

Conflictos olvidados, emergencias complejas y acción humanitaria

Luis Villa, Gloria Bassets y Rafaella Ravinetto

Ha sido director médico de Médicos Sin Fronteras. Investigador en la enfermedad de Chagas en el programa de colaboración América Latina, el Caribe y la Unión Europea para la salud.

Médica. Diploma Medicina Tropical, MPH London School. Ha formado parte de la junta de Médicos Sin Fronteras.

Miembro de Médicos Sin Fronteras Italia e Instituto de Medicina Tropical "Príncipe Leopoldo" de Amberes-Bélgica.

En el mundo hay más de 34 millones de refugiados y desplazados que necesitan de la acción humanitaria para sobrevivir. Las organizaciones internacionales encuentran cada vez más dificultades para hacer llegar una ayuda eficaz y efectiva a estas poblaciones.

La asistencia médico-humanitaria a las poblaciones en situación precaria está encontrando durante los últimos años dificultades de implementación a diversos niveles. La denominación "emergencias complejas" se utiliza para definir situaciones políticas complejas donde hay una amenaza directa a la dignidad y a la vida de la población civil que, sin intervención, origina tasas de mortalidad muy elevadas^{1,2}.

Los problemas de cantidad se refieren tanto a los problemas de acceso, derivados del nulo respeto a las convenciones internacionales que amparan a las víctimas de los conflictos armados, como a la variedad de servicios que las organizaciones humanitarias vienen ofreciendo de forma tradicional.

Los problemas de calidad se refieren a la necesidad de incorporar nuevas estrategias y herramientas de diagnóstico y tratamiento, que tomen en cuenta todos los problemas de salud que afectan a estas poblaciones, y que sean técnicamente adecuadas para proporcionar la mejor asistencia posible en entornos caracterizados por inestabilidad, falta de herramientas adecuadas, estructuras y personal sanitario.

En este artículo se ofrece una visión general de los problemas de acceso a las víctimas y de la necesidad de innovación, proporcionando varios ejemplos de contextos en los que el acceso es limitado y

9,2 millones de refugiados. 25 millones de desplazados internos en más de 40 países, la mitad de ellos en África.

Emergencias olvidadas a pesar de la enormidad de las cifras



utilizando el tratamiento del VIH/sida y la salud mental como ejemplos de la necesidad de innovación. Lo descrito en estas páginas se basa en las experiencias de Médicos Sin Fronteras (MSF) y en una búsqueda bibliográfica de experiencias similares.

Poblaciones en peligro: refugiados, desplazados, víctimas de conflictos

Según el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), en todo el mundo existen unos 9,2 millones de refugiados y 25 millones de desplazados internos en más de 40 países (la mitad de ellos en África) (fig. 1), poblaciones olvidadas que han abandonado sus hogares huyendo de la persecución o de la violencia generadas por conflictos o por situaciones de tensión política y económica.

Las emergencias relacionadas con el desplazamiento de poblaciones se encuentran entre las más olvidadas del mundo, a pesar de la enormidad de las cifras: casi un millón de personas viven en campos de refugiados en Pakistán, otras 600.000 en Tanzania, 260.000 en Chad. En cuanto a los desplazados, se cuentan 3 millones de personas en Colombia y 2 millones en Darfur³.

Las poblaciones más olvidadas se encuentran también, a menudo, en situaciones de conflicto y de inestabilidad crónica. Tomemos el ejemplo de Somalia, un país que lleva desde 1991 sumido en la inestabilidad, y cuyos indicadores de salud están entre los peores del mundo. La mayoría de los 10 millones de habitantes del país no tiene acceso a servicios básicos de salud. La prevalencia de tuberculosis está entre las más altas del mundo, y la leishmaniasis visceral mata a miles de personas cada año. Cíclicamente se producen brotes de cólera y de sarampión. A esta situación epidemiológica se suman inundaciones en los valles del Shabelle y Juba que contribuyen a las altas tasas de malnutrición crónica registrada en estas zonas.

En el año 2006, MSF contaba con 7 clínicas que ofrecían servicios de consultas externas y materno-infantiles. En total se realizaron 214.445 consultas externas y 11.248 consultas antenatales. La campaña de vacunación contra el brote de sarampión ocurrido a finales del año 2005 en la capital Mogadiscio tuvo que ser retrasada en varias ocasiones, debido a los frecuentes combates y no pudo realizarse hasta agosto del 2006. En un período de 10 días, MSF –en colaboración con UNICEF– vacunó en Yaqshid norte a 50.000 niños, a los que también se les administró la correspondiente dosis de vitamina A.

