

Guidelines for the Use of Foreign Field Hospitals in the Aftermath of Sudden-Impact Disaster¹

Guía de la OMS y la OPS para el uso de hospitales de campaña extranjeros en caso de desastres

Department of Emergency and Humanitarian Action, the World Health Organization; Area on Emergency Preparedness and Disaster Relief, the Pan-American Health Organization
Organización Mundial de la Salud, Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre, Organización Panamericana de la Salud

This is a consensus document developed during an International meeting, *Hospitals in Disasters—Handle with Care*, convened in San Salvador, El Salvador, 08–10 July 2003. The views expressed, the recommendations made, and the terms employed in this publication do not necessarily reflect the current criteria or policies of PAHO/WHO or of its Member States. PAHO and WHO welcome requests for permission to reproduce or translate, in part or in full, this publication.

Applications and inquiries from the Americas should be addressed to the Area on Emergency Preparedness and Disaster Relief, Pan American Health Organization, 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, DC 20037 USA
Fax: (202) 775-4578
E-mail: disasterpublications@paho.org;

Applications and inquiries from the rest of the world should be made to the Department of Emergency and Humanitarian Action, World Health Organization, 20 Avenue Appia Geneva, Switzerland
Fax: (4122) 791-4844
E-mail: eha@who.int.

This publication has been made possible through the financial support of the International Humanitarian Assistance Division of the Canadian International Development Agency (IHA/CIDA), the Office for Foreign Disaster Assistance of the United States Agency for International Development (OFDA/USAID), and the United Kingdom's Department for International Development (DFID)

Keywords: Advanced Trauma Life Support; disasters, natural; donation; events, sudden-onset; field hospitals; medical care; responses;

Abbreviations:

ATLS = Advanced Trauma Life Support
FFH = Foreign Field Hospital

Abstract

Natural and complex disasters can cause a dramatic increase in the demand for emergency medical care. Local health services can be overwhelmed, and damage to clinics and hospitals can render them useless. Many countries maintain mobile field hospitals for defense or humanitarian purposes. Dispatching these facilities to disaster-affected countries would seem an ideal response to emergency medical needs. Unfortunately, experience has shown that in the case of natural disasters, field hospitals often have not met the expectations of recipients and donor institutions.

In July 2003, the World Health Organization and Pan American Health Organization sponsored a workshop in El Salvador to discuss the pros and cons of using foreign field hospitals in the aftermath of natural disasters. These guidelines are the result of that workshop. The workshop participants identified different phases when foreign field hospitals and specialized medical personnel are most useful. They can provide advanced trauma care and life support if at the disaster site within 48 hours of the impact of an event; they would provide follow-up care for trauma victims and resumption of routine medical care in the two weeks following the event; during rehabilitation and reconstruction phases (from two months to two or more years), a field hospital might serve as a temporary replacement for damaged health facilities. These guidelines propose conditions that field hospitals and their staff should meet for each of these phases. The guidelines also outline issues that authorities in donor countries and disaster-affected countries should discuss before mobilizing a field hospital.

World Health Organization/Pan-American Health Organization: Guidelines for the use of foreign field hospitals in the aftermath of sudden-onset disasters. *Prehosp Disast Med* 2003;18(4):278–290.

abstracto

Los desastres naturales y complejos pueden provocar un gran incremento en la demanda de atención médica de emergencia. Los servicios de salud locales se pueden encontrar abrumados y el daño a clínicas y hospitales los puede, además, dejar inservibles.

Muchos países mantienen hospitales de campaña móviles para ser usados en conflictos bélicos o en misiones humanitarias. Enviar estas instalaciones a países afectados por desastres podría parecer la respuesta ideal para las necesidades médicas de emergencia.

Desafortunadamente, la experiencia ha demostrado que, en el caso de desastres naturales, los hospitales de campaña muchas veces no cumplen las expectativas de los beneficiarios o las instituciones donantes. En julio de 2003, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud auspiciaron un taller en El Salvador para discutir los beneficios y las desventajas de usar hospitales de campaña extranjeros después de desastres naturales.

Introduction

Both natural and complex disasters may produce a massive number of casualties that outstrip the ability of the local health care system to provide the required care. Damage to the health care infrastructure will further compromise the delivery of health services. As a consequence, affected and collaborating countries are anxious to find ways to provide immediate medical care to victims. An obvious solution would seem to be the dispatch of mobile field hospitals to the stricken area. In complex disasters (civil conflicts and wars), field hospitals—civilian or military—have been used with notable success. However, the experience in the aftermath of disasters resulting from natural events in developing countries has proven to be less satisfactory in terms of effectiveness and cost. These perceived shortcomings prompted the World Health Organization (WHO) and the Pan-American Health Organization (PAHO) to convene a meeting of experts to review guidelines regarding the dispatch or donation of foreign field hospitals (FFH) to areas in which a disaster has compromised the delivery of health services, particularly in developing countries. Systematic and independent evaluation of FFH used in disasters will be required to further refine the following recommendations.

Definition

For the purpose of these guidelines, a *field hospital* is defined as a mobile, self-contained, self-sufficient health care facility capable of rapid deployment and expansion or contraction to meet immediate emergency requirements for a specified period of time. The field hospital may be dispatched temporarily with personnel or donated without personnel. It is understood that field hospitals are deployed only: (1) following an appropriate declaration of emergency and a request from the health authorities of the affected country; (2) when they are integrated into the local health services system; and (3) when the respective roles and responsibilities for their installation and operational sustentation have been clearly defined.

Uses for Foreign Field Hospitals

Field hospitals may be used to substitute or complement medical systems in the aftermath of sudden-impact events that produce disasters for three distinct purposes:

1. Provide early emergency medical care (including Advanced Trauma Life Support (ATLS)). This period lasts only up to 48 hours following the onset of an event.
2. Provide follow-up care for trauma cases, emergencies, routine health care, and routine emergencies (from Day 3 to Day 15).
3. Act as a temporary facility to substitute damaged installations pending final repair or reconstruction (usually from the second month to two or more years).

The FFH should meet some essential requirements to ensure that it benefits the affected population. Ideally, it also should meet some additional (optional) criteria. The World Health Organization (WHO) and the Pan-American Health Organization (PAHO) suggest the following "Essential Requirements" and "Additional (or optional) Criteria" for each intended purpose.

EARLY EMERGENCY MEDICAL CARE (First 48 hours)

Essential Requirements

Be operational on-site within 24 hours after the impact of the event

The interval must begin from the time of occurrence of the mass casualties and not, as usually advertised by donors, from the time the request is acted upon by the assisting country or organization. This is an essential medical requirement for life-saving response, and is not an administrative condition that can be waived.

Be entirely self-sufficient

In the early phase, a FFH should be able to operate with a minimum of support/utilities from the affected community. At the least, it should have sufficient power generating capacity and medical supplies and equipment to operate independently for the first 48 hours. The staff should require minimal or no support (food, accommodation, etc.) from the host community.

Offer similar or higher standards of medical care than were available in the affected country prior to the precipitating event

The medical personnel should be qualified and have prior experience in managing mass casualties (including the concept of triage) and in treating victims with acute, multiple injuries.

