



LAS UNIDADES MÓVILES DE SALUD

ENFOQUE METODOLÓGICO



CICR

***LAS UNIDADES MÓVILES DE SALUD
ENFOQUE METODOLÓGICO***

OP-ASSIST-SANTÉ-2006

ÍNDICE

1.	<i>Prefacio</i>	p 5
2.	<i>¿Qué se entiende por UMS?</i>	p 6
3.	<i>Introducción</i>	p 7
4.	<i>Los modos de acción del CICR</i>	p 7
5.	<i>La pirámide sanitaria</i>	p 9
6.	<i>Los servicios de salud en el nivel primario</i>	p 11
7.	<i>La articulación entre los modos de acción y las estrategias de UMS</i>	p 12
8.	<i>Mensajes clave que surgen de la bibliografía analizada</i>	p 13
9.	<i>Elementos que deben considerarse en una estrategia de UMS</i>	p 14
9.1	<i>Las UMS son la estrategia que debe utilizarse como último recurso y que permite mejorar el acceso de poblaciones aisladas en el plano sanitario al sistema de salud</i>	p 14
9.2	<i>Las UMS necesitan recursos humanos bien formados</i>	p 14
9.3	<i>Las UMS son una estrategia privilegiada de los programas verticales</i>	p 14
9.4	<i>Las UMS deben dedicarse a las patologías graves de desarrollo lento y a las actividades de promoción de la salud y prevención</i>	p 14
9.5	<i>Las UMS no son adecuadas para un enfoque de APS</i>	p 14
9.6	<i>Las UMS pueden ser una estrategia de acción médico sanitaria de urgencia</i>	p 14
9.7	<i>Las UMS siempre deben prever una estructura sanitaria de referencia y una evacuación eventual</i>	p 15
9.8	<i>Las UMS no son herramientas de evaluación de una zona de salud</i>	p 15
9.9	<i>La responsabilidad de las UMS del CICR corresponde al personal sanitario</i>	p 15
9.10	<i>Las UMS son caras</i>	p 15
9.11	<i>Las UMS suelen ser muy complicadas en el plano logístico</i>	p 15
10.	<i>¿Con qué actividades comenzamos?</i>	p 16
11.	<i>Promoción de la salud y prevención para un máximo de resultados</i>	p 18
12.	<i>La clasificación</i>	p 19
13.	<i>Las UMS y la protección</i>	p 20
14.	<i>Frecuencia, horarios y comunicación</i>	p 21
15.	<i>Elementos que deben considerarse en el proceso de decidir si se despliega una UMS</i>	p 22
16.	<i>Bibliografía</i>	p 24

Este documento se basa en experiencias recogidas en el terreno. Fue redactado por Stéphane Du Mortier, en colaboración con Marlène Michel, Ahmed Berzig y Pierre Perrin, sobre la base de testimonios e informes de evaluación.

El documento fue remitido a las delegaciones para que hicieran sus comentarios y propuestas, antes de ser validado como documento oficial de la Unidad de Servicios de Salud.

Desde hace muchos años, el CICR despliega unidades móviles de salud (UMS) en contextos operacionales particulares.

En abril de 2004, el CICR adoptó una política de asistencia que define las principales actividades de la Institución en diversos ámbitos: agua, hábitat, seguridad económica y atención de salud. Se trata de la Doctrina 49.

En lo que respecta a la atención de salud, el CICR ha decidido centrar sus esfuerzos en la atención hospitalaria de urgencia, la administración de hospitales, los primeros auxilios, la atención primaria de la salud, el apoyo a las víctimas de la violencia sexual, la salud en los lugares de detención y la reeducación física.

En caso de crisis aguda, el CICR realiza acciones médico sanitarias de urgencia, mientras que en situaciones más estables, adopta una estrategia de atención primaria de la salud.

Las UMS forman parte de una estrategia de prestación puntual y ambulatoria de servicios de salud. Esa estrategia suele emplearse para llegar a poblaciones aisladas.

La experiencia de estos últimos años pone en evidencia la multiplicidad de actores humanitarios que participan en la ejecución de programas de salud, cuyo liderazgo sigue teniendo el CICR.

A fin de transmitir las lecciones aprendidas a través del análisis de las experiencias y de una revisión de la bibliografía correspondiente, se ha elaborado el presente documento, que expone las directivas sobre el recurso a las UMS.

Este documento está dirigido a los responsables de los programas médicos y a quienes deben tomar decisiones políticas a lo largo del proceso de toma de decisiones sobre el despliegue de UMS.

Esperamos que estas directivas permitan armonizar nuestras acciones en beneficio de las víctimas.


Hervé Le Guillouzic

*Dr. Hervé Le Guillouzic
Jefe de la Unidad de Servicios de Salud*

2

¿QUÉ SE ENTIENDE POR UMS?

Las Unidades Móviles de Salud (UMS) forman parte de una estrategia de prestación puntual y ambulatoria de un servicio de salud.

Aunque su fundamento sea “mantener una presencia” en el terreno, la estrategia de las UMS debe ser una **estrategia de excepción**, que sólo debe utilizarse como último recurso para prestar servicios de salud a poblaciones que **no tienen acceso** a un sistema sanitario.

Las UMS pueden preverse para un **período corto, de transición**, mientras se espera la reapertura de las estructuras sanitarias fijas o el acceso a esas estructuras.

Habida cuenta de su presencia intermitente en el terreno, las UMS tienen **limitaciones “intrínsecas”** que se deben tomar en consideración antes de decidir qué servicios prestarán.

La selección de esos servicios (vacunación, promoción de la salud, prevención, traslado de pacientes, atención curativa, etc.) debe ser adecuada, y cada actividad debe **planificarse** estrictamente (modo de acción, recursos humanos y materiales, tiempo dedicado, logística). Esas actividades responden a las patologías prioritarias, en función, únicamente, de los índices de mortalidad y morbilidad.

Siempre conviene prever una estructura sanitaria fija hacia la cual se podrá orientar a los pacientes, si es necesario.

3 | INTRODUCCIÓN

En el marco de la **Doctrina 49**, y sobre la base del documento **Los servicios de salud en el nivel primario**, el presente documento tiene por objetivo exponer el conjunto de las cuestiones que deben examinarse antes de poner en práctica la estrategia operacional de las UMS.

Toma en cuenta numerosas referencias del CICR (doctrinas¹, documentos oficiales², etc.) y bibliografía internacional para explicar el procedimiento que debe seguirse en el proceso de toma de decisiones de la estrategia de las UMS.

Para comenzar, cabe recordar tres referencias importantes: los modos de acción del CICR, la pirámide de un sistema de salud y los servicios de salud en el nivel primario.

4 | LOS MODOS DE ACCIÓN DEL CICR

“Los Gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos; obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas”³. El CICR hace todo lo posible por que las autoridades asuman sus responsabilidades con respecto a las poblaciones afectadas por conflictos armados.

“Sin embargo, aunque el CICR proporcione servicios a la población afectada porque las circunstancias lo exigen, el papel de la Institución no es eximir a las autoridades de sus responsabilidades. Las instará a que garanticen esos servicios y a que asuman plenamente sus obligaciones”⁴.

Los diferentes modos de acción del CICR son:

Persuasión: diálogo bilateral y confidencial

La finalidad de la persuasión es convencer a las autoridades sanitarias de que respeten las obligaciones que les incumben, es decir preservar la vida y la salud de su población.

Movilización: buscar el apoyo de terceros

La movilización es la búsqueda del apoyo de un tercero, en razón de la influencia que éste pueda ejercer sobre el actor al que se pretende persuadir. Esa búsqueda de apoyo puede basarse formalmente en el artículo 1 común a los Convenios de Ginebra (obligación de “hacer respetar”).

Apoyo: cooperación con las autoridades para que cumplan sus obligaciones

Las actividades de apoyo están orientadas a las autoridades mismas; su objetivo es ayudarlas a asumir sus responsabilidades. Ese apoyo puede adoptar numerosas formas: apoyo material y para la formación, ayuda a la gestión o la coordinación, por ejemplo. Conlleva una relación de confianza con las autoridades, su cooperación y un acuerdo previo sobre los objetivos que se deseen alcanzar y los plazos correspondientes.

¹ Doctrinas 15, 49 y 57.

² P. Perrin, *Guerre et santé publique – Manuel pour l’aide aux prises de décisions*, CICR, Ginebra, 1995, y D. Dufour et al., *La chirurgie des blessés de guerre*, CICR, Ginebra, 2000.

³ Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptado por la Conferencia Internacional de la Salud, Nueva York, 19-22 de junio de 1946.

⁴ Doctrina 49.

Sustitución: prestación directa, en reemplazo del responsable

Suele suceder que, en situaciones de conflicto armado o de violencia interna, las autoridades no tienen los medios o la voluntad de responder a las necesidades humanitarias de la población. A veces sucede también que las autoridades no existen o han dejado de existir.

