*)2 |  |  |  |
| 3. Recursos disponibles (\*)3 |  |  |  |
| Financieros |  |  |  |
| Humanos |  |  |  |
| Equipos y logística |  |  |  |
| 4. Lugares prioritarios de intervención (\*)4 |  |  |  |
| **(\*)5 ASPECTOS A EVALUAR DEL PLAN DE SALUD MENTAL** |
|  | Si | No | Observaciones |
| 1. Base conceptual: protocolos procedimientos concertados |  |  |  |
| 2. Objetivos |  |  |  |
| 3. Diagnóstico preliminar |  |  |  |
| 4. Atención psicosocial |  |  |  |
| 5. Capacitación y fortalecimiento del sistema local en salud mental |  |  |  |
| 6. Promoción y educación en salud mental |  |  |  |
| 7. Comunicación social  |  |  |  |
| 8. Organización comunitaria |  |  |  |
| 9. Coordinación intersectorial |  |  |  |
| 10. Vigilancia epidemiológica  |  |  |  |
| 11. Referencia y contrarreferencia |  |  |  |
| Otras agencias/ONG (\*)6 | Lugares de intervención | Recursos | Actividades | Responsable  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(\*) 1 Registre sí existe o no una entidad reguladora del plan para asistencia y apoyo psicosocial e identifíquela.

(\*) 2 Existe Sí o No un plan de salud mental para desastres y se está aplicando.

(\*) 3 Registre Sí o No están contemplados los recursos económicos.

(\*) 4 Registre Sí o No tiene el plan ubicados los lugares y comunidades prioritarias a intervenir.

(\*) 5 Registre Sí o No el plan cubre los aspectos descritos.

(\*) 6 Registre si hay agencias, entidades u ONG trabajando en salud mental y los lugares donde se llevan a cabo.

**Evaluación de los sistemas de agua**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lugar (sitio) | Pobla- ción total (\*)1 | Disponibilidad de servicio de agua (\*)2 | Trata-miento previo (\*)3 | Daño en fuentes (\*)4 | Daño tanques de almacena-miento (\*)5 | Líneas de conducción (\*)6 | Tiempo estimado de rehabilitación (\*)7 | Medios locales para rehabilitación (\*)8 | Observaciones |
| Si | No | Pob. | Si | No | Si | No | M3 | Si | No | M3 | Si | No | mts | días/mes/año | Si | No |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(\*) 1 Población total: Población aproximada del lugar referido.

(\*) 2 Señale con una X si tiene o no servicio de agua potable y la población (número aproximado) que tiene el servicio o que no tiene.

(\*) 3 Señale con una X si el agua suministrada tiene o no tratamiento, si no conoce escriba las observaciones.

(\*) 4 Señale si hay o no daño en las fuentes de agua o tanques de almacenamiento y los m3 que calcula se han perdido.

(\*) 5 Señale con una X si hay o no daño en las líneas de conducción y los metros lineales dañados aproximadamente, si tiene la información.

(\*) 6 Señale si conoce el tiempo que podría tardar la rehabilitación; escríbalo en días, meses o años si es el caso.

(\*) 7 Escriba el tiempo estimado de rehabilitación.

(\*) 8 Señale con una X si hay o no medios locales para la rehabilitación.

Nota: Si el sitio fue afectado; pero no tiene información regístrelo en observaciones.

**Control de calidad de agua**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | Nombre o ubicación de lugar de tomas de muestra (\*)1 | Fecha (d-m-a) | Nombre del agente desinfectante (\*)2 | Cloro residual (\*)3 | Responsable (\*)4 | Observaciones (\*)e |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |  |  |
| 16. |  |  |  |  |  |  |
| 17. |  |  |  |  |  |  |

(\*) 1 Nombre del sitio donde hizo la prueba o tomó la muestra. Para que sea fácil ubicarle después.

(\*) 2 Nombre o símbolo del agente desinfectante utilizado. (cl, Ag, otros?).

(\*) 3 Registre el valor encontrado de cloro si es el caso, ó NA si no aplica.

(\*) 4 Escriba nombre del responsable de tomar la muestra o hacer la medición.

(\*) 5 Registre las observaciones sobre las condiciones higiénico sanitarias o la distribución o la cantidad o el suministro de agua que considere pertinente o las condiciones de almacenamiento y la posible solución del problema.

**Evaluación de la situación de saneamiento en los albergues**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lugar (\*)1 | # Personas albergadas | Litros de agua (\*)2 | Saneamiento ambiental | Vigilancia de la inocuidad alimentos (\*)3 | Otros especifi-que | Observaciones (\*)4 |
| Adecuada disposición de excretas (\*)3 | Drenaje, aguas servidas (\*)3 | Disposición de residuos sólidos (\*)3 |
| Si | No | Si | No | Si | No | Si | No |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(\*)1 Identifique el sitio o nombre del albergue para ubicarlo posteriormente.

(\*)2 Escriba en litros la cantidad de agua al día (aproximadamente) que recibe el albergue o escriba No, si no hay disponibilidad o NF (no funciona) si es irregular el suministro.