Campo de refugiados de Kibondo, que acoge refugiados burundeses desde 1993. Médicos sin fronteras realizó una intervención de emergencia a principios de 2006.

Tabla I Caracterización de las emergencias complejas

De causa social o política^{4,5}

Larga duración (normalmente años)⁵

Causan desplazamiento de grupos importantes de población^{4,5}

Las estructuras de salud son las primeras afectadas

Suele haber falta de alimentos que causan problemas de salud y/o hambrunas en situaciones extremas⁴

Causan exceso de mortalidad sin intervención que minimice el impacto (hasta 20 o 30 veces mayor que el valor de base)⁴



Trabajadores de MSF llegan a una casa en Uige (Angola), completamente protegidos para evitar el contagio durante la epidemia de Marburg (abril de 2005)

Otro ejemplo, trágicamente actual, de población en peligro se refiere a Darfur, donde decenas de miles de civiles fueron obligados a desplazarse debido al recrudecimiento del conflicto en el año 2006, sumándose a los 2 millones de desplazados que ya se habían establecido anteriormente en campos alrededor de Darfur. La creciente situación de inseguridad impidió a MSF y a otras organizaciones humanitarias moverse con libertad, poniendo en peligro la vida de, al menos, medio millón de personas que dependían de la ayuda humanitaria. La naturaleza atípica de los combatientes y la utilización de milicias armadas dificulta la negociación para el acceso a las víctimas. Este clima de caos fomenta la aparición de grupos violentos que no están bajo el control de ninguna de las partes beligerantes. Los equipos médicos de MSF han tenido que ser evacuados de forma intermitente con la consiguiente interrupción de los servicios sanitarios, la desaparición de personal cualificado y la destrucción de las infraestructuras de salud.

Estos dos ejemplos dan una idea del difícil entorno en el que se desarrolla el trabajo de los equipos médicos de organizaciones humanitarias como MSF.

Salud pública en emergencias complejas: nueva disciplina, nuevos profesionales

Las principales características de las emergencias complejas se detallan en la tabla I. La respuesta a este tipo de emergencias tiene como objetivo aliviar el sufrimiento, restaurar la dignidad de las personas y reducir la mortalidad que la emergencia ocasionaría sin intervención. En razón de esta complejidad, a los conocimientos propios de la profesión médica como la entendemos en nuestro país, deben añadirse conocimientos de derecho internacional humanitario, logística, transporte, comunicaciones, seguridad y capacidad de negociación¹.

La eficacia (medida en vidas humanas) de las intervenciones dependerá de la capacidad de los profesionales involucrados en ser capaces de entender la complejidad del contexto, elegir las prioridades y estrategias de intervención, y de interactuar adecuadamente con los numerosos actores presentes en una emergencia compleja⁵. Los profesionales de la salud que participan en este tipo de misiones humanitarias deben contar con una formación específica y con una experiencia adecuada; los médicos deben practicar la medicina de forma competente y respetar escrupulosamente los principios de la ética médica⁵. Durante los últimos años se han desarrollado

numerosos programas de formación en salud pública en situaciones de emergencia que incorporan disciplinas hasta ahora ausentes en la práctica de la salud pública tradicional, creando una nueva área de especialización en salud pública⁶.

Esta nueva aplicación de la salud pública utiliza indicadores de salud no sólo para evaluar el impacto de la emergencia compleja en una determinada población, sino que además esa información ofrece una medida de la violación de los derechos humanos, como demuestran los trabajos del profesor Thomas Lee de la Universidad de California en Los Ángeles. Se convierte así en una poderosa herramienta de testimonio, denuncia y cabildeo⁷ con el fin de aliviar la situación de la población afectada y mejorar el acceso a la ayuda humanitaria.