Optional (Additional) Criteria

Be familiar with the health situation and culture of the affected country

Sharing the same language and culture or being familiar with the health systems and level of technology of the affected country are highly desirable, even in the immediate aftermath of a natural disaster (first two days). In practice, those medical facilities that are available within the first 24 hours most likely will come from the closest neighbors who share the same language and culture.

Issues that must be clarified before accepting/requesting a field hospital for early emergency trauma/medical care (first 48 hours)

Questions both parties (recipient and donor) should ask: When can the FFH actually and effectively start assessing and treating victims?

If not within 24 hours of the impact, consider accepting this facility using the criteria for secondary care and routine emergencies (3–15 days). Beware of vague answers or misleading statements that indicate that the hospital can be "activated" or mobilized within, for example, six hours. What you need to know is when it can be operational on-site.

Is the hospital fully self-sufficient (including power and water)? For how long?

Only self-sufficient hospitals should be accepted.

Esta guía fue discutida y aprobada en ese taller. Los participantes identificaron diferentes fases en las que los hospitales de campaña extranjeros y el personal médico especializado son más necesarios. La guía presenta directrices básicas que el hospital de campaña y su personal deben cumplir para cada una de las fases y recomienda puntos críticos que las autoridades de los países donantes y los afectados por el desastre deben discutir antes de mover un hospital de campaña.

Organización Mundial de la Salud, Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre, Organización Panamericana de la Salud: Guía de la OMS y la OPS para el uso de hospitales de campaña extranjeros en caso de desastres. *Medicina Prehospitalaria y de Catástrofes* 2003;18(4):nnn-bbb.

Introducción

Tanto los desastres naturales como los desastres denominados complejos pueden provocar un elevado número de víctimas que supere la capacidad del sistema de atención sanitaria local para prestar los cuidados necesarios. Además, los eventuales daños en la infraestructura sanitaria suelen incidir negativamente en la prestación de los servicios de salud y la reparación de esas instalaciones puede llevar años. Ante estas circunstancias, tanto los países afectados como aquellos que les prestan ayuda buscan la manera de prestar atención médica inmediata a las víctimas. El envío de hospitales de campaña a las zonas afectadas por desastres podría parecer una solución obvia. Los hospitales de campaña—civiles y militares—se han utilizado con notable éxito en desastres complejos (conflictos civiles y guerras). Pero la experiencia en la utilización de hospitales de campaña en situaciones de desastres naturales en los países en desarrollo ha sido menos satisfactoria en lo que a efectividad y costo se refiere.

En vista de estas deficiencias percibidas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) decidieron convocar a una reunión de expertos para analizar líneas directrices relativas al envío y a la donación de hospitales de campaña extranjeros a zonas en las cuales la prestación de servicios sanitarios se ve afectada en casos de desastres, particularmente en países en desarrollo.

Esta guía fue elaborada recogiendo las recomendaciones de estos expertos, pero será necesaria la evaluación sistemática e independiente del uso de los hospitales de campaña extranjeros en casos de desastre para pulir y perfeccionar las recomendaciones que figuran a continuación.

Definición

Para los fines de esta guía, un hospital de campaña es "una infraestructura de atención sanitaria móvil, autocontenida y autosuficiente que se puede desplegar, instalar y expandir, o en su defecto desmantelar, con rapidez para satisfacer las necesidades inmediatas de atención de salud durante un lapso determinado". El hospital de campaña puede ser enviado provisionalmente dotado de personal, o a título de donación, sin personal.

Se entiende que un hospital de campaña extranjero será enviado exclusivamente; (1) después de una declaración de

la situación de emergencia y atenderá a la solicitud de las autoridades sanitarias del país afectado; (2) estará integrado en el sistema de servicios sanitarios locales; y (3) las funciones y responsabilidades conexas a su instalación y a su funcionamiento operativo estarán claramente definidas.

Empleo de hospitales de campaña extranjeros

Los hospitales de campaña podrán utilizarse para reemplazar o complementar a los sistemas médicos a raíz de desastres provocados por fenómenos naturales repentinos con tres propósitos distintos:

1. Proporcionar atención médica inicial de emergencia (incluidos cuidados intensivos vitales en caso de traumatismos) hasta 48 horas después de ocurrido el fenómeno natural.
2. Prestar atención de seguimiento de traumatismos, emergencias y atención sanitaria de rutina, y emergencias corrientes (desde el día 3 al día 15).
3. Funcionar como instalación provisional en reemplazo de la infraestructura sanitaria que haya sufrido daños, mientras se la repara o reconstruye definitivamente (generalmente desde el segundo mes hasta dos o más años).

Todo hospital de campaña extranjero debe satisfacer ciertos requisitos fundamentales que garantizan el beneficio a la población afectada. De manera idónea, debiera también cumplir con algunos criterios (optativos) adicionales.

ATENCIÓN MÉDICA INICIAL DE EMERGENCIA (Primeras 48 horas)

Requisitos fundamentales

Capacidad operativa in situ en el transcurso de las primeras 24 horas siguientes al acontecimiento

El plazo debe quedar claramente entendido desde el momento en el cual se registra una cantidad masiva de víctimas y no, como suelen promocionar los donantes, a partir del momento en el cual el país o la organización que presta asistencia da curso a la solicitud. Se trata de una condición médica esencial para una intervención destinada a salvar vidas y no de un trámite administrativo que pudiera obviarse.

Capacidad para funcionar de manera totalmente autosuficiente

En la primera fase, el hospital de campaña extranjero debe tener capacidad para funcionar con apoyo y servicios públicos mínimos de la comunidad afectada. Debe contar, por lo menos, con capacidad para generar energía eléctrica, suministros médicos y equipo suficientes para funcionar de modo independiente durante las primeras 48 horas. Su personal debe necesitar el mínimo o ningún apoyo (alimentación, alojamiento, etc.) de la comunidad afectada.

Ofrecer estándares de atención médica comparables o más elevados a los existentes en el país afectado con anterioridad al acontecimiento

El personal médico debe estar calificado y contar con experiencia previa en la gestión de víctimas en masa (incluido el concepto de triage de pacientes) y en el tratamiento de víctimas con lesiones agudas múltiples.

Type of equipment and services available?

Number of beds?

Stabilization and transfer of patients only?

Full operating room capacity?

General anesthesia?

Blood bank and laboratory?

The reply will tell you what you can reasonably expect in terms of performance and services.

Type of medical staff available?

Number, qualifications and seniority?

Prior experience in mass casualty management?

Medical staff inexperienced in disasters, too junior or from a specialty unrelated to trauma/medical emergencies are not as useful as emergency physicians and trauma surgeons from a busy trauma department.

How long can the FFH stay?

Longer is not necessarily better. A FFH staff unfamiliar with local culture and health services quickly outlive their usefulness (and welcome). Needs change after a few days, as should the profile of the assisting medical staff.

What is the most appropriate location for installation of this FFH?

This depends on medical needs (identified by recipient country), logistical imperatives (roads, infrastructure), and access by victims. Generally, FFH are better placed in the proximity of a local health facility (even if it is out of service).