(\*)3 Escriba Si o No existe el proceso nombrado o NF si es irregular o requiere intervención, en el albergue.

(\*)4 En observaciones registre lo complementario y relevante para comprender el problema registrado y o promover la solución.

**Evaluación de daños post-desastre en las instalaciones de salud**

|  |
| --- |
| Evento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de evaluación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Institución: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. camas: \_\_\_\_\_\_ Pre-evento: \_\_\_\_\_\_Name of assessor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Post-evento: \_\_\_\_\_ |
|  | Estado del servicio | Recursos humanos | Sumi-nistros | Equipo | Infraes-tructura | Observaciones (indique lo registrado) |
| Medicina general |  |  |  |  |  |  |
| Cirugía general |  |  |  |  |  |  |
| Gineco-obstetricia |  |  |  |  |  |  |
| Pediatría |  |  |  |  |  |  |
| Sala de cirugía |  |  |  |  |  |  |
| Consulta ambulatoria |  |  |  |  |  |  |
| Emergencias |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Farmacia |  |  |  |  |  |  |
| Rayos X |  |  |  |  |  |  |
| Laboratorio |  |  |  |  |  |  |
| Fisioterapia |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Lavandería |  |  |  |  |  |  |
| Central-esterilización |  |  |  |  |  |  |
| Nutrición |  |  |  |  |  |  |
| Transportes |  |  |  |  |  |  |
| Morgue |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Electricidad |  | N/A | N/A |  |  |  |
| Suministro de agua |  | N/A | N/A |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Teléfonos |  | N/A | N/A |  |  |  |
| Radioteléfono |  |  |  |  |  |  |

Convenciones: Llene las casillas de acuerdo a los códigos que corresponden; cualquier aclaración colóquela en la casilla de observaciones..

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Código | Estado de servicio | Personal | Suministros | Equipo | Infraestructura | Código |
| **0** | Sin servicio | Sin personal | No suministros | No funciona | No funciona | **0** |
| **1** | Sólo servicio de emergencias | Sólo personal de emergencias | Solo suministros de emergencias | Daño moderado función limitada | Daño moderado función limitada | **1** |
| **2** | Servicio limitado | Personal limitado | Suministros limitados | Daño menor funcional | Daño menor | **2** |
| **3** | Servicio normal | Personal normal | Suministros normales | Sin daño | Funcional | **3** |
| **X** | No disponible | No disponible | Suministros no funcionan normalmente | Equipo no funciona normalmente | Sin daño | **X** |

**Equipo de vigilancia epidemiológica post-desastre**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Equipo** |  | * Jeringas/agujas (10cc)
 |
|  | * Tubo al vacío (tapa roja) y agujas
 |
|  | * Contenedores plásticos estériles para muestras de agua, incluyendo tiosulfato de sodio
 |
|  | * Herramientas para muestreo desechables
 |
|  | * Comparador de cloro con sus colorantes
 |
|  | * Hisopos de alcohol en paquetes individuales
 |
|  | * Ropa desechable
 |
|  | * Tabletas fluorescentes
 |
|  | * Formatos de evacuación de la entidad de salud
 |
|  | * Formatos de enfermedades producidas por consumo de alimentos/gastroenteritis
 |
|  | * Formatos de enfermedades para hepatitis viral, difteria, poliomielitis, tifoidea, dengue, tétanos, malaria, según sea el caso para hacer búsqueda
 |
|  | * Papel en blanco
 |
|  | * Clavijas de mapeo
 |
|  | * Papel de gráfica
 |
|  | * Regla
 |
|  | * Cinta para la pueba *Sanitizer test*
 |
|  | * Termómetros (*dial type*—10 to 110)
 |
|  | * Cinta métrica
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Posibleequipo extra** |  | * Equipo *millipore* portátil para prueba de agua (1)
 |
|  | * Lámpara ultravioleta
 |
|  | * Medida doméstica estandarizada (500 ml)
 |
|  | * Tablero de control
 |
|  | * Lupa
 |
|  | * Tubos colectores (1 doz.)
 |
|  | * Brújula, GPS
 |
|  | * *“Plumb rod” (1)*
 |
|  | * *“Spirit level” (1)*
 |
|  | * *“Mosquito larvae dipper”*
 |
|  | * Aspirador con tubos tapados (para colectar mosquitos)
 |
|  | * Manómetros de agua, las presiones positivas y negativas
 |
|  | * *“Hand level”*
 |
|  | * *Kit* rápido de determinación de fosfatos
 |

**Formato diario de vigilancia epidemiológica (sintomático) (\*)1**

|  |
| --- |
| Nombre del Hospital/Instalación de Salud/Albergue: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre Ubicación/Ciudad/lugarFuncionario que diligencia el formato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Condiciones de Salud/Síntomas** |
| Signo, síntoma o condición | Grupos de edad |
|  | <5 | 5 - 14 | 15 - 54 | 55+ | Total | Observaciones |
|  | M | F | M | F | M | F | M | F |  |  |
| Fiebre |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fiebre y tos |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fiebre y urticaria (brote en la piel) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fiebre y puntos de hemorragia (petequías) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Diarrea |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ictericia (piel amarilla) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Otras condiciones (nómbrelas) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Heridos (\*)3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Muertos (\*)3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pacientes con discapacidad (\*)3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pacientes con enfermedad crónica (\*)3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Otras importantes informaciones de salud (\*)2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(\*) 1 Este formato está diseñado para ser llenado por personal que no es de salud, pero que tiene conocimientos básicos. La idea es capturar información de manera diaria en sitios de albergues de afectados para que sirva de orientación y alerta al personal médico responsable de la zona y permita el seguimiento de las condiciones de salud y la toma de decisiones .