Emergencias complejas e intervención humanitaria: problemas por resolver

Resulta evidente que la condición imprescindible para proporcionar ayuda humanitaria es el contacto directo con la población que la necesita. Este acceso está garantizado por normas internacionales, específicas para ser aplicadas en caso de conflicto armado (Convención de Ginebra) o generales (Declaración Universal de los Derechos Humanos)^{2,8}. Mientras la última recoge el derecho de los individuos a recibir asistencia médica, la primera obliga a los Estados firmantes a proporcionar asistencia médica a los heridos de guerra, proteger a los prisioneros de guerra así como a la población civil. De igual forma demanda acciones específicas a los Estados para garantizar que los profesionales de la medicina puedan prestar asistencia a las víctimas sin interferencias ni daño a su integridad física.

Como muy bien explica Russbach⁹, el problema actual no consiste en no aplicar las normas internacionales, sino en ni siquiera reconocer que las normas existen. Según Naciones Unidas, en los años noventa el 90% de los conflictos ocurren dentro del propio Estado y no entre Estados¹⁰. En la mayoría de estos conflictos internos la población es utilizada como arma de guerra para que alguna de las partes beligerantes pueda negociar con la(s) otra(s) en conflicto o con la comunidad internacional, como cobertura para operaciones de movimientos rebeldes, para ejercer la venganza, como escudo frente a ataques o como objetivo principal en operaciones de limpieza étnica y genocidio¹¹. Hemos tenido pruebas de esta utilización en los conflictos de los Balcanes, Ruanda, Somalia, Sudán, Afganistán, Congo y Colombia.

Entre los principios de MSF se encuentran los de independencia, imparcialidad y neutralidad, imprescindibles para poder llevar a cabo una acción humanitaria independiente y no condicionada por ningún otro tipo de consideración que no sea la atención a las víctimas.

Al problema del acceso se suma el problema de la confusión creciente entre acción humanitaria y acción militar, que aumenta el riesgo para la seguridad de los actores humanitarios en el terreno. Algunos autores abogan por una mayor cooperación, incluso operaciones conjuntas entre los ejércitos y las organizaciones humanitarias¹. Después de 1995 más de 40 trabajadores de la Cruz Roja¹ y más de 20 de MSF han sido asesinados, víctimas de ataques mientras desarrollaban su labor humanitaria. En algunos casos, la confusión entre los militares y los trabajadores humanitarios ha podido contribuir o ser la causa directa de estos trágicos desenlaces.

Factores medioambientales: causa y consecuencia

Mención especial debe hacerse a la interacción entre desplazados/refugiados y medio ambiente. Hay una doble interacción entre poblaciones y medio ambiente: las personas que deben abandonar su lugar de residencia habitual y buscar protección en zonas distantes ejercen un impacto notable sobre el medio ambiente; en la otra dirección, los cambios medioambientales experimentados en las últimas décadas han originado desplazamientos de población de los denominados “eco-refugiados” o “ecodesplazados”¹². En varios artículos se ha descrito la influencia del cambio climático en la morbilidad y mortalidad¹³, así como en una mayor incidencia de cólera y de paludismo¹⁴, por poner dos ejemplos de enfermedades influidas por los cambios medioambientales.

Lonergan¹⁵ describe tres causas medioambientales por las cuales las poblaciones pueden verse obligadas a desplazarse: a) desastres naturales; b) cambios permanentes en el hábitat, y c) incapacidad del medio para cubrir las necesidades básicas del grupo de población que lo habita. Resulta evidente que estas causas deben asociarse a otros factores para causar el desplazamiento. Una sociedad que cuente con los mecanismos necesarios para responder y recuperarse del impacto causado por el desastre no se verá obligada a desplazarse, o lo hará de forma momentánea recuperando el ritmo normal de vida en poco tiempo. Las alteraciones medioambientales tienen mayor impacto en aquellas poblaciones cuya dependencia de los recursos naturales es mayor¹⁶. Los cambios climáticos que causan inundaciones y/o sequías, el incremento de la temperatura que influye de forma negativa en las cosechas o causa plagas que las destruyen¹⁷, por mencionar sólo algunas de las causas del cambio climático, se unen a la falta de mecanismos estructurales que permitan disponer de mecanismos de respuesta que eviten el desplazamiento. Algunos de estos mecanismos inexistentes son la falta de normas reguladoras en el uso de los recursos naturales, la falta de organización comunitaria (cooperativas, etc.), las políticas de precios injustas o inadecuadas y el alto coste en el transporte o en la explotación agrícola¹⁸.