FOLLOW-UP TRAUMA AND MEDICAL CARE (Day 3 to Day 15)

Following the first 48 hours when provision of acute care does save lives, the health services progressively are overwhelmed by the need for secondary or maintenance care for the trauma victims as well as the demand resulting from the rapid emergence of normal emergencies or routine medical care. The health facilities may not be fully operational and staff will urgently need some rest and time to care for possible personal losses. When the local health installations remain functional, this need of external assistance is better met by medical brigades or teams from within the country or from culturally compatible neighbors rather than by expensive or bulky FFH. The primary role of the FFH is to temporarily fill the gaps in emergency medical assistance resulting either from the large number of casualties or the inability of the local health services to respond to normal emergencies. The duration of the FFH operations usually should not exceed 15 days, but can be extended at the specific request of the affected country.

Essential Requirements

Be fully operational within 3–5 days

Early arrival at the site no longer is a matter of life or death as almost all of the victims will have received acute care from the local health workers, and the few field hospitals or medical teams from outside the disaster-affected area who were able to arrive in time to provide effective medical care.

A few hours may not make a significant difference after the first 24 hours, so hasty decision-making by the recipient government is counterproductive. Nevertheless, in order to assist with the provision of health care that meets immediate needs of the affected community, such field hospitals must be operational within three to five days following the impact.

Minimal need for support from the local communities

The FFH must be self-sufficient (staff, medicines, equipment and supplies, orthopedic surgery and minor interventions, anesthesia, external consultation, and accommodation of the FFH staff). Water and power may be restored at least for critical facilities in the community affected. The FFH reasonably may expect to receive some support from the local authorities. However, due to the expected unreliability of these services, when necessary, the FFH should be able to provide its own source of energy and water.

Basic knowledge of the health situation and language, and respect for the culture

The FFH personnel are expected to initiate or continue to provide services after the initial acute care phase (first 48 hours) and must be able to communicate with the patients, the local authorities, and colleagues in the health services. The staff should have some familiarity with endemic local pathology. Some of the staff should speak the local language or interpreters must be provided. Medical personnel utterly unfamiliar with the environment have proven not only to be of limited utility, but often have turned out to be a burden and a source of contention for the host community.

Availability of selected specialties

The FFH must include health professionals in areas other than orthopedics, such as general surgery, anesthesiology, internal medicine, gynecology and obstetrics, and pediatric with the paramedical and support staff to meet the type and variety of services they will be called on to provide. The equipment and facilities should allow assessment and treatment of all patients regardless of age or gender.

Sustainability (appropriate technology)

The bulk of the assistance from the FFH may consist of external consultations and routine (non-disaster-related) hospital care. Foreign field hospitals do not stay for extended periods of time, and the local health workers are expected to assume full function within a few weeks after the precipitating event.

The quality and sophistication of the care provided by the FFH must be sustainable by the local health services once the FFH has departed. Short-lived availability of higher technological care (diagnosis, medicines, etc.) often raises unrealistic expectations from the population and leaves the local health services in a weakened position.

Evaluation of the cost-effectiveness and cost-benefit associated with the use of the FFH

Setting up a field hospital is an expensive undertaking. A detailed agreement between the recipient and donor must be made specifying who will be responsible for costs associated

Criterios optativos

Conocimiento de la situación sanitaria y de la cultura del país afectado

Un idioma y una cultura comunes y el conocimiento de los sistemas sanitarios y del nivel tecnológico del país afectado son elementos en extremo deseables, incluso en la fase inmediata posterior a un desastre natural (los primeros dos días). En la práctica, las instalaciones médicas que están disponibles en el transcurso de las primeras 24 horas suelen proceder de los países vecinos que comparten el idioma y la cultura del país afectado.

Aspectos que conviene aclarar antes de aceptar o solicitar un hospital de campaña para atención médica inicial de emergencia (primeras 48 horas)

Preguntas que se deben plantear al gobierno donante y el gobierno beneficiario

¿En qué plazo se puede comenzar a proporcionar tratamiento a las víctimas en el hospital de campaña extranjero?

Si no es posible en el transcurso de las primeras 24 horas posteriores al desastre, cabrá contemplar la aceptación de esta instalación con arreglo a los criterios establecidos para la atención secundaria y las emergencias de rutina (3–15 días). Manténgase alerta ante respuestas ambiguas o declaraciones equívocas según las cuales el hospital pudiera "activarse" o movilizarse, por ejemplo, en un lapso de seis horas. Lo que se debe saber es cuándo el hospital puede estar operativo en el lugar afectado.

¿Es el hospital completamente autosuficiente (incluido el suministro de energía eléctrica y agua potable)? ¿Qué tiempo de autonomía tiene?

Se debería aceptar únicamente los hospitales autosuficientes.

¿De qué tipo de equipos y servicios se dispone?

¿De cuántas camas se dispone?

¿Se prestan únicamente servicios de estabilización y transferencia?

¿Cuenta con plena capacidad quirúrgica?

¿Existen servicios de anestesia general?

¿Existen servicios de banco de sangre y laboratorio?

Las respuestas a estas preguntas le permitirán tener una idea razonable del rendimiento y de los servicios que se puede esperar.

¿De qué clase de personal médico se dispone? ¿De cuánto personal se dispone? ¿Cuál es su calificación y competencia? ¿Cuál es el nivel de experiencia profesional?

¿Cuenta el personal con experiencia previa en la gestión de víctimas en masa?

El personal médico sin experiencia en desastres, con poca experiencia profesional, o cuya especialidad no esté relacionada con traumatismos o emergencias médicas, no prestará servicios tan útiles como los que prestarían los médicos especializados en emergencias o los cirujanos traumatólogos que procedan de un departamento de traumatología.

¿Cuánto tiempo puede permanecer instalado el hospital de campaña extranjero?

Mayor plazo no supone necesariamente mayor beneficio.

El personal de un hospital de campaña extranjero que no esté familiarizado con la cultura y los servicios sanitarios locales se desgasta más rápido de lo esperado, pudiendo llegar a incomodar. Las necesidades cambian al cabo de unos cuantos días y el perfil del personal médico que brinda asistencia debería en consecuencia también cambiar.

¿Cuál es el lugar más apropiado para la instalación de un hospital de campaña extranjero?

Todo dependerá de las necesidades médicas (que haya identificado el país beneficiario), los imperativos logísticos (camino, infraestructura) y el acceso con que cuenten las víctimas. En general, es mejor instalar los hospitales de campaña extranjeros cerca de alguna infraestructura local de salud (incluso si ésta no funciona).

ATENCIÓN MÉDICA DE SEGUIMIENTO (día 3 a día 15)

Luego de las primeras 48 horas, cuando los cuidados intensivos suministrados marcan la diferencia entre la vida y la muerte, los servicios de salud suelen verse progresivamente abrumados ante la necesidad de atención secundaria o de seguimiento a las víctimas de traumatismos, la demanda que impone el rápido ritmo con el que surgen las emergencias corrientes y las exigencias de la atención sanitaria de rutina. Las instalaciones sanitarias podrían no estar en plenas condiciones operativas y el personal podría necesitar con urgencia descanso y tiempo para ocuparse de eventuales pérdidas de distinto orden.

Cuando la infraestructura física permita aún el funcionamiento de los servicios sanitarios locales, la necesidad de asistencia externa pudiera proporcionarse mediante el envío de brigadas o equipos médicos desde otros lugares del país o de países vecinos con rasgos culturales compatibles y no de hospitales de campaña extranjeros caros y engorrosos.