(\*)2 Escriba el problema identificado y registre el nombre de la persona afectada.

(\*)3 Registre sólo los casos nuevos del día.

**Formulario para la evaluación sanitaria del albergue (1)**

|  |
| --- |
| **1. INFORMACIÓN GENERAL** |
| Nombre del albergue: | Ubicación: |
| Persona responsable del albergue: | Teléfono: |
| Tamaño del albergue (área) Aproximado en m2: | m2 | M2 por persona (aproximado) |
| Población total albergada: |
| Origen del desplazamiento de población: |
| Zona urbana (\*)3 | Zona rural (\*)3 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **2. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN** |
|  | Hombres | Mujeres | Observaciones |
| Menor de 1 año |  |  |  |
| 1-4 años |  |  |  |
| 5-14 años |  |  |  |
| 15-59 años |  |  |  |
| Mayor de 60 años |  |  |  |
|  |
| Personas con enfermedades crónicas (\*)1 |  |  |  |
| Personas que requieren tratamiento médico especial |  |  |  |
| Personas con discapacidad o que requieren cuidados especiales (\*)2 |  |  |  |
| Observaciones generales |  |

(\*) 1 Describa el número de personas, identifique cada una de las personas, ubicación en el albergue, enfermedades que padece.

(\*) 2 Describa el tratamiento médico o cuidado especial que requiere. Debe entregar al personal de salud.

(\*) 3 Describa el sitio de donde provienen los albergados.

⮊

**Formulario para la evaluación sanitaria del albergue (2)**

|  |
| --- |
| **3. ABASTECIMIENTO DE AGUA** |
| Existe agua para el consumo humano: | Si ❑ | No ❑ |
| Procedencia del agua: ❑ Red pública ❑ Carro cisterna o pipa ❑ Pozo ❑ Tanque estacionario❑ Otros (especificar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Frecuencia: ❑ Diaria ❑ Semanal ❑ Otro |
| Almacenamiento: | Observaciones (\*)1 |
| Tanque: | Capacidad en m3\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Material:\_\_\_\_\_\_\_ | Condiciones:❑ Adecuadas❑ Inadecuadas |  |
| Otros sistemas: | Capacidad en m3 | Material | Condiciones: |  |
| Tratamiento:  | ❑ Si | ❑ No Cuál (\*)2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ❑ Sedimentación ❑ Filtración ❑ Desinfección ❑ Otros (especificar el químico) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Condición del control de calidad: ❑ Si ❑NoFrecuencia: ❑ Diaria ❑ Semanal ❑ Otro |
| **4. DISPOSICIÓN DE EXCRETAS** |
| Sistema de disposición de excretas existente: | ❑ Si | ❑ No | Observaciones: |
| ❑ Alcantarillado ❑ Letrina ❑ Pozo séptico❑ Unidades móviles/químicos | ❑ Otros (especificar) |  |
| Existe drenaje de aguas lluvias: | ❑ Si | ❑ No | ❑ Condiciones \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Disponibilidad de las unidades sanitarias: |
| Elemento | Número | Condiciones encontradas | Observaciones/Recomendaciones |
| Niños | Mujeres | Hom-bres | Buenas | Malas |  |
| Unidades sanitarias |  |  |  |  |  |  |
| Tazas/inodoros |  |  |  |  |  |  |
| Lavamanos |  |  |  |  |  |  |
| Duchas |  |  |  |  |  |  |
| Urinarios |  |  |  |  |  |  |
| Comunidad organizada para aseo: | ❑ Si | ❑ No |  |
| Frecuencia de ❑ Diario ❑ Intermediario ❑ Semanalaseo: |  |
| Seguridad de los usuarios: ❑ Si ❑ No |  |
| Distancia al albergue: \_\_\_\_\_\_ metros |  |
| Distancia a las fuentes de agua: \_\_\_\_\_\_ metros |  |
| Agua e implementos de aseo disponible: ❑ Si ❑No |  |

(\*)1 Enumere los tanques para identificar y ubicarlos para la toma de muestras al reverso (si no es suficiente espacio).

(\*)2 Escriba el químico y la frecuencia con que se aplica.