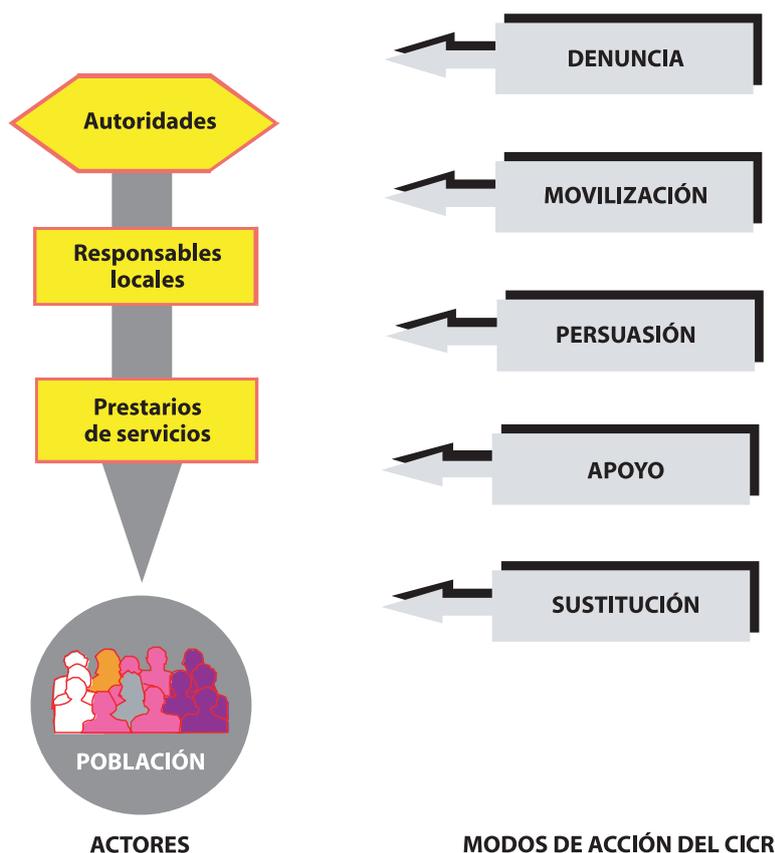
En esos casos, el CICR debe prever responder directamente a las necesidades: sus actividades consisten entonces en prestar asistencia directamente a las víctimas. Corresponderán a una sustitución, si el CICR actúa en reemplazo de las autoridades responsables.

Denuncia: recurrir a la condena pública

En este contexto, denunciar significa declarar públicamente que determinados hechos constituyen una violación del derecho internacional humanitario o de los derechos humanos. La denuncia pública de esas violaciones es la etapa última del proceso. El recurso a la denuncia se rige por la Doctrina 15⁵ y es, en principio, excepcional.

Estos modos de acción no son exclusivos; su combinación es fundamental para la ejecución de la estrategia elegida. Por ejemplo, el apoyo puede reforzar el efecto de la persuasión, y la movilización puede ayudar a obtener apoyo.

El siguiente esquema muestra los diferentes modos de acción del CICR y los interlocutores correspondientes.



Diversidad y jerarquía de los actores que participan en cada modo de acción del CICR.

⁵ Línea directriz 2.5.

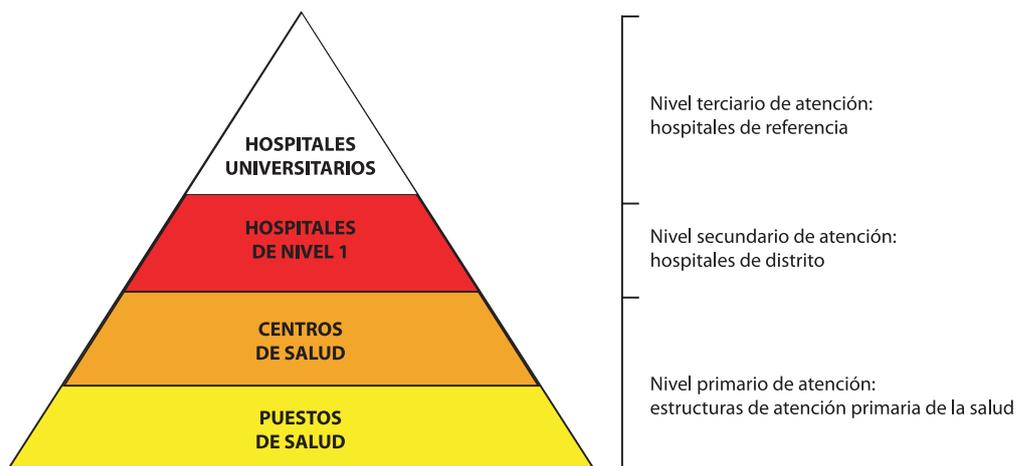
5 | LA PIRÁMIDE SANITARIA

Todo sistema de salud puede ser representado por la pirámide sanitaria, cuyo número de niveles, así como de interlocutores, puede variar de un país a otro.

En la parte superior de la pirámide, están las estructuras de cuidados especializados, mientras que, en la base, se hallan los cuidados generales, de los que forma parte la atención primaria de salud (APS).

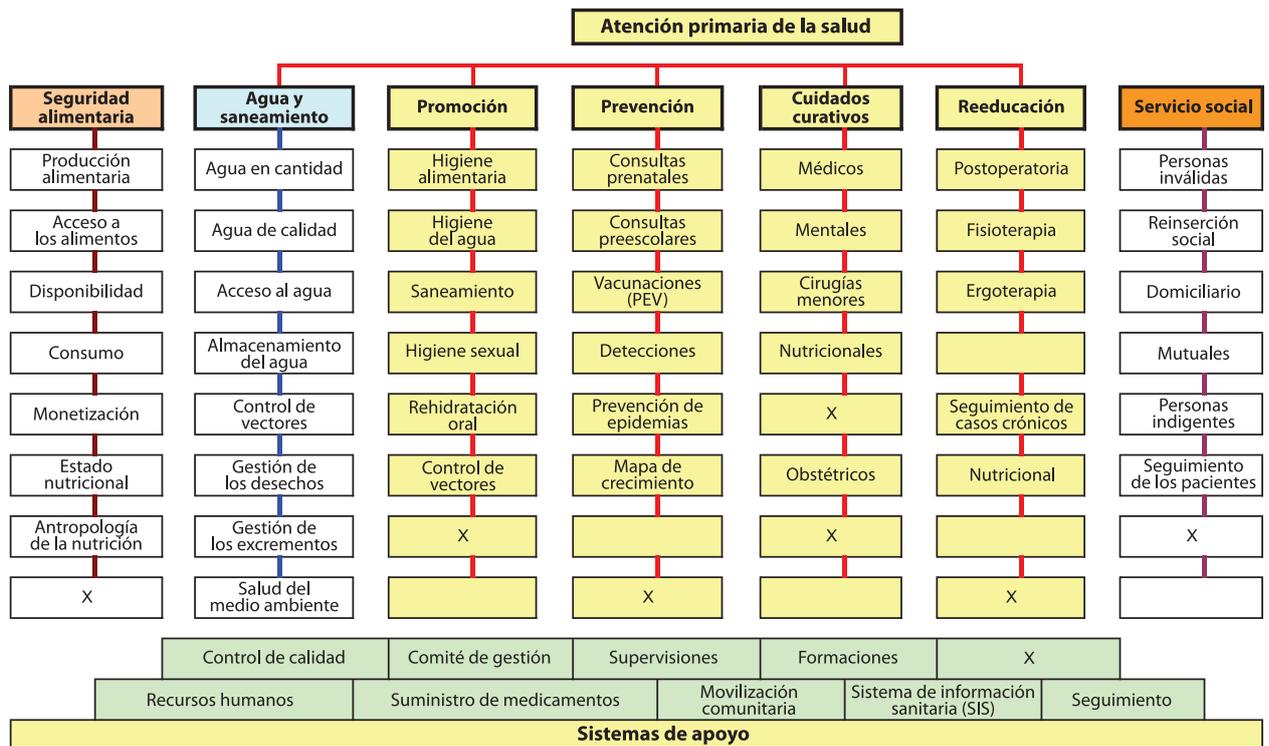
En la base se encuentra también la estrategia de las UMS de vacunación, por ejemplo.

Las UMS no son exclusivas de los servicios de salud primarios, sino que también pueden surgir de niveles de salud más especializados, como las clínicas quirúrgicas oftalmológicas.

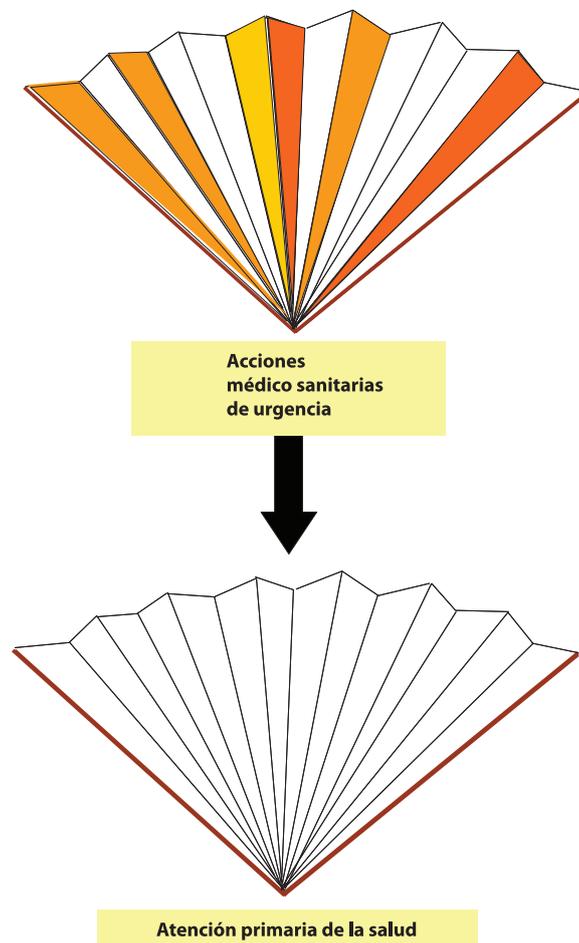


La estructura sanitaria de la base (aquí, los puestos de salud, pero según los países, puede tratarse de centros de salud o de consultas al médico clínico) es responsable de la totalidad o de una parte de la gama de APS.