La función primordial de cualquier hospital de campaña extranjero consiste en solventar provisionalmente las deficiencias o carencias en la asistencia médica de emergencia debidas a la gran cantidad de víctimas o a la falta de capacidad de los servicios sanitarios locales para reaccionar ante emergencias corrientes. La duración de las operaciones con hospitales de campaña extranjeros no debería exceder quince días, aunque puede estar sujeta a prórroga previa solicitud del país afectado.

Requisitos fundamentales

Plena capacidad operativa en un lapso de 3 a 5 días

La inmediata presencia *in situ* ha dejado de ser una cuestión de vida o muerte puesto que casi todas las víctimas habrán recibido cuidado intenso de parte del personal de salud local, de los hospitales de campaña o de las brigadas médicas procedentes de otros lugares, que hayan podido llegar a tiempo al lugar para proporcionar atención médica eficaz.

Unas cuantas horas no inciden de manera significativa una vez transcurridas las primeras 24 horas, de manera que

with shipment, site preparation, maintenance, operational costs, staffing, etc. Donors sometimes expect the host country to cover local expenses involved in operating a field hospital (e.g., utilities, fuel, and other support), but local health services are not usually able to meet these costs.

Additional (Optional) Criteria

Cultural similarity

Familiarity with and a respect of the local culture and language are essential requirements. Ideally, the staff should share the same language and culture. Dissimilarity of culture and language has resulted in misunderstandings between the external helpers and the local staff.¹

Broad range of medical disciplines

The FFH should include a broad range of clinicians and public health professionals. Epidemiologists, hygiene/sanitation experts, and mental health experts have proven to be valuable assets.²

Issues to Clarify Before Accepting/Requesting a Field Hospital for Follow-up Care (Day 3 to Day 15)

Questions the Recipient Government Should Ask

When can the FFH actually and effectively start assessing and treating victims?

If not within five days of the impact, postpone the decision until you have completed a detailed assessment of the needs and residual health capacity. Beware of vague answers or misleading statements. What you need to know is when it can be operational on-site.

Is the hospital self-sufficient? For how long? What may be required from the host community: prepared site with drainage, water, power (specs?), interpreters, food, and accommodation for staff? When?

Normally, only self-sufficient hospitals should be accepted. However, after 48 hours, you should know where basic utilities (power, water, etc.) are available and can be provided. The reply will assist you in deciding where to locate this FFH: near a partly functional hospital or one that is totally destroyed or out of service.

What are the financial implications for the host community or health services?

Who will pay for the utilities, fuel and other support? Exemption of VAT and other taxes? This is a sensitive issue, but must be answered as completely as possible. Many FFH from less wealthy countries expect the host country to cover all local expenses. Local health services are usually unable to do so.

Type of equipment and services available? Number and type of beds? Trauma care only? Surgical capacity for most emergencies (including geriatric, obstetric and pediatric)? Diagnostic facilities (lab, X-ray)?

The reply will tell you what you can reasonably expect in terms of performance and services. Keep in mind that in large part, the demand will be for routine emergencies and chronic care of a general population.

Will your stock of medicines be sufficient for the anticipated duration of the mission and the local health situation? Is your logistical unit able to provide you with the required supplies?

Beware that some groups may use medicines that are expired or not registered in the country (refer to WHO guidelines on donations).

Are you familiar with and willing to follow the Ministry of Health or WHO treatment guidelines observed in the country?

Share any relevant standard treatment schedules or guidelines the Ministry of Health may have issued. The treatment offered by the FFH should be similar to that normally provided in the host country (e.g., oral rehydration therapy, standard Tuberculosis treatment drugs, etc.).

Medical staff: Number, qualification and seniority?

Language and culture? Insurance and liability coverage?

The staff should include professionals able to provide general care for the most common problems in the country: diarrhea; acute respiratory infection; endemic diseases; geriatric, obstetric or pediatric emergencies, etc.

Will the medical staff be available and equipped for visits to outreach areas?

The use of FFH personnel and resources to visit neighboring communities that do not have access to health facilities is a definite asset.

Will the FFH include public health experts?

Epidemiologist? Water and sanitation engineer? Mental health specialist?

This is not a prerequisite, but these experts are sometimes more useful than are generalist.

How long can you stay?

Longer is not necessarily better. A FFH unfamiliar with local culture and health services quickly outlives its usefulness (and welcome).

Who is paying for what?

Details of costs are to be identified and an agreement worked out between donor and recipient specifying who will be responsible for paying for what (e.g., site preparation, transport, operational costs, waste disposal, maintenance, and repairs).

Questions the Donor Should Ask

Where (city, village, or community) should we install the FFH? Available utilities: water, power, etc? Nearest health facility or hospital? Is the site prepared to install the FFH?

Details on the site requirements (area, drainage, etc.) and the need for utilities should be provided to facilitate decision-making by the authorities. Field hospitals are expected to be self-sufficient.

What will be provided as a counterpart contribution (no cost to the donor) by the host country? Site preparation, utilities, security, additional staff, transportation, accommodation?

toda decisión apresurada por parte del país beneficiario es contraproducente. No obstante, para brindar asistencia en la prestación de servicios sanitarios acordes con las necesidades inmediatas de la comunidad afectada, los hospitales de campaña deben estar en capacidad de funcionar en un lapso de tres a cinco días después del siniestro.

Mínima necesidad de apoyo por parte de las comunidades locales

El hospital de campaña extranjero debe ser autosuficiente (personal, medicamentos, equipo y suministros, cirugía ortopédica e intervenciones menores, anestesia, consulta ambulatoria y alojamiento del personal). El suministro de agua y de energía eléctrica puede restablecerse por lo menos para las instalaciones y la infraestructura vitales de la comunidad afectada. El hospital de campaña extranjero podría esperar cierto apoyo de las autoridades locales, pero puede contemplar la posibilidad de que los servicios no sean fiables y por lo tanto el hospital de campaña extranjero ha de contar con capacidad para disponer de suministro de energía eléctrica y agua potable.

Conocimientos básicos de la situación sanitaria y del idioma, así como respeto por la cultura

Se espera que el hospital de campaña extranjero inicie sus servicios o continúe prestándolos después de la fase inicial de cuidados intensivos (primeras 48 horas), de tal suerte que su personal debe ser capaz de comunicarse con los pacientes, las autoridades y los demás colegas de los servicios de salud. El personal debe estar algo familiarizado con las patologías locales endémicas. Algunos de los miembros del personal deberán ser capaces de expresarse en el idioma local o, en su defecto, se deberá prever los servicios de intérpretes.

Se ha comprobado que el personal médico que no está familiarizado con el entorno local, además de aportar limitado beneficio, a menudo se ha convertido en una carga y en elemento de discordia para la comunidad afectada.

Disponibilidad de determinadas especialidades

Entre el personal del hospital de campaña deben figurar profesionales de la salud especializados en otras ramas además de la ortopedia, como cirugía general, anestesiología, medicina interna, ginecología y obstetricia, pediatría, junto con personal paramédico y auxiliar, capaces de prestar el tipo y la variedad de servicios que se exigirá de ellos. El equipo y las instalaciones deberán permitir la evaluación y el tratamiento de todos los pacientes, independientemente de su edad o sexo.