Muchos de estos “ecodesplazados” lo hacen del medio rural hacia las ciudades, de forma que hoy en día los barrios marginales de grandes ciudades de países en desarrollo albergan a más de la mitad de los pobres, sobre todo mujeres y niños¹. Este rápido incremento de población urbana no se ve acompañado del crecimiento ni de la reorganización de los sistemas de salud.

Todos estos factores han de ser tomados en cuenta en el “nuevo” enfoque de salud pública en emergencias complejas. Bradshaw¹⁹ habla de una “seguridad medioambiental” que tendría como objetivo prevenir la “importante inestabilidad política y social originada por las actividades humanas que reducen la capacidad del medio ambiente para sostener la vida”.

Calidad de la asistencia médica en emergencias complejas: necesidad de innovación

En la última década ha habido una importante mejora en el análisis y respuesta a emergencias complejas. Como hemos mencionado al principio del artículo, el conocimiento en salud pública en estos contextos ha incorporado datos y experiencias multidisciplinares que han permitido a las organizaciones humanitarias responder a emergencias sucesivas con mayor profesionalidad y eficacia. No obstante, sigue habiendo un limitado conocimiento del impacto de las intervenciones humanitarias y de respuestas médicas basadas en la evidencia^{4,5,20}.

Hasta la introducción del concepto de emergencias complejas, la ayuda humanitaria a poblaciones desplazadas/refugiadas definía las prioridades de intervención en función de las causas de morbilidad a las que se podía dar respuesta rápida y –relativamente– sencilla: la malnutrición, las enfermedades transmisibles, y el agua y el saneamiento. Hoy en día reconocemos que es éticamente imperativo atender también a las demás necesidades⁵, como la asistencia a víctimas de violencia sexual (y de forma más amplia servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo planificación familiar, tratamiento de infecciones de transmisión sexual y obstetricia de emergencia), diagnóstico y tratamiento de VIH/sida y tuberculosis, o garantizar la continuación del tratamiento de enfermedades crónicas en contextos como los Balcanes y Oriente Medio^{4,5,21}.

Incluso el indicador fundamental que se ha utilizado para valorar el estado de salud de una población durante una emergencia necesita ser revisado para las emergencias complejas. El estándar de una muerte por cada diez mil personas por día (1/10.000/día)²² que se aplica sobre todo a grupos de desplazados/refugiados puede no ser válido en el caso de emergencias complejas. Se necesita una recogida y un análisis más sistemático de este tipo de indicadores para llegar a conclusiones que permitan una interpretación adecuada del impacto de la emergencia en la población⁴.

La infección por VIH/sida puede ser uno de las patologías con mayor influencia en la morbilidad y la mortalidad durante una emergencia compleja⁴. La mayoría de las características de este tipo de emergencias (conflicto, desplazamiento, inseguridad alimentaria, etc.) pueden hacer a la población más vulnerable a la infección por VIH/sida²³, sobre todo a las mujeres y a los niños, como fue reconocido por las Naciones Unidas durante la Sesión Especial de la Asamblea General del 2001²⁴. Esta afirmación es válida sobre todo en las áreas geográficas donde la prevalencia de la infección es muy elevada (África subsahariana y Asia), la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual es elevada y la calidad y la cantidad de los servicios de salud son bajas o inexistentes²³.

La ayuda humanitaria debe contemplar una respuesta a la infección por VIH/sida que integre aspectos preventivos, curativos y psicosociales. Se ha demostrado que se puede tratar el

sida en contextos rurales en el África subsahariana con excelentes resultados. Así, por ejemplo, en Bukavu (República Democrática del Congo) MSF-Holanda trató a 494 pacientes con antirretrovirales en un contexto de conflicto armado, con resultados similares a los registrados en los proyectos de VIH/sida de MSF en zonas de no conflicto²⁶. Aunque se ha señalado la interrupción del tratamiento y la posible emergencia de numerosos problemas, entre ellos la aparición de resistencias, se están implementado estrategias enfocadas a minimizar estos riesgos. Éstas contemplan un conjunto de medidas como la educación del paciente en cómo dejar progresivamente el tratamiento de forma que se minimicen los riesgos, dotar a los pacientes de una cantidad adicional de medicamentos en caso de que la población deje de ser accesible debido a la propia naturaleza de la emergencia, descentralización de servicios, cooperación entre regiones cercanas, duplicado de historia médica que se entrega al paciente, etc.²⁶.