La APS abarca un conjunto de actividades y servicios que pueden agruparse en varias categorías: seguridad alimentaria, agua y saneamiento, promoción de la salud, prevención, cuidados curativos, reeducación, y también ayuda social.



La gama de servicios de APS es un ideal por alcanzar. Las condiciones de la acción del CICR están vinculadas a los conflictos armados, lo que constituye un factor limitante de la aplicabilidad de todos los servicios de APS deseados. En la amplia gama de servicios de APS, la selección de los servicios prioritarios en una situación dada es fundamental.



6 | LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL NIVEL PRIMARIO

En este capítulo, se explica el concepto de acciones médico sanitarias de urgencia en relación con el de APS, así como las etapas que deben seguirse para la ejecución de esas acciones, de conformidad con la política operacional del CICR. Se describen, etapa por etapa, los elementos que deben considerarse para la elaboración de una respuesta adecuada a las necesidades de las víctimas del conflicto.

Los dos primeros elementos son ***análisis***

- de la situación política
- de la situación sanitaria

Análisis dinámico de la situación política y de la crisis sanitaria: para definir una acción adecuada, debemos evaluar la situación política, por un lado, y la situación sanitaria, por otro.

La Doctrina 49 da una definición de crisis sanitaria basada en la relación entre las necesidades y los servicios de salud. Así, se distinguen:

- la crisis emergente y la precrisis;
- la crisis aguda;
- la crisis crónica;
- la poscrisis.

Los otros elementos son ***decisiones***

- de orden demográfico: ¿cuál es la población destinataria de nuestra acción?
- de orden institucional: ¿qué modos de acción deben privilegiarse?
- de orden estratégico: ¿qué estrategia vamos a utilizar? (de la acción médico sanitaria de urgencia (AMSU) a la APS)
- de orden operacional: ¿qué servicios vamos a prestar?
- de orden temporal: ¿durante cuánto tiempo vamos a prestar esos servicios?

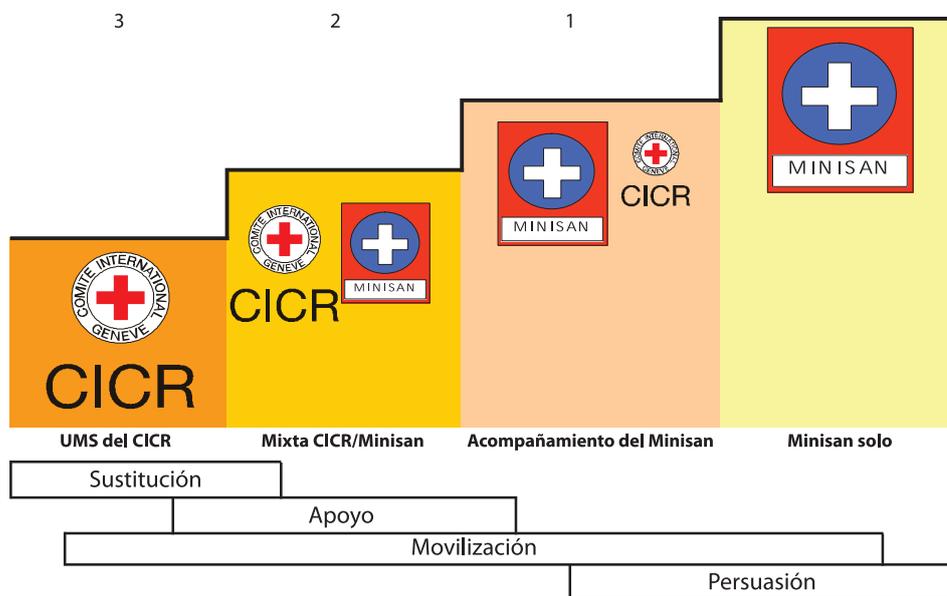
Y añadiremos una decisión suplementaria

- de orden prioritario: ¿con qué actividades comenzamos?

Es importante hacerse con regularidad la pregunta sobre el modo de acción que se utilizará para cada una de las actividades.

7 | LA ARTICULACIÓN ENTRE LOS MODOS DE ACCIÓN Y LAS ESTRATEGIAS DE UMS

El informe en el que se hace referencia a la “escala de acompañamiento” del CICR en Colombia (2005) ilustra bien las diferentes etapas posibles de una colaboración entre el Ministerio de Salud (MINISAN, por la sigla en francés) y el CICR. Los diferentes modos de acción son, en ese caso, complementarios.



- La situación ideal es, evidentemente, que el Ministerio de Salud asuma plenamente sus responsabilidades para con la población.
- Una primera etapa de la acción (número 1 en el gráfico) es el acompañamiento por el CICR de un servicio que dependa totalmente del Ministerio de Salud: el CICR sólo está presente por razones de seguridad, después de haber negociado con los diferentes grupos armados.
- Sin embargo, en algunos lugares, el CICR presta su personal (en general, un médico local, como mínimo) al Ministerio de Salud y, por supuesto, garantiza la seguridad, como en la etapa anterior (número 2 en el gráfico).
- A finales de los años 1990 y a comienzo de los años 2000, el CICR era la única organización humanitaria aceptada por los grupos armados y, en ese caso, debió reemplazar al Ministerio de Salud. Desde entonces, tras meses de persuasión, ese modo de acción ha dejado de ser necesario (número 3 en el gráfico).

Observaciones:

- El único obstáculo que impide al Ministerio de Salud colombiano prestar los servicios de salud adecuados para su población es la inseguridad.
- Cada actividad y todos los modos de funcionamiento de una UMS deben ser cuidadosamente planificados a fin de evitar la sustitución y favorecer la independencia de acción del Ministerio de Salud colombiano en las zonas controladas por los grupos rebeldes.

8 | MENSAJES CLAVE QUE SURGEN DE LA BIBLIOGRAFÍA ANALIZADA⁶

- Las UMS son una estrategia que debe utilizarse como último recurso (es, a veces, eficaz, pero rara vez produce efectos) para llegar hasta una población aislada en el plano sanitario.
- El principal objetivo de la aplicación de una estrategia de UMS es mejorar el acceso de esa población al sistema de salud¹⁻⁸.
- Las UMS son populares y flexibles.
- Se emplean:
 - temporalmente, antes de la apertura (o la reapertura) de estructuras de salud permanentes (puesto/centro de salud);
 - para orientar a las poblaciones aisladas hacia estructuras sanitarias existentes⁹.
- Prácticamente no existen artículos relativos a UMS con ámbitos de acción amplios, contrariamente al alto número de artículos dedicados a los programas verticales curativos específicos (cirugía¹⁰, enfermedades particulares, como la lepra¹¹, el paludismo¹², la equinocosis¹³, etc.).
- Numerosos artículos destacan la importancia de una estructura sanitaria fija^{14, 15}, a la que puede dirigirse una UMS (por ejemplo, un centro de salud o un hospital donde se brinda atención quirúrgica especializada, para cataratas o glaucomas).

Esa estructura fija tiene una función doble¹⁶:

- 1: selección de los pacientes;
- 2: seguimiento de los pacientes que salen de la UMS.

Su personal recibe formación impartida por el equipo móvil.

- Todas las UMS planifican rigurosamente su presencia regular en el terreno.
- Las UMS son consideradas como muy útiles para las acciones de detección (cáncer de mamas¹⁷⁻²¹ y de útero²²⁻²⁵, tuberculosis²⁶⁻²⁸, esquistosomiasis²⁹⁻³⁰, etc.) y, más generalmente, para las actividades de promoción de la salud y prevención³¹⁻³⁴.
- Las UMS más eficaces son las que tratan las patologías en una sola visita (cataratas³⁵⁻³⁷, problemas odontológicos³⁸).
- Las UMS suelen ser caritativas y no toman demasiado en cuenta el enfoque de salud pública⁴⁰⁻⁴⁴.
- Numerosos artículos hacen hincapié en el costo elevado de las UMS⁴⁵⁻⁵³, mientras que pocos artículos destacan sus efectos, salvo algunos que se refieren a la atención odontológica⁵⁴⁻⁵⁷ u oftalmológica^{58,59}.
- Muchas veces se utilizan las UMS para reducir las hospitalizaciones y, por ende, los gastos correspondientes⁶⁰⁻⁶².
- Los artículos sobre las UMS que forman parte de algún programa de APS insisten en la importancia de la participación comunitaria (organización del consultorio, cronograma, movilización, etc.)⁶³⁻⁶⁶.
- Para incitar a la población a dirigirse a las UMS, se le propone, en primer lugar, el servicio que más le puede interesar (vacunación, en el marco de un programa de planificación familiar⁶⁷, distribución de preservativos en las clínicas que se ocupan de enfermedades de transmisión sexual (clínicas de ETS) o del SIDA)⁶⁸⁻⁶⁹.