Sustentabilidad (tecnología apropiada)

La mayor parte de la asistencia que se preste en un hospital de campaña podría consistir en consultas ambulatorias y atención hospitalaria de rutina (no relacionada con el desastre). El hospital de campaña extranjero no permanece instalado durante períodos prolongados, previéndose que los profesionales de la salud locales asuman plenamente la prestación de los servicios al cabo de unas cuantas semanas luego del siniestro.

El nivel de calidad y de sofisticación de la atención que se preste debe ser sostenible por los servicios sanitarios locales tras la partida del hospital de campaña extranjero. La disponibilidad de una atención de elevado nivel tecnológico (diagnóstico, medicamentos, etc.) durante un breve lapso suele forjar expectativas poco ajustadas a la realidad por parte de la población y socava la posición de los servicios sanitarios locales.

Evaluación de la relación costo eficacia y del costo/beneficio en la utilización de hospitales de campaña extranjeros

Instalar un hospital de campaña es un proceso muy costoso. Se debe hacer un acuerdo detallado entre el recipiente y el donante, especificando quien se hará responsable por los costos asociados con el envío, preparación del lugar de ubicación, mantenimiento, gastos operacionales, personal, etc. Los donantes a veces esperan que el país recipiente cubra los gastos locales involucrados en la operación de un hospital de campaña (por ejemplo, utilidades, combustible y otro apoyo), pero los servicios de salud locales con frecuencia no pueden cubrirlos.

Crterios Optativos

Similitud cultural

El conocimiento de la cultura y del idioma local constituye un requisito fundamental. De manera idónea, el personal debería expresarse en el idioma e identificarse con la cultura del país beneficiario. Las disparidades entre culturas e idiomas ha dado lugar a malos entendidos entre quienes prestan asistencia externa y el personal local.¹

Amplia gama de disciplinas médicas

En el personal de un hospital de campaña extranjero se debe incluir una amplia gama de médicos clínicos y profesionales especializados en salud pública. La experiencia demuestra que los expertos en epidemiología, higiene, saneamiento y salud mental son recursos humanos en extremo valiosos.

Aspectos que conviene aclarar antes de aceptar o solicitar un hospital de campaña para la atención de seguimiento (día 3 a día 15)

Preguntas que se debe plantear el gobierno beneficiario

¿Cuándo puede el Hospital de Campaña iniciar la evaluación y tratamiento de las víctimas?

Si no es posible en el transcurso de los cinco primeros días posteriores al desastre, aplase la decisión hasta que haya concluido una detallada evaluación de las necesidades y de la capacidad sanitaria remanente. Manténgase alerta ante respuestas ambiguas o declaraciones equívocas. Lo que se debe saber es cuándo el hospital puede estar funcionando en el lugar en cuestión.

¿Es el hospital autosuficiente? ¿Qué tiempo de autonomía tiene? ¿Qué se puede necesitar de la comunidad de acogida: sitio preparado con drenaje, suministro de agua y electricidad (especificaciones), intérpretes, alimentación y alojamiento para el personal? ¿En qué momento?

Normalmente debieran aceptarse solo los hospitales autosuficientes. No obstante, al cabo de 48 horas suele ser posible saber dónde existen y dónde se puede disponer de servicios

Ideally, the FFH should be donated with a budget to cover all local expenses, from utilities to hiring local staff. If this is not the case, specify in advance what you expect as a counterpart contribution from the host country.

Whom should we report to in the capital and locally?

The FFH must report to the regional/local health authority. Clarify the channel: The director of the hospital? Someone else?

Will the Ministry of Health assign a permanent liaison officer to the FFH?

A liaison officer assigned from the host Ministry of Health to the FFH will facilitate smooth coordination.

Size of the population? Number and severity of injuries? Any particular health problem in this community?

This information is important, but often is unavailable at the time of deployment.

What is the status of the (nearest) local hospital or health center? What type of services is it able to offer? If damaged and out of service, what will be the role of the local health staff? Should they be absorbed and utilized?

It is essential to determine whether the FFH will supplement or replace the local facility. Local health workers must be integrated into the FFH staff if the local facility is destroyed.

What information and reports will the host country require? Should the local reporting format be used or adapted?

Reporting on activities and diseases in a format required by the host health services is an obligation of the FFH, including military ones.

DONATION OF FFH (Without Personnel) TO SERVE AS A TEMPORARY HOSPITAL (from Second Month to Several Years)

The use of donated, transportable hospitals may appear to uninformed decision-makers as the ideal, no-cost, ready-to-use alternative pending the repair or reconstruction of a major health facility. However, it is not the miracle solution anticipated by health authorities of the host country. The deployment of a FFH presents particular challenges and should be considered cautiously. In the aftermath of recent disasters, hasty political decisions and unrealistic expectations have caused problems ranging from inadequate facilities for patients and staff, unexpected costs to the host, and political misunderstandings between both parties. National authorities should approach the issue of a donation of a FFH in terms of providing a *durable, temporary hospital* (rehabilitation phase) until a permanent solution (reconstruction phase) is available. A mobile FFH is one of the many alternatives for the provision of routine health care, and must be considered on the bases of cost-effectiveness and cost-benefit.

Essential Requirements

Lack of other more cost-effective alternatives

Donating field hospitals involves serious expenditures for both the donor and recipient (transportation, maintenance, utilities). Field hospitals are not cost-effective from either the recipient's or donor's point of view. Given the expected duration of the need for temporary facilities (years and not months as generally expected by local health administrators) and the technical shortcomings of this solution, other and more suitable temporary facilities should be proposed using the funds assigned to this highly visible measure. It is recommended that the donor consider building a more durable, temporary facility using, by order of priority: prefabricated modules, metal containers, wood and plywood, and adaptation of an existing building. Should funds be earmarked exclusively for the donation of a FFH, some additional conditions should be met.

Appropriate standards for both the patients and the staff

Considering the duration of the use of the temporary facilities and the admission of long-term patients, the FFH should provide a level of comfort for patients, health workers, and support personnel in terms of space, temperature control and resistance to water, and other environmental elements appropriate to the local climatic conditions. Similarly, the donated medical equipment should meet the standards to which the health services are accustomed. These standards will vary from country to country and from urban to rural areas.

Designed for use until final reconstruction

A temporary accommodation should be able to withstand abuse and poor maintenance, and remain water-tight and functional for the anticipated duration of reconstruction of the damaged hospital (generally two years or more). Tents and inflatable modules deteriorate due to lack of maintenance and careless handling by the staff and public. Under the best care, tents must be replaced every six months. Steel containers have a much longer useful life making them a more durable choice. Prefabricated modules also offer attractive solutions and allow more flexibility in selecting or using medical equipment. The initial time frame for a field hospital given as a donation should be for a period of one year with the possibility of extension only by agreement between the donor and recipient. (This time limit should serve to stimulate national officials to complete repairs/rebuilding of the damaged/destroyed facility.)