Debe también mejorarse la coordinación entre agencias implementadoras, de forma que las de emergencia –que asisten a la población durante e inmediatamente después del conflicto– y las de desarrollo –que asisten a la población cuando la emergencia ha desaparecido– aseguren la continuidad en los tratamientos y su integración en el resto de actividades preventivas y curativas. Los donantes y los organismos internacionales deben ser más flexibles en sus criterios de financiación de proyectos VIH/sida en situaciones de emergencia y fomentar la coordinación entre agencias emergencistas y desarrollistas²¹, para no discriminar en el acceso a la salud a las poblaciones que se encuentran en situación de conflicto o inestabilidad.

En cuanto a la salud mental, el impacto del conflicto en los grupos de población sometidos a una emergencia compleja ha sido tradicionalmente ignorado en la intervención humanitaria²⁷. El porcentaje de población que desarrolla problemas de salud –como el estrés postraumático o la depresión relacionados con el conflicto– puede llegar a ser del 68%^{27,28}, y estos trastornos afectan a todos los grupos de población²⁷.

Algunos de estos grupos son especialmente vulnerables, como es el caso de las mujeres. En un análisis de los casos de violación atendidos en el hospital Benson de Liberia por los equipos de MSF-España desde el final de la guerra civil en agosto del año 2003 (n = 658), el 85% de las víctimas eran menores de 18 años y el 55% menores de 12 años. Del 15% de adultos, el 86,7% eran mujeres²⁹.

La violencia de género es un arma de guerra cada vez más utilizada en los contextos de emergencias complejas³⁰. Los abusos físicos y verbales y las violaciones de mujeres tienen consecuencias físicas (riesgo de infección por enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida, lesiones físicas, abortos ilegales en condiciones deplorables, etc.), mentales (estrés postraumático, depresión, ansiedad, embarazos no deseados, disfunciones sexuales, suicidio, etc.) y sociales (rechazo familiar o de la comunidad, incapacidad para casarse y formar una familia, aislamiento, etc.).

La salud mental debe ser contemplada en todas las intervenciones en contextos de emergencias complejas, como parte específica de la intervención o como un componente transversal al resto de intervenciones médicas. Es necesario diseñar “paquetes mínimos de servicios” que se incorporen sistemáticamente desde el principio de la intervención y que sean conocidos y utilizados por todo el personal sanitario en el terreno. Esta necesidad quedó patente durante la intervención de MSF-España en la epidemia de Marburg en Uige (Angola) en marzo de 2005 (fig. 2). En una enfermedad para la

que no hay tratamiento etiológico y con una mortalidad hospitalaria específica del 53,8% en el caso de Uige (n = 162), el apoyo psicológico a los enfermos y a las familias, facilitar a los familiares la visita a las unidades de tratamiento o permitirles participar en el entierro de sus familiares muertos fueron medidas efectivas para que la comunidad aceptara la intervención de MSF.

Conclusión

Para asegurar una adecuada respuesta al sufrimiento y evitar muertes en situaciones de emergencias complejas, las poblaciones y las agencias humanitarias deben gozar de la protección reconocida en el Derecho Internacional. No debe tolerarse que la población civil ni los trabajadores humanitarios sean utilizados como arma de guerra por las partes beligerantes. El personal sanitario debe estar específicamente capacitado y contar con la experiencia suficiente para asistir profesionalmente a las víctimas de emergencias complejas; con este fin, cada vez son más frecuentes las formaciones específicas que incluyen, además de los puramente médicos, contenidos relacionados con la seguridad, las comunicaciones y la logística. La innovación debe ser parte importante de la agenda operacional de las organizaciones humanitarias. Es necesario incorporar nuevas estrategias que permitan ofrecer respuestas médicas que cubran la mayoría de las necesidades de salud de las poblaciones receptoras de la ayuda.]