⮊

**Formulario para la evaluación sanitaria del albergue (3)**

|  |
| --- |
| **5. RESIDUOS SÓLIDOS** |
| Recolección interna | Observaciones |
| Suficiente: ❑ Si ❑ No |  |
| Contenedores (bidones, canecas) suficientes: ❑ Si ❑No |  |
| Estado: ❑ Bueno ❑ Malo ❑ Regular |
|  Nombre responsable del manejo: ­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Frecuencia: | ❑ Por día ❑ Por semana |  |
| Recolección externa: | ❑ Si ❑ No |  |
| Estado: ❑ Bueno ❑ Malo ❑ Regular |  |
| Responsable de recolección: ­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Frecuencia de recolección: ❑ Semanal ❑ Interdiario ❑ Diario |  |
| Limpieza del albergue |  |
| Adecuada: ❑ Si ❑ No |  |
| Participa la comunidad: ❑ Si ❑ No |  |
| Responsable de la limpieza: \_\_­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Frecuencia: ❑ Semanal ❑ Interdiario ❑ Diario |  |
| **6. CONTROL DE VECTORES** |
|  | Observaciones |
| Detección de criaderos/focos: ❑ Si ❑ No |  |
| Medidas de control: ❑ Si ❑ No |  |
| Detección de vectores/roedores:❑ Si ❑ No | ¿Cuáles? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Medidas de control aplicadas: ❑ Si ❑ No |  |
| Instituciones o entidades responsables: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

⮊

**Formulario para la evaluación sanitaria del albergue (4)**

|  |
| --- |
| **7. ALIMENTOS** |
| Evaluación de cocina:❑ Adecuada ❑ Inadecuada ❑ Opciones/Necesidades | Observaciones/Recomendaciones |
| Encargado de alimentos:  |  |
| Combustible utilizado:❑ Queroseno ❑ Gas ❑ Leña ❑ Carbón❑ Otro ❑ ¿Cuál? |  |
| Condiciones sanitarias:❑ Buenas ❑ Inaceptable |  |
| Medidas de seguridad: | ❑ Adecuadas ❑ Inadecuadas |  |
| Infraestructura: | ❑ Adecuadas ❑ Inadecuadas |  |
| Normas de conducta: | ❑ Si ❑ No |  |
| Evaluación de los alimentos: |  |
| Refrigeración: | ❑ Si ❑ No |  |
| Tipo de conservación: | ❑ Adecuado ❑ Inadecuado |  |
| Alimentos suficientes: | ❑ Si ❑ No |  |
| Suministro regular: | ❑ Si ❑ No |  |
| Descripción de los inconvenientes: |  |  |

**Cálculo de la cantidad de malatión (1)**

|  |
| --- |
| **1.** **Determine el método de aplicación (recuerde revisar la etiqueta química para comprobar la tasa de aplicación de formulación específica).** |
| A. Malatión vaporización térmica (aspersión manual o desde vehículo) tasa de aplicación (WHO) = 8.0 oz/acre. |
| **2.** **Determine el área de tratamiento.** |
| A. Calcule el área a ser tratada (comunidades donde se está presentando actividad de dengue o densidades de mosquitos altas, en las que el control de mosquitos adultos es necesario). Para la nebulización térmica, determine la proporción del área total a ser tratada ya que no toda el área entre los pueblos o las comunidades es tratado. |
| B. Factores de conversión1) 1 milla cuadrada = 640 acres2) 1 kilómetro cuadrado = 247 acres3) 1 hectárea = 2.5 acres |
| **3.** **Calcule la cantidad total de malatión a la concentración requerida.** |
| A. (Área a ser tratada en acres) x (tasa de aplicación en acres). Revise la etiqueta del producto para ver la proporción en la escala en uso en su país. mi., km., hectárea, versus acres. |
| **4.** **Calcule la cantidad de aceite combustible necesario para la vaporización térmica (etiqueta química de control) para comprobar la tasa de aplicación específica.** |
| Ejemplo: Concentración (96% malatión es mezclado con diesel para producir un 6.25% malatión mezclado), 16 galones de diesel se necesitan por cada galón de malatión. |
| **5.** **Ejemplo: cómputo de malatión y diesel requerido para cada aplicación de vaporización térmica en un área de 7 millas cuadradas que requieren control de mosquitos (aspersión manual).** |
| Ejemplo:Área a ser tratada de 7 millas cuadradas, consistente en comunidades pequeñas cercanas a otras comunidades: 7 millas cuadradas X 640 acres/milla2 = 4,480 acresTasa de aplicación de niebla térmica (vaporización): 8 oz/acre x 4,480 acres = 35,840 oz malatión; (1 gallon =128 oz)35,840 oz/128 oz = 280 galones de malatión es la concentración requeridaDiesel necesario: 280 galones malatión x 16 galones de diesel = 4,480 galones diesel requeridos |