Installation and maintenance support provided at no cost to the affected country

Deployment and maintenance of a field hospital is a complex task requiring significant support from the donor institution. A formal agreement between the donor and recipient for a mutually agreed upon period of time must be formulated, including:

1. Operational and financial responsibility of the donor for on-site installation of the facility as well as its "sustentation" (this military term includes daily maintenance, preservation and preventive replacement);
2. Provision of spare parts especially for equipment not available locally;
3. Training of the medical/technical staff and the maintenance

públicos (suministro de agua, electricidad, etc.). Las respuestas a estas preguntas serán útiles para decidir la ubicación del hospital de campaña extranjero: la proximidad de un hospital que funcione parcialmente, de alguno que haya quedado totalmente destruido o que no pueda funcionar.

¿Cuáles son las repercusiones financieras para la comunidad de acogida y para los servicios sanitarios locales? ¿Quién sufragará el costo de los servicios públicos, el combustible y demás apoyo? ¿Existirá exención del pago del IVA y otros impuestos?

Se trata de asuntos delicados que deberán quedar aclarados tanto cuanto sea posible. En la donación de hospitales de campaña procedentes de países no tan pudientes se espera que el país beneficiario corra con todos los gastos locales. Los servicios sanitarios locales suelen no estar en capacidad de hacerlo.

¿De qué tipo de equipos y servicios se dispone? ¿De cuántas camas se dispone? ¿Se prestan únicamente servicios de traumatología? ¿Cuenta con capacidad quirúrgica para atender la mayoría de casos de emergencia (incluidos casos geriátricos, obstétricos y pediátricos)? ¿Existen servicios de diagnóstico (laboratorio, radiología)?

Las respuestas a estas preguntas le permitirán tener una idea del rendimiento y de los servicios que razonablemente se puede esperar. Tenga presente que gran parte de la demanda corresponderá a emergencias corrientes y a la atención de casos crónicos de la población en general.

Preguntas que se debe plantear el gobierno beneficiario

¿Bastarán las existencias de medicamentos para la duración prevista de la misión y ante la situación sanitaria local? ¿Está su unidad logística en capacidad de abastecer al hospital de campaña con los suministros necesarios?

Esté precavido con respecto a grupos que pudieran emplear medicamentos con fecha de caducidad vencida o que no estén registrados en el país (refiérase a las directrices de la OMS sobre donaciones).

¿Está familiarizado con las directrices del Ministerio de Salud o de la OMS que se aplican en el país y está dispuesto a acatarlas?

Comunique todo cronograma o directriz relativos a tratamientos normalizados que pudiera haber emitido el Ministerio de Salud. El tratamiento que se administre en los hospitales de campaña extranjeros debe ser similar a aquel que se proporciona en el país beneficiario (por ejemplo, terapia de rehidratación oral, medicamentos normalizados para el tratamiento de tuberculosis, etc.).

¿Cuántos miembros del personal médico? ¿Con qué cualificación y competencia? ¿Con cuántos años de experiencia? ¿Con qué idioma y cultura? ¿Gozan de seguro y cobertura contra riesgos?

Entre los miembros del personal deben figurar profesionales capaces de atender problemas de salud corrientes en el país: entre otras, enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, enfermedades endémicas, emergencias geriátricas, obstétricas y pediátricas.

¿Estará el personal médico disponible y dotado de equipo para realizar visitas a zonas de influencia del hospital?

No cabe duda de que es una ventaja poder contar con el personal y los recursos del hospital de campaña para efectuar visitas a las comunidades vecinas que no gozan de acceso a la infraestructura de salud.

¿Se incluirá en el personal del hospital de campaña extranjero a expertos en salud pública, algún epidemiólogo, ingenieros hídricos y sanitarios, o a algún especialista en salud mental?

No se trata de una condición previa imprescindible, pero en la consulta ambulatoria los servicios de estos especialistas son sin duda más útiles que los de los médicos generales.

¿Cuánto tiempo puede permanecer instalado el hospital de campaña extranjero?

Mayor plazo no supone necesariamente mayor beneficio. El personal de un hospital de campaña extranjero que no esté familiarizado con la cultura y los servicios sanitarios locales se desgasta más rápido de lo esperado, pudiendo llegar a incomodar.

Y la pregunta más delicada:

¿Quién paga qué?

Deberán determinarse los detalles de los costos y el donante y el beneficiario concertarán un acuerdo en el cual quede claramente especificada la responsabilidad de cada uno con respecto al pago de los distintos componentes (por ejemplo, preparación del sitio de instalación, transporte, costos operativos, eliminación de desechos, mantenimiento y reparaciones)

Preguntas que se debe plantear el gobierno donante

¿En dónde se debería instalar el hospital de campaña (ciudad, pueblo o comunidad)? ¿De qué servicios públicos se dispone: suministro de agua potable, electricidad, etc.?

¿Cuál es el hospital o la infraestructura sanitaria más próxima? ¿Ha sido el sitio preparado para la instalación del hospital de campaña?

Se deberá proporcionar información detallada sobre las condiciones que debe reunir un sitio de instalación (superficie, drenaje y alcantarillado, etc.) y la necesidad de servicios públicos para facilitar la adopción de decisiones por parte de las autoridades. Se espera que los hospitales de campaña sean autosuficientes.

¿Cuál será la contribución que el país beneficiario brinde (sin costo para el donante)? ¿Preparación del sitio para instalación, servicios públicos, servicios de seguridad, personal adicional, transporte, alojamiento?

De manera idónea, el hospital de campaña extranjero se debería donar con un presupuesto asignado para sufragar todos los costos locales conexos a la prestación de servicios públicos o a la contratación de personal, entre otros. Sin embargo, de no ser así, especifique de antemano la contribución que en contrapartida se espera del país beneficiario.

- nance personnel in the use and care of the equipment;
4. Clear definition of responsibilities of each party including the conditions for transfer of responsibilities;
 5. Mechanism for joint evaluation of the hospital use, its cost-effectiveness and cost-benefit.³

Additional (Optional) Criteria

Attention to numerous health considerations (water and sanitation) and technical factors (e.g., voltage, type of air conditioning, need for fuel) is important. The services of experienced logisticians familiar with this type of equipment should be sought before a final decision is made.

Issues that must be clarified before accepting the donation of a foreign field hospital to serve as a temporary hospital (2 months to 2 or more years).

Questions the recipient country should ask:

How many patients can the proposed FFH accommodate?

If it does not meet your needs, seek another solution, since exceeding this capacity will shorten considerably the life expectancy of the facility.

Can the capacity be expanded in a modular way?

Seek advice from professionals. Beware of promotional statements motivated by the public relations value of the donation of a FFH.

How long is this hospital designed to last, keeping in mind the climate and other conditions?

Do NOT underestimate the time required for completing extensive repairs of the affected hospital (over two years!).

Is it made of steel container modules, tents or inflatable modules?

If the FFH consists of tents or inflatable modules, turn down the offer and seek another solution.

What is the date of manufacture?

Most military field hospitals are not available for donation unless 20–30 years old.

Questions that the recipient country should ask:

Is the donor willing to assume operational and financial responsibility for complete installation (including site preparation, drainage, etc.) as well as daily and periodic maintenance (including replacement as needed) for the intended duration?