⁶ La bibliografía utilizada para este documento es una selección de 526 artículos tomados de *Mobile Health Units and Mobile Clinics, A revision of the literature*, Stéphane Du Mortier, enero de 2005, Bogotá, Colombia. Véase también BOG 05/653, "Elements to consider before starting an MHU: The Colombian experience", Stéphane Du Mortier, abril de 2005.

9 | ELEMENTOS QUE DEBEN CONSIDERARSE EN UNA ESTRATEGIA DE UMS

Los elementos que se enumeran a continuación son el resultado de experiencias en el terreno y de otras que se presentan en la bibliografía analizada.

9.1. Las UMS son la estrategia que debe utilizarse como último recurso y que permite mejorar el acceso de poblaciones aisladas en el plano sanitario al sistema de salud

Dada la intermitencia de los servicios de una UMS, es preferible cualquier otra estrategia de prestación de servicios sanitarios.

9.2. Las UMS necesitan recursos humanos bien formados

Los problemas que supone la clasificación de los pacientes, las opciones limitadas de los servicios ofrecidos, el análisis continuo de los problemas, el desgaste de la flexibilidad "intrínseca" de las UMS y la coherencia de la acción con respecto a los objetivos no sanitarios del CICR exigen del personal que participa en las UMS un enfoque de salud pública estricto y racional.

9.3. Las UMS son una estrategia privilegiada de los programas verticales

Un programa se llama vertical cuando el personal de salud proviene de otra estructura (en general, más elevada en la jerarquía sanitaria) para prestar cuidados específicos. Así, un centro de salud acoge especialistas de la leishmaniasis o el paludismo, un hospital acoge cirujanos en oftalmología. Esos programas verticales son complementarios de la red de centros de salud y hospitales existentes.

Algunos ejemplos:

- Los equipos quirúrgicos móviles del CICR deben clasificarse en esta categoría (Somalia en 1992-1993, sur de Sudán en 2000, Darfur en 2005).
- Al igual que las clínicas odontológica y oftalmológica en Sri Lanka, en 1999. Al comienzo, estas clínicas prestaban cuidados curativos, principalmente, pero fueron pasando poco a poco a las actividades de promoción de la salud y prevención.
- En Mali: en el transcurso de 1996, el CICR tenía dos UMS encargadas del programa extendido de vacunación (PEV) en los círculos (distritos) de la salud de Tombuctú y Burem.

9.4. Las UMS deben dedicarse a las patologías graves de desarrollo lento y a las actividades de promoción de la salud y prevención

Para poder llegar hasta un paciente que padece cierta patología, dada la intermitencia de la atención que prestan, las UMS son una estrategia interesante en el caso de las patologías graves de desarrollo lento (detecciones, por ejemplo) y de las actividades de promoción de la salud y prevención (como las consultas prenatales o las vacunaciones).

9.5. Las UMS no son adecuadas para un enfoque de APS

No es posible efectuar una amplia gama de actividades curativas, preventivas o promocionales en acciones intermitentes. La realización simultánea de todos esos servicios en una estructura sanitaria se llama enfoque horizontal o integrado.

Algunos ejemplos:

- En Colombia, las UMS refuerzan la APS en acciones de promoción de la salud y prevención (vacunación, citología). Las autoridades la reconocen como una solución para salir del paso, en las zonas donde los puestos de salud han sido abandonados a raíz del conflicto; en esos lugares, son hoy el único servicio sanitario.
- En la región de Vanni (Sri Lanka), las UMS se dedicaron, en un primer momento, a cuidados curativos, luego pasaron a realizar actividades educativas para los trabajadores de salud de la comunidad. En Trincomalé, una enfermera del Ministerio de Salud podía acompañar al CICR: atendía consultas prenatales y efectuaba vacunaciones.

9.6. Las UMS pueden ser una estrategia de acción médico sanitaria de urgencia

Tras haber seleccionado las enfermedades que vamos a tratar y establecido las prioridades en las actividades que vamos a realizar, habida cuenta de las limitaciones intrínsecas (UMS) y extrínsecas (el entorno), las UMS pueden constituir, por un período limitado, una estrategia de prestación de servicios y cuidados. Forman parte de un proceso dinámico de respuesta a los problemas identificados.

La calidad de los servicios de una UMS depende en gran medida de la clasificación de los pacientes, de una correcta definición de las prioridades y, por ende, de las actividades que se realizarán.

Algunos ejemplos:

- En Myanmar, se desplegaron UMS verticales de vacunación en zonas conocidas por problemas de protección.
- En Rwanda, en 1993 y 1994, el CICR envió sus UMS a la zona de separación entre las tropas gubernamentales y los rebeldes del Fondo Patriótico ruandés. En Mali, el CICR tenía dos UMS de vacunación PEV en la zona de Touareg-Maure. En Sierra Leona, en 2001, se organizaron UMS que prestaban servicios curativos limitados a las patologías principales, vacunación y sensibilización; funcionaron durante seis meses.

9.7. Las UMS siempre deben prever una estructura sanitaria de referencia y una evacuación eventual

La ecuación es fácil de comprender.

Como último recurso, llegamos con UMS a una zona donde la población está aislada en el plano sanitario. Las expectativas de la población serán mayores que los servicios que puede prestar una UMS.

Si no podemos orientar a las personas más enfermas hacia una estructura más especializada, perderemos credibilidad y pondremos en peligro nuestra presencia.

En la práctica, pocos pacientes aceptan la evacuación, pues supone dejar una pesada carga sociofamiliar en el lugar. Además, se preocupan, porque se preguntan si podrán regresar a su casa y cómo lo harán.

Algunos ejemplos:

- En Rwanda, las UMS de la zona desmilitarizada derivaban a los enfermos más graves al hospital de Rutongo, con un servicio de ambulancias.
- En Colombia, se concertaron acuerdos con los hospitales de primer y segundo nivel para que reciban a los pacientes que les deriva el CICR. El CICR paga los gastos de transporte (no hay servicio de ambulancias).
- En Sri Lanka, derivamos a los pacientes que padecen enfermedades graves hacia tres hospitales de la región de Vanni.

9.8. Las UMS no son herramientas de evaluación de una zona de salud

Toda evaluación genera expectativas considerables entre los beneficiarios potenciales. Para evitar decepcionar a la población (lo que puede provocar eventuales problemas de seguridad), es importante no confundir evaluación con estrategia de acción.

Las UMS son una estrategia de respuesta a un problema de salud, no una herramienta de evaluación. No se despliega una UMS para evaluar las necesidades de una población, para “ver qué va a pasar, qué tipo de problema se presentará”.

En cambio, es conveniente, en el caso de una UMS de vacunación, aprovechar nuestra presencia para evaluar de manera más precisa las necesidades en materia de protección y asistencia de la zona sanitaria.

9.9. La responsabilidad de las UMS del CICR corresponde al personal sanitario

La prestación de un servicio de calidad, las implicancias a corto y a largo plazo, los costos, la coherencia del programa y, sobre todo, su límite en el tiempo son aspectos que sólo puede evaluar el responsable sanitario.

Éste también será responsable de adaptar la estrategia a los cambios políticos y sanitarios, y a las condiciones de seguridad.

Así pues, la estrategia de UMS no es una decisión política, sino sanitaria, cuyo principal criterio es la calidad de los servicios disponibles.

9.10. Las UMS son caras

Sólo los servicios muy especializados, como la atención odontológica o la cirugía de ojos, han demostrado su eficacia.

9.11. Las UMS suelen ser muy complicadas en el plano logístico

Por definición, las UMS van al encuentro de las poblaciones aisladas por razones de inseguridad o por dificultades de acceso. El aspecto logístico de esas actividades es una limitación importante que debe tenerse en cuenta (véase el capítulo 14, “Frecuencia, horarios y comunicación”).

10 | ¿CON QUÉ ACTIVIDADES COMENZAMOS?

Según “Los servicios de salud en el nivel primario”, la última pregunta que hay que plantearse en el proceso de toma de decisiones debe ser:

¿Qué servicios vamos a prestar realmente en las acciones médico sanitarias de urgencia?

Esos servicios⁷ deben responder a las principales patologías que se hayan identificado.

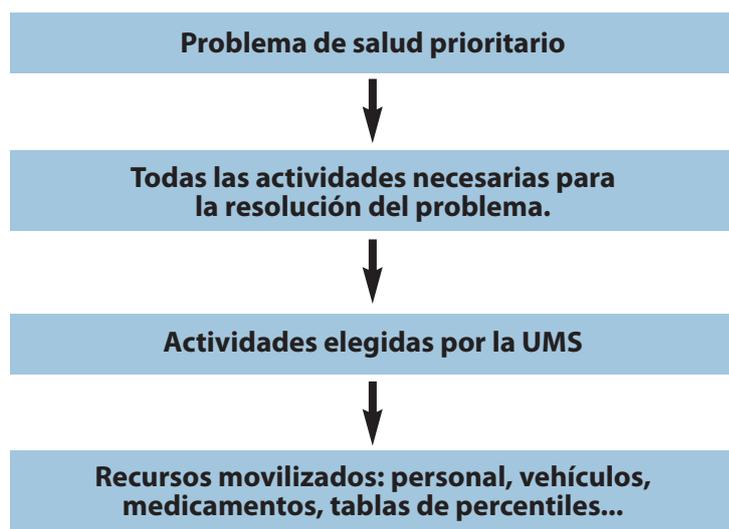
Ahora nos proponemos llevar un poco más lejos el razonamiento y plantear la siguiente pregunta: ¿con qué actividades comenzamos?