⮊

**Cálculo de la cantidad de malatión (2)**

|  |
| --- |
| Si las zonas residenciales son los únicos sitios a ser tratado (por ejemplo, áreas no habitadas entre comunidades no tratadas), calcular la proporción del área total que es habitada y reducir la cantidad total de malatión y el diesel en consecuencia. Por ejemplo, si las zonas residenciales comprenden sólo 75% de los 7 acres afectados por la inundación, reduzca la cantidad total de malatión y diesel solicitado en un 25%. |
| Combine el cálculo de las máquinas de vaporización requeridas para tratar los hogares en la zona. |
| 1. Número de viviendas a ser tratadas.2. El cálculo del número de hogares que pueden ser tratados por día, por un equipo.3. Cálculo del número de días que tomaría a un equipo para tratar todo el área (e.g., 5-7 días).4. Calcular cuántos equipos son requeridos para tratar el número total de casas en el ciclo deseado de tiempo. |
| **Ejemplo:** |
| 1. Censo muestra que hay 20,000 personas en el área afectada, con promedio de 5 personas por vivienda para un total de 4,000 viviendas en el área (el censo puede dar el número de hogares).2. Experiencias pasadas indican que un equipo de fumigación de dos personas puede tratar un máximo de 200 hogares por día (3 horas en la mañana y 3 horas en la noche).3. 4,000 hogares/200 hogares por día = 20 días de personal requerido para un ciclo único de aplicación.4. Si el deseo es completar el ciclo en 5 días: 20 días de personal requeridos/5 días ciclo 40 personas requeridas para realizar la tarea (esto supone que tienen acceso rápido a los sitios, los repuestos y la mecánica disponible para hacer el mantenimiento). |

**Evaluación general rápida (\*)1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Evento: | Fecha: | Hora: |
| **Ubicación** |
| Lugar (es) afectado (s)Área (s) más cercana a la ciudad afectada: | Solicitud de ayuda internacional: |
| **Situación** |
| Número de evacuados: | Población afectada: |
| Número de desaparecidos: |  |  |
| Número de heridos: | Extensión de las inundaciones |
| Estado del clima: |  |  |
| **Resumen del evento** | **Evaluación de daños** | **Análisis de la amenaza** |
| General: | Daños a los asentamientos: |  |
| Número de desplazados | Daños a la infraestructura: |  |
| Daños al transporte: |  |
| Número desplazamiento de población | Daño en servicios públicos/líneas vitales:- Electricidad- Agua - Comunicaciones- Gas - Alcantarillado- Médicos - Otros | Seguridad: |

|  |
| --- |
| **DAÑO INICIAL ESTIMADO** |
|  | Reporte inicial | Avance 6 horas | Avance 12 horas | Avance 18 horas | Avance 1 día | Avance 2 días |
| Reporte de muertos: |  |  |  |  |  |  |
| Reporte de heridos: |  |  |  |  |  |  |
| Reporte de desaparecidos: |  |  |  |  |  |  |
| Población afectada directamente |  |  |  |  |  |  |
| Desplazados (total): |  |  |  |  |  |  |
| Desplazados en albergues oficiales: |  |  |  |  |  |  |
| Casas dañadas |  |  |  |  |  |  |
| Casas destruidas |  |  |  |  |  |  |
| Hospitales afectados |  |  |  |  |  |  |
| % suministro de agua afectado (especificar urbano o rural) |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **RESPUESTA/ESTADO OPERATIVOS DE AGENCIAS Y ORGANIZACIONES** |
|  | Fecha de respuesta | Capacidad percibida de respuesta |
| Gobierno nacional |  |  |
| Ejército |  |  |
| Defensa Civil / Protección Civil |  |  |
| OCHA |  |  |
| Cruz Roja Nacional |  |  |
| Comité Internacional de la Cruz Roja |  |  |
| UNDAC |  |  |
| UNICEF |  |  |
| UNHCR |  |  |
| PNUD |  |  |
| PMA |  |  |
| OPS/OMS |  |  |
| **PED** |
| Estrategia actual de OPS/PED: |

(\*) Este formulario servirá de base para la elaboración de los SITREP.

**Formato de informe de situación (SITREP)**

|  |  |
| --- | --- |
| Evento: |  |
| Fecha de ocurrencia: |  |
| Zona específica del impacto: |  |
| Fecha del informe: |  |
| **1.** **Breve descripción del evento adverso:** (incluir información sobre: muertos, heridos, población desplazada, viviendas destruidas). |
| **2.** **Impacto del evento adverso:****a.** **En la salud de la población:** desplazamiento a albergues, dificultades en prestación de servicios de salud, falta de acceso a los sitios de servicios.**b.** **Agua ambiente:** agua potable, vectores, cambios negativos en el medio ambiente, en los servicios (agua, energía, recolección de residuos).**c.** **En la infraestructura de salud y otras:** instalaciones de salud dañadas. |
| **3.** **En caso de existir el informe preliminar de evaluación de daños y necesidades, exponga una síntesis del mismo, de lo contrario omita este punto y envíe esta información posteriormente.** |
| **4.** **Información general de las principales acciones que se están realizando en el sector salud (Ministerio, OPS, Naciones Unidas, Federación, Cruz Roja, otros actores).****5.** **¿Se declaró emergencia?****6.**  **¿Se pidió ayuda internacional?** |
| **7.** **Necesidades más urgentes en el sector salud identificadas por el país u OPS.** |

Preparado por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Antes de enviar este informe verifique si responde a las siguientes preguntas o si las respuestas son claras:*** ¿Qué está pasando?
* ¿Por qué este evento es importante?, ¿Cuáles son las implicaciones y posible impacto en la salud?
* Principales necesidades y ¿Qué está haciendo el sector salud y la OPS?
* ¿Se necesita en este momento ayuda externa?