Maintenance of FFH is demanding, costly and time-consuming. Hospital engineers are not equipped and are too busy for this task. If the donor is not willing to assume full responsibility (assigning funds and staff), seek another alternative in order to avoid disappointment and misunderstandings from all parties.

Are those funds potentially available for the building of more durable temporary facilities?

Considerable funds are required, often from both the donor and the recipient, to make a FFH satisfactorily serve as a temporary civilian facility. If the answer to the question is "yes", suggest that the donors build a temporary wood/plywood or metal container facility. If the funds are earmarked exclusively for the donation of this FFH, technical experts should discuss:

1. *Site requirements*—Drainage of the site is critical. Access to utilities and sewage cannot be improvised.
2. *Power and utility needs (and cost)*—Military equipment may have special requirements for fuel (aviation) or power.
3. *Specifications of the medico-surgical equipment*—In most instances, the hospital staff will find it more convenient to salvage equipment from the damaged hospital rather than use outdated material designed for military use.
4. *Air-conditioning*—Compatibility with isolation of patients with infectious diseases. A closed circuit system is most common and increases the risk of circulating pathogens.
5. *Is the donor willing to support the cost of the travel of experts from the recipient country to discuss technical specifications with medical logisticians who are familiar with specific equipment?*—Many additional questions will need to be answered by experts before deciding whether the donation will benefit the patients rather than becoming a source of embarrassment.

References

1. Using the terminology of Health Disaster Management, Guidelines for Evaluation and Research in the Utstein Style, "Events" should replace "Disaster"
2. In most instances, the time of the medical staff of a FFH is dedicated increasingly to providing external (ambulatory) consultations to outpatients. The total number of consultations will far exceed the normal rate for reasons not necessarily associated with the disaster, but rather, with poverty or poor coverage of the health services. Increase in demand for services can be attributed to: (1) prestige of foreign doctors; (2) availability of new diagnosis,

treatment or medicines; (3) unformulated wish for second opinions on minor ailments; and/or (4) economic incentives (absence of a token fee for consultations or medicines). The short duration of this otherwise valuable assistance, leaves the local staff in a debilitated and uncomfortable position. Statistics on numbers of consultations during this period also tend to exaggerate the impact of the disaster and the relevance of the FFH.

3. The agreement should cover the replacement of all tents and similar material every six months. Costs for such sustantation over one year will exceed those required for building temporary facilities that could last for several years

¿A qué autoridad debe informar de sus actividades el hospital de campaña en la capital y a nivel local?

El hospital de campaña debe informar a la autoridad sanitaria regional o local. Se debe dejar claramente definido el cauce de comunicación: ¿será el director del hospital u otra persona?

¿Designará el Ministerio de Salud a un funcionario de enlace permanente adscrito al hospital de campaña extranjero?

La asignación de un funcionario de enlace con el hospital de campaña por parte de Ministerio de Salud facilitaría una fluida coordinación.

¿Cuál es el tamaño de la población? ¿Se conoce la cantidad y la gravedad de las lesiones? ¿Existe algún problema de salud específico en esa comunidad?

Esta información es importante pero suele no estar disponible en el momento del despliegue.

¿Cuál es la situación del hospital local o del centro de salud más cercanos? ¿Qué clase de servicios puede brindar? En caso de que haya sufrido daños o de que no pueda funcionar, ¿cuál sería la función del personal sanitario local? ¿Se los debería integrar y utilizar sus servicios?

Es importante determinar si el hospital de campaña extranjero aportará servicios complementarios a los de la infraestructura local de salud o la reemplazará.

Si la infraestructura sanitaria local ha quedado destruida se deberá integrar a los trabajadores sanitarios locales en el hospital de campaña extranjero.

¿Qué información e informes necesitará recibir el país beneficiario? ¿Se deberá utilizar o adaptar los formatos o formularios locales para la presentación de informes?

La elaboración de informes sobre las actividades y las enfermedades con arreglo a los formatos y formularios establecidos por las autoridades sanitarias del país beneficiario constituye una obligación para los hospitales de campaña extranjeros, incluidos los hospitales militares.

DONACIÓN DE HOSPITALES DE CAMPAÑA EXTRANJEROS (SIN DOTACIÓN DE PERSONAL) QUE FUNCIONARÁN COMO HOSPITALES TEMPORALES (SEGUNDO MES A VARIOS AÑOS)

Los tomadores de decisiones que no estén debidamente informados podrían considerar la donación de hospitales de campaña como la opción ideal, nada onerosa e inmediata mientras se ejecutan las obras de reparación o reconstrucción de alguna instalación sanitaria importante. No obstante, no se trata de la solución milagrosa que a veces anticipan las autoridades del país beneficiario. El envío y despliegue de hospitales de campaña extranjeros es una opción que plantea desafíos específicos y que debe analizarse con cautela. A la luz de recientes desastres, se desprende que las decisiones políticas adoptadas con precipitación y las expectativas poco ajustadas a la realidad han suscitado problemas que abarcan desde instalaciones inadecuadas para los pacientes y el personal, costos inesperados

para el beneficiario hasta malos entendidos políticos entre donante y beneficiario. Las autoridades nacionales deben contemplar el donativo de un hospital de campaña extranjero como una opción para contar con un hospital provisional fiable (durante la fase de rehabilitación) mientras se dispone de una solución permanente (fase de reconstrucción). El hospital de campaña extranjero móvil es una de las diversas opciones existentes para la prestación de atención sanitaria de rutina y se debe considerar a la luz de su costo-eficacia y de los beneficios en función de los costos.

Requisitos fundamentales

No existen opciones más eficaces en función de los costos

La donación de hospitales de campaña conlleva gastos significativos tanto para el donante como para el beneficiario (transporte, mantenimiento, servicios públicos). Los hospitales de campaña no son opciones eficaces en función de los costos ni desde la perspectiva del beneficiario ni desde la del donante. La probable persistencia de la necesidad de instalaciones provisionales (años y no meses como suelen esperar los administradores locales) y los inconvenientes técnicos de esta solución conllevan a la necesidad de contemplar la asignación de los fondos destinados a esta medida para otras instalaciones provisionales más adecuadas. Se recomienda a los donantes que consideren la edificación de instalaciones provisionales más duraderas utilizando, en orden de prioridad, módulos prefabricados, contenedores metálicos, madera y madera prensada (plywood) y adaptando locales existentes en la comunidad. Si los fondos estuvieran exclusivamente destinados a la donación de hospitales de campaña, se deberá satisfacer algunas condiciones adicionales.

Normas adecuadas tanto para los pacientes como para el personal

La duración del uso de las instalaciones provisionales y la probable admisión prolongada de pacientes imponen la necesidad de que el hospital de campaña extranjero ofrezca un adecuado nivel de comodidad para los pacientes, los profesionales de la salud y el personal auxiliar, en cuanto a espacio, control de temperatura ambiente, impermeabilidad y resistencia a otros elementos, según proceda, en función de las condiciones climáticas locales. Asimismo, el equipo médico que se done debe cumplir con las normas habituales para los servicios de salud locales. Éstas podrían variar de un país a otro y ser distintas en las zonas urbanas y en las zonas rurales.