Si bien esta pregunta es común a todas las acciones (en estructura sanitaria fija o móvil), cobrará una importancia particular en cuanto a las estructuras móviles a causa de sus limitaciones “intrínsecas”.

La selección de las actividades prioritarias debe hacerse en función de los problemas de salud prioritarios.

Sin embargo, el orden de prioridades dependerá, en gran medida y según la situación, de:

- las posibilidades de la ejecución: recursos humanos locales y expatriados, recursos logísticos, y el tiempo que podrá quedarse en el lugar, en el caso de una UMS, por ejemplo;
- la percepción de la población.



Ejemplo de jerarquización de las prioridades para una situación dada:

1. Para la vacunación, en caso de epidemia, la movilización social se hará muy espontáneamente a partir del momento en que la información sobre el lugar y la fecha de la vacunación comience a circular; en cambio, cuando no hay una epidemia, la movilización puede tomar mucho más tiempo y necesitar más medios.
2. Las sesiones de IEC (información, educación, comunicación) rara vez son prioritarias en una situación de urgencia, pero son una actividad fundamental en cualquier otra ocasión.

⁷ Un servicio es un conjunto de actividades. Se habla de servicio curativo, servicio de vacunación, servicio preventivo, servicio de cuidados materno infantiles.

En el gráfico a continuación, representamos las actividades vinculadas a cada patología.

Problema de salud	x..	Sarna	Paludismo	Sarampión	Infección vías respiratorias sup.	Diarrea	Absceso dental
Actividad prioridad 1		Tratamiento	Tratamiento	Cadena de frío	Tratamiento	ORS	Operación
Actividad prioridad 2		IEC	Mosquiteros	Inyección	IEC	Laboratorio	Cuidados odontológicos
Actividad prioridad 3		Higiene	Rociado	Tablas	Condiciones de vida	Tratamiento AB	IEC
Actividad prioridad 4			IEC	Movilización			

En el caso de las UMS, la elección de las actividades prioritarias es fundamental, dada la intermitencia de los servicios. Toda nueva actividad debe ser objeto de una reflexión profunda.

La zona azul ilustra las actividades iniciales prioritarias para una situación dada.

Los principales problemas de salud son conocidos (primera línea). Las actividades por efectuar son conocidas (líneas de puntos), pero ¿cuáles elegir?

La cuestión que se plantea entonces es: ¿quién las va a efectuar?

Ello nos remite a los modos de acción.

Algunos ejemplos:

1. Si no hay personal sanitario en el lugar: modo de acción = *sustitución*. Y habrá que esperar entonces hasta nuestra próxima visita.
2. Si hay personal sanitario en el lugar, debemos formarlos para que, en nuestra ausencia, pueda realizar sesiones de educación sanitaria: modo de acción = *apoyo*.
3. Si existe una organización local a unos pocos kilómetros del lugar: modo de acción = *movilización*.
4. Si se puede nombrar un promotor de salud del Ministerio de Salud desde un centro o un hospital para que se desempeñe en el puesto de salud: modo de acción = *persuasión*.

Cada actividad debe repensarse con regularidad según su modo de acción, sin olvidar que se debe privilegiar el modo de acción menos sustitutivo.

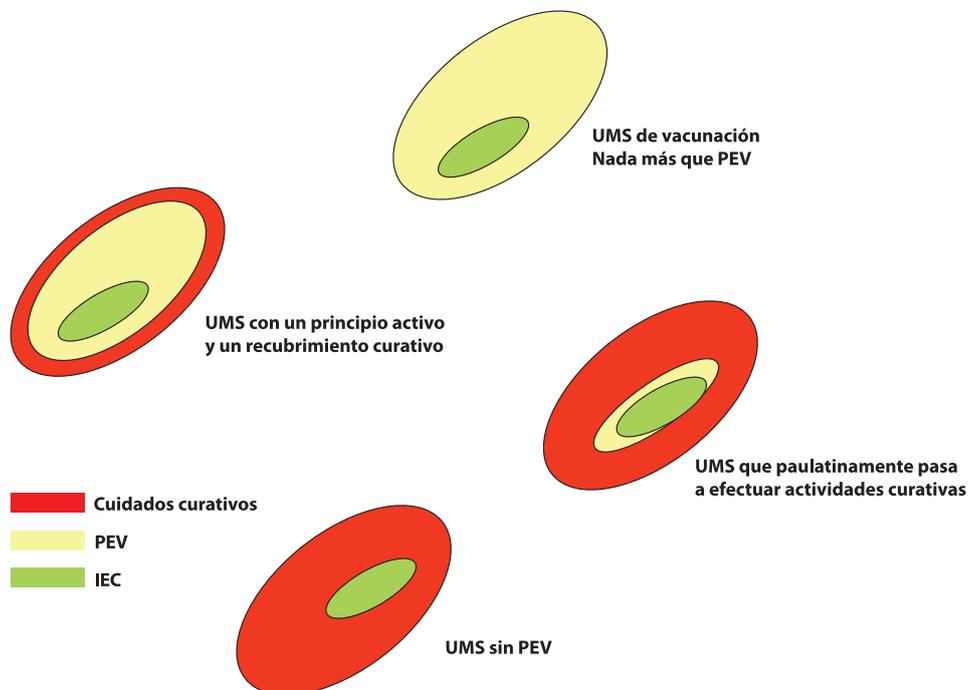
11 | PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN PARA UN MÁXIMO DE RESULTADOS

Las UMS no son la estrategia adecuada para tratar a los pacientes durante la etapa aguda de la enfermedad. La bibliografía no deja dudas al respecto.

La bibliografía muestra el interés de una estrategia de UMS para la vacunación o la detección (enfermedades graves / mortales de desarrollo lento).



Los diferentes servicios de una UMS pueden compararse a una cápsula. El recubrimiento de la cápsula es atractivo, de colores, y disimula el principio activo. En el tema que nos interesa, el principio activo es la vacunación⁷⁰ y el conjunto de acciones de promoción de la salud y prevención.



UMS = unidad móvil de salud

PEV = programa extendido de vacunación

IEC = información, educación, comunicación.

Las cuatro situaciones que se enumeran a continuación son frecuentes en el terreno:

1. Una "cápsula" curativa reducida, que responde a las principales patologías agudas y crónicas, con un fuerte componente de promoción y prevención, incluida la vacunación. Ésta es la situación ideal.
2. Una UMS vertical que realiza PEV.
3. Cada delegado privilegia el componente curativo o la promoción y la prevención.
4. Una UMS estrictamente curativa, cuyos resultados tienen escasos efectos en la salud de la población.

Hemos encontrado muchos casos de UMS que tienden a efectuar actividades curativas y nunca casos de UMS que pasan a realizar actividades de promoción de la salud y prevención.

12 | LA CLASIFICACIÓN

En general, todo servicio intermitente se caracteriza por la afluencia de pacientes que esperan todo de ese servicio y, por ende, esperan recibir también cuidados curativos. Dado que nuestra acción está limitada en el tiempo, habrá que seleccionar a los pacientes más enfermos para los que tenemos una solución: la clasificación.

No efectuar una clasificación significa crear confusión y poner en peligro nuestra propia presencia, tanto desde el punto de vista de la seguridad, como en el plano cualitativo. Sin una clasificación correcta, no puede existir una UMS de calidad. Esta etapa, que *a priori* puede parecer anodina, es la más complicada de una UMS.

Los principios básicos de la clasificación (tanto médica como quirúrgica) son los siguientes:

1. Estamos limitados por nuestros medios (tiempo, servicios, recursos humanos, etc.). Por lo tanto, no podemos hacer todo por todo el mundo.
2. Nuestro objetivo es entonces lograr los mejores resultados para el mayor número de personas posible.

Estos dos puntos parecen simples, pero son dos verdaderos escollos en el terreno.

1. Los delegados de salud tienen dificultad en dejar de lado a los pacientes menos enfermos.
2. La calidad de la atención deben ser la mejor posible, teniendo en cuenta las condiciones locales, el número de pacientes y el tiempo disponible.
3. La presión de los grupos armados puede ser muy fuerte.

No podemos desplegar UMS sin conocer las enfermedades letales en nuestra zona de acción. Identificar esas enfermedades será nuestra prioridad absoluta.

Los criterios de selección deben ser establecidos estrictamente de común acuerdo, antes de llegar al lugar donde se atenderán las consultas. Esos criterios deben ser explicados a la comunidad.

Dependerán de:

- los índices de mortalidad y morbilidad locales (patologías prioritarias);
- las actividades que se consideran prioritarias;
- los recursos movilizados (personal, lista limitada de medicamentos, cirugías menores o no, etc.).

Se clasificará a los pacientes en **cuatro categorías**:

1. **Los casos graves:** estos pacientes necesitan una intervención de urgencia, pero tienen una buena probabilidad de sobrevivir.
2. **Los pacientes de segunda prioridad:** estos pacientes necesitan ser examinados, pero no de forma urgente; se los inscribe en una lista de espera. Luego pasan a una consulta, que los deriva hacia la persona más apta para atenderlos. En la práctica, la mayor parte de estos pacientes forman parte de esta categoría.
3. **Los pacientes que no necesitan una consulta:** su número es considerable y nos permite realizar actividades que se reconocen como eficaces, por ejemplo desparasitación⁷¹ o distribución de sulfato de hierro por tres meses a las mujeres en edad de procrear.
4. **Los pacientes que tienen baja probabilidad de sobrevivir:** debemos procurar que reciban atención médica con las medidas de comodidad adecuadas.