**Tenga en cuenta:*** Es muy importante la pertinencia con la que usted envíe los informes.
* Evite realizar informes largos y densos.
* Indique claramente las fuentes de información utilizadas.
 |

**Comunicación en emergencia, lista de verificación (\*)1**

|  |
| --- |
| **1. ¿Ha realizado un diagnóstico rápido sobre las necesidades de información y comunicación durante la emergencia?**❑ SI ❑ NO |
| **2. Las necesidades son:*** Internas ❑ SI ❑ NO
* Se requiere de asesoría ❑ SI ❑ NO
* Se requiere una estrategia de trabajo con los medios de comunicación ❑ SI ❑ NO
* Se cuenta con el equipo humano necesario ❑ SI ❑ NO
* Existe un plan de comunicación ❑ SI ❑ NO
* Se requiere trabajar con otras contrapartes nacionales e internacionales ❑ SI ❑ NO
 |
| **3. Referente a manejo y producción de información, están claros los mecanismos de:*** Recolección ❑ SI ❑ NO
* Producción ❑ SI ❑ NO
* Análisis? ❑ SI ❑ NO
* Difusión de información ❑ SI ❑ NO
 |
| **4. Conoce dichos mecanismos*** El staff de la Representación ❑ SI ❑ NO
* El Equipo de Respuesta ❑ SI ❑ NO
 |
| **5. Fluye adecuadamente la información de los siguientes actores:*** Ministerio de Salud ❑ SI ❑ NO
* Equipo de Respuesta ❑ SI ❑ NO
* Organizaciones internacionales ❑ SI ❑ NO
* Resto del staff de la Representación involucrado en la respuesta ❑ SI ❑ NO
* Nivel regional de la OPS/OMS ❑ SI ❑ NO
 |
| **6. Ha establecido procedimientos de:*** Evaluación de la información ❑ SI ❑ NO
* Organización y sistematización de la información ❑ SI ❑ NO
* Monitoreo de la información ❑ SI ❑ NO
 |
| **7. Mantiene información con:*** COE (Nacional y OPS en Washington) ❑ SI ❑ NO
* Sala de situación de OPS ❑ SI ❑ NO
* Sala de situación del ministerio ❑ SI ❑ NO
* Sistema de Naciones Unidas ❑ SI ❑ NO
 |
| **8. Están claros los procedimientos y horarios para la confección, aprobación y distribución de los informes de situación** ❑ SI ❑ NO |
| **9. Se ha definido cómo será estratégicamente:*** La relación con los medios de comunicación ❑ SI ❑ NO
* Las estrategias de visibilidad de la OPS/OMS ❑ SI ❑ NO
 |
| **10. Ha identificado las necesidades de desarrollo de materiales sobre promoción de la salud**❑ SI ❑ NO* Cuenta con el equipo humano necesario para desarrollarlos

❑ SI ❑ NO |

(\*) 1 En cada punto registre o amplíe la información recolectada con las observaciones que considere pertinente para orientar las decisiones.

**Acciones para prevenir problemas en la gestión de información**

|  |  |
| --- | --- |
| * Establecer y promover pasos claros y ágiles para la recopilación, procesamiento, verificación y aprobación de información, tanto a lo interno del Equipo de Respuesta, como entre la OPS/OMS y las autoridades nacionales.
* Asegúrese de responder a las siguientes preguntas: ¿Quién produce qué, cuándo y con qué contenidos? ¿Quién informa a quién, cuándo y con qué información? ¿Quién aprueba la información antes de hacerla pública?
* Compartir los mecanismos de recolección y de análisis de información con todas las personas del Equipo. Si se conocen los métodos, formatos y procedimientos, el resultado será armonizado y más eficiente.
* Buscar siempre el equilibrio entre la oportunidad (rapidez) y cantidad/calidad de la información.
* Establecer procedimientos claros y periódicos para la producción y distribución, según las necesidades de aquellos que la demanden (CEO de Washington o Nacional, Sistema de Naciones Unidas, Representación, etc.).
 | * Evitar los excesos de protagonismo en el manejo de la emergencia. La anticipación de sensibilidades políticas y su adecuado control son elementos importantes a todo nivel del manejo de la emergencia.
* La planificación y el trabajo previo le permitirán anticipar los escenarios más complejos y organizar los recursos para usarlos de la manera más eficiente. También le ayudará a manejar con éxito el trabajo con aquellos que pudieran unirse al equipo.
* Garantizar el acceso igualitario de la información a los medios de comunicación sobre el estado de la emergencia, su impacto sobre la población, las acciones de respuesta y la evolución de la situación. Preocúpese por entender y satisfacer sus necesidades de información.
* Revisar los materiales existentes sobre promoción de la salud que puedan servir durante la situación actual de la emergencia. Si necesita desarrollar nuevos materiales, asegúrese que participen en el proceso el equipo de promoción de la salud del Ministerio, técnicos en las diferentes áreas (agua y saneamiento, epidemiología, control de vectores, nutrición, salud mental, servicios de salud y comunicación).
 |