Bibliografía

1. Burkle FM. Lessons learnt and future experimentations of complex emergencies. *BMJ*. 1999;319:422-6.
2. Rey Marcos F, Currea-Lugo V. El debate humanitario. 1.ª ed. Barcelona: Icaria; 2002.
3. Médicos Sin Fronteras. Barcelona; 2007. Disponible en: <http://www.msf.es/noticias/especiales/DaMundialdelRefugiado20dejunio.asp>
4. Salama P, Spiegel P, Talley L, Waldman R. Lessons learned from complex emergencies over past decade. *Lancet*. 2004;364:1801-13.
5. Waldman R, Martone G. Public health and complex emergencies: new issues, new conditions. *Am J Public Health*. 1999;89:1483-5.
6. Toole MJ, Waldman RJ. The public health aspects of complex emergencies and refugee situations. *Ann Rev Public Health*. 1997; 18:283-312.
7. Geiger HJ, Cook-Deagan R. The role of physicians in conflicts and humanitarian crisis. *JAMA*. 1993;270:616-20.
8. Leaning J. Medicine and international humanitarian law. *BMJ*. 1999;319:393-4.
9. Russbach R, Fink D. Humanitarian action in current armed conflicts: opportunities and obstacles. *Med Global Survival*. 1994;1: 188-99.
10. Naciones Unidas. Centro de Información 2007. Disponible en: <http://www.cinu.org.mx/temas/peacesec.htm>
11. Bruderlein C, Leaning J. New challenges for humanitarian protection. *BMJ*. 1999;319:430-5.
12. Hugo G. Environmental concerns and international migration. *International Migration Review*. 1996;30:105-31.
13. Campbell-Lendrum D, Corvalán C, Neira M. Global climate change: implications for international public health policy. *Bulletin of the World Health Organization*. March 2007;85.
14. McMichael AJ, Woodruff RE, Hales S. Climate change and human health: present and future risks. *Lancet*. 2006;367:859-69.
15. Lonergan S. The role of environmental degradation in population displacement. *Environ Change Secur Proj Rep*. 1998;Spring:5-15.

16. Swain A. Environmental migration and conflict dynamics: focus on developing regions. *Third World Q.* 1996;17:959-73.
 17. Pimentel D. Global warming, population growth, and natural resources for food production. *Soc Nat Resour.* 1991.4:347-63.
 18. Bedri B, Osama S. Environmental crisis and its impact on women. The case of the Sudan. *Women 2000.* 1992;Jun:4-7.
 19. Bradshaw AL. International environmental security: the regional dimensions. Carlisle Barracks PA: Center for Strategic Leadership; 1998.
 20. Roberts L, Hofmann CA. Assessing the impact of humanitarian assistance in the health sector. *Emerging Themes in Epidemiology.* 2004;1:3.
 21. Spiegel PB. HIV/AIDS among conflict-affected and displaced populations: dispelling myths and taking action. *Disasters.* 2004;28:322-39.
 22. Toole MJ, Waldman RJ. Prevention of excess mortality in refugee and displaced populations in developing countries. *JAMA.* 1990; 263:3296-302.
 23. Khaw AJ, Salama P, Burkholder B, Dondero T. HIV risk and prevention in emergency-affected populations. *Disasters.* 2000; 24:181-97.
 24. Gardiner R. AIDS the undeclared war, towards the Earth Summit 2002: social briefing N.º 1. Disponible en: <http://www.earthsummit2002.org/es/issues/AIDS/hiv.pdf>
 25. United Nations. 2001. Declaration of commitment on HIV/AIDS: "Global crisis-Global action". Disponible en: <http://www.un.org/ga/aids/coverage/FinalDeclarationHIVAIDS.html>
 26. Culbert H, Tu D, O'Brien D, Ellman T, Mills C, Ford N, et al. HIV treatment in a conflict setting: outcomes and experiences from Bukavu, Democratic Republic of the Congo. *Plos Medicine* (www.plosmedicine.org). 2007;4:794-8.
 27. O'Dempsey T, Munslow B. Globalisation, complex humanitarian emergencies and health. *Ann Trop Med Parasitol.* 2006;100:501-15.
 28. Mollica RF, Lops Cardozo B, Osafsky HJ, Raphael B, Ager A, Salama P. Mental health in complex emergencies. *Lancet.* 2004;364: 2058-67.
 29. MSF-España. Sexual violence: a comprehensive response required (Documento interno). Octubre 2006.
 30. Al Gasseer N, Dresden E, Keeny G, Warren N. Status of women and infants in complex humanitarian emergencies. *Midwifery Womens Health.* 2004;49 Suppl 1:7-13
-
-