La clasificación debe organizarse a la perfección en el plano logístico. Los pacientes no van a esperar tranquilamente detrás de una "línea roja como en el banco", sino que tratarán de pasar por la fuerza. Así, los pacientes más fuertes y menos enfermos tendrán acceso a la atención médica, mientras que los enfermos más débiles quedarán desatendidos.

Algunos ejemplos:

- En Rwanda, en 1993-1994, los pacientes debían pasar por pasillos delimitados con cintas, pues era la única manera de canalizar una población muy numerosa.
- En Colombia, hubo que tomar en cuenta un factor importante para la clasificación: la distancia que debían recorrer los pacientes para llegar a la consulta. Los primeros en llegar disponían del tiempo necesario para volver a su casa en condiciones de seguridad.

La riqueza de la acción del CICR es la complementariedad entre la protección y la asistencia. Cada una de nuestras actividades debe ser percibida desde esos dos puntos de vista, de conformidad con el cometido del CICR, que es prestar protección y asistencia a las víctimas⁸.

Una estrategia como la de las UMS debe definirse con respecto a esos dos componentes. Si decidimos desplegar una UMS en una región para efectuar actividades de protección, nuestras actividades deben respetar las normas de salud pública, y debemos esforzarnos por obtener resultados sanitarios.

La búsqueda de resultados sanitarios, además del beneficio directo para la población beneficiaria, es fundamental, si queremos granjearnos la confianza de las fuerzas en conflicto. Además, muestra nuestro profesionalismo y nuestra neutralidad. Una vez que se ha establecido esa confianza, es posible entablar el diálogo, en cuyo marco seguramente podrán abordarse temas como las denuncias de infracciones del derecho internacional humanitario.

La ausencia de resultados cuantificables o visibles para las actividades de protección no es una razón suficiente para dejar de lado la dimensión ineludible de la protección en un enfoque operacional del CICR, de la índole que sea. Toda delegación debe tener la preocupación constante de integrar el componente de protección en sus actividades, a fin de aprovechar al máximo el potencial de una situación y de abordar, en la mayor medida posible, los problemas de protección.

Los primeros beneficiarios de la protección del CICR son los representantes del Ministerio de Salud, a los que acompañamos en sus salidas al terreno, en el marco de las UMS. Cuando se efectúa una campaña de vacunación, la población beneficiaria es protegida contra numerosas enfermedades. Además, en el transcurso de nuestras misiones en favor de poblaciones aisladas en el plano sanitario, podremos recibir denuncias sobre infracciones o también podremos entrar en contacto con los grupos armados.

En tal contexto de complementariedad con las actividades de protección, a veces se solicita al equipo médico del CICR que efectúe una actividad sanitaria en una zona aislada donde la población está expuesta a violaciones del derecho internacional humanitario⁹.

- Es responsabilidad del personal de salud respetar las normas de salud pública, para que la acción sanitaria tenga un resultado convincente para los beneficiarios¹⁰. Deberá exigir de la delegación una presencia adecuada en el terreno. En efecto, una actividad de protección rara vez se inscribe en la misma escala temporal que una actividad médica¹¹, que debe realizarse en un plazo establecido¹².
- Los delegados de salud deben estar al corriente tanto de los objetivos sanitarios como de los objetivos de “protección” de su acción. En efecto, algunas actividades sanitarias pueden ser importantes para la protección, como la recolección de información sobre una “epidemiología de las violaciones del derecho internacional humanitario”¹³.

La estrategia de las UMS sigue siendo la opción sanitaria que se adopta en última instancia, aunque el personal no sanitario suele verla como la primera opción.

⁸ Estatutos del Movimiento, art. 5 (2) (c) y (d).

⁹ En Côte d'Ivoire, en 2003: sólo el CICR tenía acceso a la zona desmilitarizada. Se aplicó la estrategia de UMS durante varios meses, antes de la reapertura de los centros de salud.

¹⁰ “Otros parámetros que deben tomarse en consideración.

También puede preverse una acción si:

- las actividades de asistencia sirven como entrada para las actividades de protección;
- las actividades de asistencia facilitan el posicionamiento y favorecen la aceptabilidad del CICR.

En caso de que el CICR decida intervenir basándose en alguno de estos parámetros, necesariamente debe tomar en consideración las consecuencias que el programa puede tener a largo plazo, y sólo se llevarán adelante las actividades principales.” (Doctrina 49, 5.2.6).

¹¹ En Myanmar, en 2004-2005, se decidió desplegar una UMS de vacunación PEV en función de la problemática de la protección. El programa es corto (cuatro sesiones de vacunación) y flexible (porque la UMS puede desplazarse).

¹² Por ejemplo, no puede interrumpirse un ciclo de vacunación ni un programa de educación.

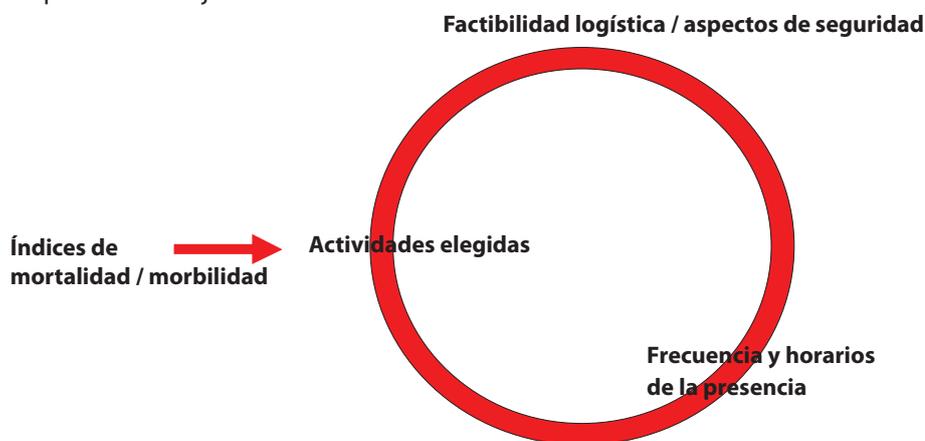
¹³ Colombia (1996-1999).

14 | FRECUENCIA, HORARIOS Y COMUNICACIÓN

¿Tenemos el tiempo suficiente para efectuar las actividades previstas? ¿O debemos desistir de hacerlas?
 Si decidimos llevarlas adelante, ¿lograremos los resultados esperados?
 ¿Desplegaremos una UMS para tratar las enfermedades agudas o crónicas?
 ¿Qué disponibilidad tienen los beneficiarios (trabajan en el campo en algunas estaciones del año, días de actividad en los mercados, etc.)?

La principal limitación “intrínseca” de las UMS es el carácter temporal de sus servicios: “La clínica se va, el enfermo se queda”.

Si la evaluación de una zona nos ha permitido documentar las causas de mortalidad y morbilidad, y determinar las actividades que efectuaremos, la factibilidad de éstas depende de aspectos de seguridad y de logística. En efecto, las distancias por recorrer, el tiempo requerido, las estaciones, las crecidas de los cursos de agua, los acuerdos concertados y los permisos para ingresar en ciertas zonas a veces nos limitan a un plazo de trabajo bastante reducido.



El ejercicio de probabilidad siguiente demuestra el carácter inoportuno de desplegar UMS curativas:

¿Qué probabilidad tiene de ser examinado por una UMS un paciente que padece una neumonía¹⁴?
 La probabilidad de que el paciente tenga acceso a una UMS a tiempo es igual a la relación entre la cantidad de días de presencia de la UMS por año y la cantidad de días del año (fórmula en unidad de tiempo para una comunidad).

Probabilidad de una consulta: $\frac{\text{cantidad de días de la UMS en la localidad}}{\text{cantidad de días del año}}$

Así, cuando efectuamos vacunaciones anuales, a razón de dos días cuatro veces, en una comunidad, la probabilidad, para el paciente que padece neumonía aguda, de tener acceso a la UMS es del 2%.

Con una presencia semanal en la misma localidad, la probabilidad es sólo del 14%.

Un centro de salud que está abierto todos los días permite una probabilidad del 100%.

Presencia	1 vez por semana	2 veces por trimestre	Todos los días
Probabilidad de ver al paciente durante su enfermedad aguda	14/100	2/100	100/100

Recordemos que estas cifras corresponden a una situación ideal.

En caso de que el paciente no pueda llegar hasta el lugar de la consulta (distancia, estado físico, inseguridad), las probabilidades son menores aún.

¹⁴ Ejemplo de patología aguda. La OMS considera que, en regiones estables (sin epidemias), cada miembro de la comunidad tendrá un “episodio de enfermedad aguda” anual de siete días (promedio de la comunidad).

15 | ELEMENTOS QUE DEBEN CONSIDERARSE EN EL PROCESO DE DECIDIR SI SE DESPLIEGA UNA UMS

En resumen, antes de decidir si se despliega una UMS, debemos hacernos ocho preguntas (el texto que reproducimos a continuación fue tomado de *Guerre et santé publique*¹⁵ – *Manuel pour l'aide aux prises de décisions*, con nuestros comentarios en cursiva).

1. ¿Cuál es la situación?