**Llamamiento de ayuda internacional *(Flash appeal)***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Resumen ejecutivo (1 página)** * En crisis
* Necesidades priorizadas y plan de respuesta
* Monto en dólares requerido
* Tiempo de ejecución no mayor a 6 meses

**2. Contexto y consecuencias humanitarias (1.5 páginas.)****Contexto** * ¿Qué ha pasado?
* ¿Dónde?
* Información de lo ocurrido desde el inicio de la crisis, el gobierno se compromete a aceptar asistencia internacional, respuesta inmediata por parte de los organismos, evaluaciones de terreno.
* Evolución de la crisis. ¿Cuál es el mejor y peor escenario probable?

**Consecuencias humanitarias*** ¿Quiénes son los más afectados y por qué? proporcione estimativos, si es posible de determinados grupos más afectados, desglosando sexo y edad.
* ¿Cuáles son las necesidades (de grupos específicos, desglosados por edad y sexo)? ¿Cuáles son los resultados directos e inmediatos de la crisis?
* ¿Cuáles serían las necesidades en el mejor o peor de los casos, y lo más probable si los principales escenarios fuesen realidad?
* ¿Cuáles son los sectores prioritarios para la respuesta? (De acuerdo a estándares de IASC ), Refugios, elementos no alimentarios, salud (incluido nutrición y atención psicosocial) agua y saneamiento, alimentación, agricultura, la protección de los derechos humanos, la educación, acción contra las minas, coordinación y el apoyo a servicios y la recuperación económica.

**3. Plan de respuesta (1 página)****Cada sector del equipo de país decide incluir:** * Objetivos (no más de dos, cada uno debe ser específico y medible).
* Acciones humanitarias que pueden ser implementadas en el tiempo que dura este llamamiento de urgencia (máximo de 6 meses).
* Resultados esperados e impacto.

**Ejemplo de tabla por proyecto (guarde espacio entre tabla y tabla**

|  |
| --- |
| SECTOR SALUD |
| OPS/OMS | Título del proyecto | Monto requerido (sin signo de $) |
| Objetivos: |
| Beneficiarios: número total, mujeres, niñas (os) |
| Socios: con quienes implementaría el proyecto |

**Roles y responsabilidades** * Máximo 10 líneas sobre cómo se coordina la respuesta y quién es el responsable tanto del gobierno como de Naciones Unidas.
* Tabla indicando líderes de *cluster* por sector y principales actores humanitarios del (gobierno, Naciones Unidas, Cruz Roja y Media Luna Roja, ONG).
 |

**Fondo Central para la Respuesta a Desastres (CERF) (\*)1**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **CERF** |  |
| Date: |  |

To be filled by CERF Secretariat |

|  |  |
| --- | --- |
| **Requesting agency:** | **PAHO/WHO** |
| **Project title** |  |
| **CAP/flash appeal project code:** |  |
| **Sector:** |  |
| **Targeted beneficiaries:** |  |
| **Implementing partners:** |  |
| **Total project budget:** |  |
| **Amount requested from CERF:** |  |

**Project Summary**

Summarize the situation and its impact on the health sector. Include affected population, access to services, and identify the immediate life-saving needs. Explain why project is a priority and how project will address the CERF life-saving criteria. Description of the CERF component of the Project

**Description of the CERF Component of the Project**

**(a) Objective**

Explain objective of the project.

**(b) Proposed activities**

**List proposed activities, keeping in mind life-saving criteria.**

**(c) Expected outcomes**

Describe expected outcomes of each of the proposed activities, and the improvements expected at the end of the activity.

**(d) Implementation plan**

In a short paragraph, state who will participate and how the plan will be executed.

**Budget** *(CERF component only)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Cost breakdown** | **Amount (USD)** |
| **A. Staff costs** *(salaries and other entitlements)* |  |
| **B. Travel** |  |
| **C. Contractual services** *(please itemize below; add rows if necessary)* |  |
| **D. Operations** *(please itemize below; add rows if necessary)* |  |
| Logistical costs % |  |
| **E. Acquisitions** *(please itemize below; add rows if necessary)* |  |
| **F. Other** |  |
| **Subtotal project requirements** |  |
| **G. Indirect programme requirements** *(not to exceed 7% of subtotal project costs)* |  |
|  |  |
| **Total Cost** |  |

(\*) 1 El CERF debe presentarse en inglés; sin embargo, este puede redactarse y enviarse a Washington para su traducción.