Diseño funcional para operar hasta que termine la reconstrucción

Una estructura provisional debe estar concebida para resistir el uso indebido o intenso y un mantenimiento deficiente, así como para permanecer impermeable y en funcionamiento durante la reconstrucción del hospital afectado (en general, dos años o más). Las tiendas de campaña y los módulos que se inflan suelen deteriorarse ante la falta de mantenimiento y el descuido tanto del personal como del público. Incluso con el mejor cuidado, se debe reemplazar las tiendas de campaña cada seis meses. Los contenedores de acero tienen una vida útil mucho más prolongada, de manera que constituyen una opción más duradera. Los módulos prefabricados también

permiten soluciones adecuadas y una mayor flexibilidad en la selección y el empleo de equipo médico. La duración inicial prevista para el funcionamiento de un hospital de campaña donado debe ser de un año, con posibilidad de prórroga, previo acuerdo entre el donante y el beneficiario. (Este plazo debe actuar como incentivo para que las autoridades nacionales finalicen las obras de reparación o de reconstrucción de las instalaciones que hayan sufrido daños o hayan quedado destruidas).

Apoyo para la instalación y mantenimiento proporcionado sin costo para el país afectado

El despliegue, la instalación y el mantenimiento de un hospital de campaña son tareas complejas que exigen significativo apoyo de parte de la institución donante. El donante y el beneficiario deberán concertar un acuerdo² oficial por un plazo convenido mutuamente que, entre otros aspectos, contemple:

1. responsabilidad operativa y financiera del donante con respecto a la instalación in situ del hospital de campaña, así como con su "sustento" (este término militar incluye el mantenimiento cotidiano, la preservación y el reemplazo preventivo de las instalaciones);
2. suministro de repuestos y piezas de recambio, en particular para el equipo no disponible localmente;
3. formación del personal médico, técnico y de mantenimiento en el uso y el cuidado del equipo;
4. clara determinación de responsabilidades de cada una de las partes, incluidas las condiciones para la transferencia de responsabilidades;
5. mecanismo para la evaluación conjunta del uso del hospital, su costo-eficacia y los beneficios en función de los costos.

Criterios optativos

Será importante prestar atención a numerosos aspectos sanitarios (suministro de agua y saneamiento) y factores técnicos (por ejemplo, voltaje, tipo de sistema de aire acondicionado, necesidad de combustible). Antes de adoptar una decisión definitiva conviene recurrir a los servicios de un experto en logística que esté familiarizado con equipos de esta índole.

Preguntas que se debe plantear el gobierno beneficiario

¿Para cuántos pacientes tiene cabida el hospital de campaña extranjero propuesto?

Si no corresponde a sus necesidades, opte por otra solución puesto que al exceder la capacidad normal se podría reducir de manera considerable el ciclo de vida previsto de la instalación.

¿Existe posibilidad de ampliar la capacidad mediante la anexión de módulos?

Recurra al asesoramiento de profesionales. No se fie de las declaraciones de promoción motivadas por el valor de relaciones públicas involucradas en la donación de un hospital de campaña extranjero.

¿Cuál es la duración prevista del hospital habida cuenta del clima y demás circunstancias?

NO subestime el tiempo necesario para la completa ejecución de extensas obras de reparación (¡más de dos años!).

¿Está hecho de módulos de metal envasado, tiendas de campaña o módulos inflables?

Rechace la oferta si se trata de tiendas de campaña o módulos inflables, y busque otra solución.

¿Cuál es la fecha de fabricación?

En su mayoría, los hospitales de campaña militares no se encuentran disponibles para donación sino después de 20 o 30 años de antigüedad.

¿Está el donante dispuesto a asumir la responsabilidad operativa y financiera de toda la instalación (incluidos la preparación de sitio, el drenaje, etc.), así como el mantenimiento cotidiano y periódico (incluido el reemplazo, según proceda) a lo largo de la duración prevista?

El mantenimiento de un hospital de campaña es tarea ardua, costosa y requiere mucho tiempo. Los ingenieros del hospital suelen no contar con equipos y estar muy ocupados para desempeñar esta labor. Si el donante no está dispuesto a asumir plena responsabilidad (asignación de fondos y personal), convendrá contemplar otras opciones para evitar desilusiones y malos entendidos de todos los interesados.

Preguntas que se debe plantear el gobierno beneficiario

¿Habría la posibilidad de utilizar esos fondos para la construcción de instalaciones provisionales más duraderas?

En general suele ser necesario contar con considerables aportes financieros, tanto del donante como del beneficiario, para que un hospital de campaña extranjero funcione satisfactoriamente como infraestructura civil provisional. Si la respuesta a esta pregunta es afirmativa, sugiera a los donantes la construcción de una infraestructura provisional de madera, madera prensada (plywood), o con contenedores metálicos. Si se tratase de fondos con asignación específica y exclusiva para la donación de ese hospital de campaña, los expertos técnicos deberán considerar:

1. *Las condiciones que debe reunir el sitio de instalación*—El sistema de drenaje es un factor de vital importancia. El acceso a los servicios públicos y al sistema de alcantarillado no se puede improvisar.
2. *Las necesidades en cuanto al suministro de energía eléctrica y servicios públicos (y su costo)*—El equipo militar podría tener especificaciones especiales con respecto al combustible (de aviación) o al suministro de energía eléctrica.
3. *Las especificaciones del equipo médico-quirúrgico*—En la mayoría de casos, para el personal hospitalario será más conveniente intentar recuperar el equipo de un hospital que haya sufrido daños, en lugar de emplear material caduco destinado a un uso militar.
4. *El sistema de aire acondicionado: la compatibilidad con el aislamiento de pacientes con enfermedades contagiosas*—El sistema más corriente es el de circuito cerrado y ello aumenta el riesgo de la circulación de agentes patógenos.
5. *¿Está el donante dispuesto a sufragar los costos de viaje de expertos del país beneficiario para tratar de las especifica-*

ciones técnicas con especialistas en logística médica que conocen el equipo en cuestión?—Los expertos deberán aclarar muchas preguntas adicionales antes de decidir si la

donación redundará en beneficio de los pacientes y no se convertirá en un embarazoso inconveniente.

References

1. En la mayoría de casos el personal médico de un hospital de campaña extranjero dedica cada vez más tiempo a consultas externas (ambulatorias) de pacientes no hospitalizados. El total de consultas excederá el porcentaje ordinario debido a razones no necesariamente asociadas con el desastre sino con la pobreza o la deficiente cobertura de los servicios sanitarios. Cabe atribuir el aumento en la demanda de servicios a los siguientes factores: (1) prestigio de los médicos extranjeros; (2) disponibilidad de nuevos métodos de diagnóstico, tratamiento o medicamentos; (3) deseo velado de una segunda opinión en casos de dolencias menores; e (4) incentivo económico (inexistencia del pago de una tarifa simbólica para consultas y medicamentos). La breve disponibilidad de esta valiosa asistencia deja al personal local en una situación debilitada e incómoda. Las estadísticas relativas a la cantidad de consultas durante este período suelen también exagerar las repercusiones del desastre y la pertinencia de los hospitales de campaña extranjeros.
2. El acuerdo debe contemplar, por ejemplo, el reemplazo de las tiendas de campaña y demás material análogo cada seis meses. Los costos de este sustento durante un año superarán los costos de construcción de instalaciones provisionales que duren varios años.