Las informaciones en bruto que nos llegan cuando ocurre una catástrofe suelen ser imprecisas, a veces contradictorias, seguramente insuficientes, para decidir si debemos iniciar una acción y qué forma ésta debería adoptar. Se debe proceder a una evaluación inicial de la situación.

Las unidades móviles de salud no son una estrategia de evaluación, pues ésta genera demasiadas expectativas en la población.

Es importante conocer bien qué actores participarán: éstos permitirán aplicar otros modos de acción, en lugar de la sustitución.

2. ¿Qué es importante? Saber

La evaluación inicial pondrá en evidencia un conjunto de problemas, algunos más importantes que otros: identificación de los problemas prioritarios.

Por lo que respecta a los diferentes socios, actores y responsables, es necesario volver a formular las preguntas de saber, poder y querer.

Se buscarán / calcularán los índices de mortalidad y morbilidad, y se tratará de determinar sus causas.

3. ¿Qué se puede hacer? Poder

La identificación de problemas prioritarios no significa que se pueda resolverlos. La noción de limitación es importante en este nivel, pues ayuda a establecer las prioridades de la acción.

Es necesario efectuar un buen análisis de las fortalezas y las debilidades, las oportunidades y las amenazas (análisis DAFO).

Elección de la población destinataria: desplazados, niños menores de cinco años...

La limitación principal que puede llevar a optar por una UMS es la falta de acceso de una población al sistema de salud (seguridad, destrucción...).

Estudio de las limitaciones en materia de recursos humanos y logísticos.

4. ¿Qué se quiere hacer? Querer

Para decidir lo que se va a hacer, es necesario remitirse a las normas de salud pública y a las limitaciones impuestas por la situación. Van a permitir definir los límites realistas de lo que se quiere hacer: determinación de los objetivos.

La decisión de actuar toma en consideración el análisis político y el análisis sanitario (precrisis, crisis aguda, crisis crónica o transición).

La mortalidad y la morbilidad pueden conocerse mediante la evaluación y son nuestra prioridad.

5. ¿Cómo vamos a proceder?

Para alcanzar un objetivo, es posible elegir varios tipos de actividades. En un primer momento, es necesario definir todas las actividades posibles con respecto a un objetivo específico, luego seleccionar las que se van a realizar y en qué orden: determinación de la estrategia.

Es fundamental que, a nivel de la delegación, se elijan los modos de acción que se utilizarán (movilización, apoyo, sustitución...).

La estrategia es una selección de actividades y una combinación de modos de acción que permite actuar a diferentes niveles de acción, apoyándose en los puntos fuertes y en las oportunidades ofrecidas por el entorno, y procurando reducir al mínimo las debilidades y neutralizar o eludir los obstáculos externos, con miras a alcanzar los objetivos determinados.

¹⁵ P. Perrin, *Guerre et santé publique – Manuel pour l'aide aux prises de décision*, CICR, Ginebra, 1995, y D. Dufour et al., *La chirurgie des blessés de guerre*, CICR, Ginebra, 2000.

Las UMS tienen muchos límites intrínsecos que se deben considerar. Por ello, se combinarán las preguntas 4 y 5 para:

- determinar las enfermedades que se tratarán;
- que las actividades prioritarias correspondan a esas patologías;
- que el análisis de los modos de acción que se aplicarán vuelva a hacerse para cada actividad.

Debemos responder a las preguntas siguientes:

- ¿No hay otras estrategias aplicables, aparte de las UMS?
- ¿Durante cuánto tiempo aplicaremos esta estrategia?
- ¿Qué haremos simultáneamente para limitar esta estrategia en el tiempo?
- ¿Estamos utilizando el modo de acción más conveniente? ¿No estamos aplicando demasiado la sustitución? (para la acción en general y para cada actividad)

En este nivel, debe pensarse el enfoque integrado, hasta determinar actividades precisas.

6. ¿Cómo lo vamos a hacer? ¿Quién lo va a hacer?

La realización de las actividades seleccionadas exigirá la utilización de recursos (humanos, materiales, financieros...): planificación de los recursos.

Los recursos serán movilizados en función de las actividades elegidas (véase pregunta 5). Pueden ser un factor limitante (recursos humanos médicos y protección, número de personas por vehículo, medicamentos, cadena del frío...).

7. Concreción

Es el paso a la acción, a la concreción del proceso de toma de decisiones, a la realización de las actividades, así sean de movilización, apoyo o sustitución.

8. ¿Qué hemos hecho?

La evaluación de lo que hemos hecho no se refiere solamente a la cantidad de recursos utilizados, sino que debe abarcar el conjunto del proceso de planificación (calidad de los servicios prestados, efectos en la salud de las víctimas, etc.): seguimiento/supervisión¹⁶.

¹⁶ Ejemplos en www.qaproject.com, "Le nouveau paradigme".

16 | BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Suhayda L, Riley MA, Roth L, McDonough K, Sparico A, Clement L. Cancer screening in the community. Taking the show on the road. *Cancer Pract* 1997; 5(2):105-110.
- ² Oboler SK, Blieden MA, Carter SA, Jahnigen DW, Luck TC, Mathew M et al. A mobile internal medicine clinic. *Arch Intern Med* 1983; 143(1):97-99.
- ³ Hutinger PL, McKee N. The baby buggy: bringing services to handicapped rural children. *Child Today* 1979; 8(1):2-5, 37.
- ⁴ King B. Taking health care to the Maasai. *Afr Health* 1992; 14(2):27, 30.
- ⁵ Imperato PJ, Sow O, Fofana B. Mass campaigns and their comparative costs for nomadic and sedentary populations in Mali. *Trop Geogr Med* 1973; 25(4):416-422.
- ⁶ Medical services to the nomadic reindeer herders. Bilibino district. *Alaska Med* 1991; 33(1):17.
- ⁷ Lebedev A, Chernuha A, Abrjutina L. Organization and perspectives of development of mobile health care in Chukotka. *Arctic Med Res* 1991; Suppl:70.
- ⁸ Rudolph MJ, Chikte UM, Lewis HA. A mobile dental system in southern Africa. *J Public Health Dent* 1992; 52(2):59-63.
- ⁹ Suhayda L, Riley MA, Roth L, McDonough K, Sparico A, Clement L. Cancer screening in the community. Taking the show on the road. *Cancer Pract* 1997; 5(2):105-110.
- ¹⁰ Hodges AM, Hodges SC. A rural cleft project in Uganda. *Br J Plast Surg* 2000; 53(1):7-11.
- ¹¹ Kumar A, Sirumban P, Durgambal K, Kalaivani S. Operational efficiency of leprosy clinics : a time-motion study. *Lepr Rev* 1987; 58(3):239-247.
- ¹² Ettling MB, Thimasarn K, Krachaiklin S, Bualombai P. Malaria clinics in Mae Sot, Thailand: factors affecting clinic attendance. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1989; 20(3):331-340.
- ¹³ Dean M. Lessons from the East African bush. *Lancet* 1991; 338(8759):106-107.
- ¹⁴ Dolan WV. Elective surgery in a rural primary medical care program in the Central Amazon Valley. *JAMA* 1984; 251(4):498-501.
- ¹⁵ Pepin J, Guern C, Milord F, Bokelo M. [Integration of African human trypanosomiasis control in a network of multipurpose health centers]. *Bull World Health Organ* 1989; 67(3):301-308.
- ¹⁶ Cotton MH. Five years as a flying surgeon in Zimbabwe. *World J Surg* 1996; 20(8):1127-1130.
- ¹⁷ Ascunce N, del Moral A, Murillo A, Alfaro C, Apesteguia L, Ros J et al. Early detection programme for breast cancer in Navarra, Spain. *Eur J Cancer Prev* 1994; 3 Suppl 1:41-48.
- ¹⁸ Edouard L, Eberts L, Baldwin J. A population-based screening mammography program in Saskatchewan. *Am J Public Health* 1994; 84(6):1030-1031.
- ¹⁹ Falshaw ME, Fenton C, Parsons L, Robson J. Improving the uptake of breast screening: one initiative in east London. *Public Health* 1996; 110(5):305-306.
- ²⁰ Kettlehake J, Malott JC. Mobile screening mammography for the corporate customer. *Radiol Manage* 1988; 10(2):34-38.