**Tarjeta de acción para el Representante del país de la OPS/OMS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Su rol es estratégico y político:*** De acuerdo a una evaluación realista e independiente, definir si la situación merece o no una declaración de estado de emergencia interna.
* Activar el plan de emergencia de la Representación y operar en modo de emergencia.
* Reunir periódicamente al personal de la Representación y compartir información para la toma de decisiones y el apoyo al país.
* Asignar tareas al personal según el área de competencia (las emergencias no son respon-sabilidad solamente del punto focal de desastres).
* Apoyarse en el personal en reuniones con el Gobierno y con la cooperación internacional para coordinar las acciones.
* Garantizar el flujo de la información a nivel interno, alimentándose de los informes de la evaluación de daños y análisis de necesidades (EDAN) haciendo énfasis en el componente salud. Mantener informado a (PED/HQ) y a la oficina subregional correspondiente.
* Brindar soporte administrativo y logístico a la persona asignada para coordinar el *cluster* de salud.
* Identificar socios nacionales e internacionales en el área, como parte de la evaluación y para establecer las necesidades de recursos.
* Apoyar la gestión del coordinador del *cluster* salud (experto de dedicación exclusiva nombrado para tal fin).

**Acciones inmediatas:*** Contactar a la oficina de desastres del ministerio de salud para definir un plan de acción de apoyo al ministerio y reprogramar y reorientar recursos para apoyar la respuesta.
* Apoyar las acciones de respuesta rápida en salud (rehabilitación rápida de los servicios de salud y sanitarios básicos).
* Apoyar la evaluación rápida y el análisis de necesidades para facilitar la toma de decisiones (Consulte en intranet, la lista de temas a considerar).
* Colaborar con el ministerio de salud pública en la organización de la respuesta en salud, considerando la respuesta local y las ofertas de ayuda internacional.
* Cooperar en la movilización de expertos del Equipo Regional de Respuesta.
 | * Coordinar con las oficina regional y subregional de PED.
* Promover el uso en el país del LSS/SUMA.
* Comunicar e informar (gerencia de la información pública, producción de informes técnicos internos para el COE y externos hacia la comunidad y donantes nacionales).
* Mantener la página web de la OPS/OMS del país actualizada y alimentar la página web de la oficina central.

**Áreas esenciales:*** Condiciones sanitarias en albergues temporales.
* Población afectada con necesidades especiales (pacientes crónicos, discapacitados, gestantes, ancianos y refugiados).
* Infraestructuras de salud (acceso a los servicios, capacidad instalada, recursos humanos, servicios complementarios).
* Atención en salud de la población afectada.
* Agua y saneamiento básico.
* Vigilancia epidemiológica.
* Coordinación sectorial e interagencial.

**Operar en modo de emergencia:*** Suspender eventos que desvíen la atención a la emergencia.
* Agilizar trámites administrativos; estar disponible; asignar personal las 24 horas; garantizar la operatividad permanentemente de la Representación; tomar previsiones (suspenda permisos si es necesario, garantice la logística, servicios básicos y el bienestar del personal).
* Definir un plan de acción, delegar funciones, revisar periódicamente las necesidades y los avances, garantizar la operación permanente.
* Asignar personal al COE del ministerio de salud.

**Evite estos errores frecuentes:*** No delegar funciones.
* No compartir la información.
* Sub utilizar la cooperación externa.
* Desconocer opiniones técnicas de expertos.
* Perder la independencia ante la presión política o de los medios de comunicación.
 |

**Contactos del Área de Preparativos de Emergencia
y Desastres de OPS/OMS\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Office** | **Contacto** | **Teléfonos** | **E-mail** |
| **Gerente del Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre** | Dr. Jean Luc Poncelet, Washington, D.C. | 202) 974-3399(202) 974-3434Teléfono de emergencia:(202) 974-3399Fax (202) 775-4578(202) 549-4820 | poncelej@paho.org |
| **Equipo Regional de Respuesta** | Dr. Dana Van Alphen (Panamá) | Office: (507)-317-1120Casa: (507) 2258929Cel.: (507) 6677-6401 | vanalphd@pan.ops-oms.org |
| Dr. Leonardo Hernandez (Panamá) | Office: (507)-317-1120Cel.: (507) 6674-9348 | hernanle@pan.ops-oms.org |
| **Alternativas de Contacto** | Dr. Ciro Ugarte (Washington, D.C.) |  | ugarteci@paho.org |
|  | Mr. Ricardo Perez, Regional Advisor, Information and Publications | Office: (202) 974-3528 | perezric@paho.org |
| **Centro de Operaciones de Emergencia (Washington, D.C.)** | Dr. Robert Lee | Office: (202) 974-3399 | eoc@paho.org |
| **Staff PED Oficina Subregional para Centroamérica (Panamá)** | Dr. Alejandro Santander, Asesor Subregional | Office: (507) 317-1120Fax: (507) 317-0600Cel.: (507) 6450-5249 | santanda@pan.ops-oms.org |
| **Staff PED Oficina Subregional para el Caribe (Barbados)** | Dr. Enric Freixa,Asesor Subregional, a.i. | Office: (246)436-6448 (246)426-3860Fax: (246) 436-6447 | freixaen@cps.paho.org |
| **Staff PED Oficina Subregional para Sudamérica (Ecuador)** | Dr. Carlos Roberto Garzon, Asesor Subregional | Office: (59-32) 2460-330Fax: (59-32) 2256-174Cel.: (59-39) 980-6547 | cgarzon@ecu.ops-oms.org |

\* Visite la página [www.paho.org/desastres](http://www.paho.org/desastres) para ver la actualización de esta información.