- ²¹ Williams EM, Vessey MP. Randomised trial of two strategies offering women mobile screening for breast cancer. *BMJ* 1989; 299(6692):158-159.
- ²² Brindle G, Higham E, Roberts DJ, Wakefield J, Yule R. Response to a mobile cervical screening unit in an industrial area of England. *Public Health* 1976; 90(4):165-169.
- ²³ Hando T, Sugimori H, Higashiiwai H, Kuroshima Y, Nishiya I, Sugimoto O et al. [Studies on the prevalence and incidence rate of epithelial neoplasia of the uterine cervix by mass survey using mobile units]. *Nippon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi* 1985; 37(11):2287-2290.
- ²⁴ Kennedy L. South Africa project provides cervical cancer screening. *AVSC News* 1997; 35(1):4-5.
- ²⁵ Stirland H, Husain OA, Butler EB, Cater S, Russell KS. Cervical screening in the inner cities: is the opportunistic approach still worthwhile? *BMJ* 1996; 313(7057):600.
- ²⁶ Mustafina Z, Teleuova TS, Aubakirova AZ, Kobbabaeva G, Nurgalieva GK. [Experience in serving the child population in hard-to-reach areas of Kazakhstan]. *Vestn Oftalmol* 1988; 104(4):69-70.
- ²⁷ Idukitta GO, Bosman MC. The Tuberculosis Manyatta Project for Kenyan nomads. *Bull Int Union Tuberc Lung Dis* 1989; 64(3):44-47.
- ²⁸ Sharaburova OE, Golubchikova VT. [Work effectiveness of a mobile anti-tuberculosis unit in rural areas]. *Probl Tuberk* 1990;(3):60-62.
- ²⁹ Guyatt H, Evans D, Lengeler C, Tanner M. Controlling schistosomiasis: the cost-effectiveness of alternative delivery strategies. *Health Policy Plan* 1994; 9(4):385-395.
- ³⁰ Ali MI, Byskov J, Mokgweetsinyana SS, Sibiyi J, Mott KE. Integration of control of schistosomiasis due to *S. mansoni* within primary health care in Ngamiland, Botswana. *Trop Med Parasitol* 1989; 40(2):195-200.
- ³¹ Providing FP services in rural Madagascar: an OR study comparing three models of service delivery. *Afr Alternat* 1992;(4):10-12.
- ³² Chappell CF. Mission denied, mission restored. Improved communications turn an immunization program into a success. *Health Prog* 1994; 75(1):68-69.
- ³³ Habte D, Hadgu P. Mobile vaccination team in an urban community. *Ethiop Med J* 1973; 11(1):121-126.
- ³⁴ Michie S. Organising for immunization. *Health Millions* 1993; 1(3):11-13.
- ³⁵ Bisley GG. Mobile eye units in Kenya. *Isr J Med Sci* 1972; 8(8):1245-1249.
- ³⁶ Civerchia L, Ravindran RD, Apoorvananda SW, Ramakrishnan R, Balent A, Spencer MH et al. Highvolume intraocular lens surgery in a rural eye camp in India. *Ophthalmic Surg Lasers* 1996; 27(3):200-208.
- ³⁷ Kapoor H, Chatterjee A, Daniel R, Foster A. Evaluation of visual outcome of cataract surgery in an Indian eye camp. *Br J Ophthalmol* 1999; 83(3):343-346.
- ³⁸ Rudolph MJ, Chikte UM, Lewis HA. A mobile dental system in southern Africa. *J Public Health Dent* 1992; 52(2):59-63.
- ³⁹ Resnikoff S. [Ivermectin: problems with donation and distribution]. *Med Trop (Mars)* 1995; 55(3 Suppl): 28-29.
- ⁴⁰ Therien J. Establishing a mobile health and wellness program for rural veterans. *Nurs Clin North Am* 2000; 35(2):499-505.
- ⁴¹ Wray NP, Weiss TW, Christian CE, Menke T, Ashton CM, Hollingsworth JC. The health status of veterans using mobile clinics in rural areas. *J Health Care Poor Underserved* 1999; 10(3):338-348.
- ⁴² Ettling MB, Thimasarn K, Krachaiklin S, Bualombai P. Malaria clinics in Mae Sot, Thailand: factors affecting clinic attendance. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1989; 20(3):331-340.

- ⁴³ Firpo TH, Lewis DA. Family planning needs and services in nonmetropolitan areas. *Fam Plann Perspect* 1976; 8(5):231-240.
- ⁴⁴ Paris N, Porter-O'Grady T. Health on wheels. *Health Prog* 1994; 75(9):34-5, 41.
- ⁴⁵ Schweitzer ME, French MT, Ullmann SG, McCoy CB. Cost-effectiveness of detecting breast cancer in lower socioeconomic status African American and Hispanic women through mobile mammography services. *Med Care Res Rev* 1998; 55(1):99-115.
- ⁴⁶ Sickles EA, Weber WN, Galvin HB, Ominsky SH, Sollitto RA. Low cost mammography screening. Practical considerations with emphasis on mobile operation. *Cancer* 1987; 60(7 Suppl):1688-1691.
- ⁴⁷ Wolk RB. Hidden costs of mobile mammography: is subsidization necessary? *AJR Am J Roentgenol* 1992; 158(6):1243-1245.
- ⁴⁸ Clarke PM. Cost-benefit analysis and mammographic screening: a travel cost approach. *J Health Econ* 1998; 17(6):767-787.
- ⁴⁹ Bloch B. An economic appraisal of a mobile cervical cytology screening service. *S Afr Med J* 1997; 87(2):231.
- ⁵⁰ Vos J, Borgdorff MW, Kachidza EG. Cost and output of mobile clinics in a commercial farming area in Zimbabwe. *Soc Sci Med* 1990; 31(11):1207-1211.
- ⁵¹ Guyatt H, Evans D, Lengeler C, Tanner M. Controlling schistosomiasis: the cost-effectiveness of alternative delivery strategies. *Health Policy Plan* 1994; 9(4):385-395.
- ⁵² Fox-Rushby JA. The Gambia: cost and effectiveness of a mobile maternal health care service, West Kiang. *World Health Stat Q* 1995; 48(1):23-27.
- ⁵³ Kohli HS, Teo PY, Howie FM, Dobson HM. How accessible is the breast screening assessment centre for Lanarkshire women? *Health Bull (Edinb)* 1995; 53(3):153-158.
- ⁵⁴ Bronny AT. Mobile dental practice: financial considerations. *Spec Care Dentist* 1989; 9(5):160-164.
- ⁵⁵ Doherty NJ, Crakes G. Estimating the costs of public dental programmes: mobile clinics. *Community Dent Health* 1987; 4(2):151-156.
- ⁵⁶ Clarke JR, Bradnock G, Hamburger R. The uptake and completion of dental treatment using a mobile clinic in central Birmingham, UK. *Community Dent Health* 1992; 9(2):181-185.
- ⁵⁷ Doherty N, Paturzo D. Costs and dental care in mobile clinics. *J Public Health Dent* 1977; 37(4):266-274.
- ⁵⁸ Civerchia L, Ravindran RD, Apoorvananda SW, Ramakrishnan R, Balent A, Spencer MH et al. High volume intraocular lens surgery in a rural eye camp in India. *Ophthalmic Surg Lasers* 1996; 27(3):200-208.
- ⁵⁹ Singh AJ, Garner P, Floyd K. Cost-effectiveness of public-funded options for cataract surgery in Mysore, India. *Lancet* 2000; 355(9199):180-184.
- ⁶⁰ Oboler SK, Blieden MA, Carter SA, Jahnigen DW, Luck TC, Mathew M et al. A mobile internal medicine clinic. *Arch Intern Med* 1983; 143(1):97-99.
- ⁶¹ Guo S, Biegel DE, Johnsen JA, Dyches H. Assessing the impact of community-based mobile crisis services on preventing hospitalization. *Psychiatr Serv* 2001; 52(2):223-228.
- ⁶² Harnoncourt KH. A program for the prevention of lung diseases. *Lung* 1990; 168 Suppl:514-519.
- ⁶³ Flynn BS, Gavin P, Worden JK, Ashikaga T, Gautam S, Carpenter J. Community education programs to promote mammography participation in rural New York State. *Prev Med* 1997; 26(1):102-108.
- ⁶⁴ Ettling MB, Thimasarn K, Krachaiklin S, Bualombai P. Evaluation of malaria clinics in Maesot, Thailand: use of serology to assess coverage. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1989; 83(3):325-330.

⁶⁵ Gilbert L, Chikte UM, Josie-Perez A, Brand AA, Rudolph MJ. The impact of a mobile dental system on a school community. Part III--Teachers and parents response to a mobile dental system at school. *J Dent Assoc S Afr* 1994; 49(10): 501-506

⁶⁶ McCutcheon JP, Ijsselmuiden CB. Analysis of an immunisation programme in a rural area. *S Afr Med J* 1987; 72(5): 329-331.

⁶⁷ Morrison C. India's mobile health teams set pace for progress in urban communities. *Popul Concern News* 1996; (11) : 3

⁶⁸ Ellen JM, Bonu S, Arruda JS, Ward MA, Vogel R. Comparison of clients of a mobile health van and a traditional STD clinic. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003; 32(4): 388-393

⁶⁹ Edgecombe J, O'Rourke B. Mobile outreach services for young people. *Int J Adolesc Med Health* 2002; 14(2): 111-115.

⁷⁰ Sustainable Outreach Services, WHO/V&B/00.37

⁷¹ Shally Awasthi, D A P Bundy, Lorenzo Savioli, Helminthic infections. *BMJ* 2003; 327: 431- 433.

Misión

El Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), organización imparcial, neutral e independiente, tiene la misión exclusivamente humanitaria de proteger la vida y la dignidad de las víctimas de la guerra y de la violencia interna, así como de prestarles asistencia. En las situaciones de conflicto, dirige y coordina las actividades internacionales de socorro del Movimiento. Procura, asimismo, prevenir el sufrimiento mediante la promoción y el fortalecimiento del derecho y de los principios humanitarios universales. Del CICR, fundado en 1863, nació el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.



CICR

Comité Internacional de la Cruz Roja
19, Avenue de la Paix
1202 Ginebra, Suiza
T + 41 22 734 60 01 **F** + 41 22 733 20 57
Correo electrónico: shop.gva@icrc.org
www.cicr.org
© CICR, Agosto de 2006

Foto de cubierta: Carlos Ríos/CICR

0886/003T: 09/2006