

La atención primaria de salud en las crisis

Acción sanitaria
en las crisis (HAC)

extracto del
informe **anual**

2008



Organización
Mundial de la Salud

La atención sanitaria de salud en las crisis

Acción sanitaria
en las crisis (HAC)

extracto del
informe **anual**
2008



Organización
Mundial de la Salud

© Organización Mundial de la Salud, 2009

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Nota de agradecimiento

El informe anual 2008 sobre la acción sanitaria en las crisis (*HAC Annual Report 2008*) ha sido elaborado bajo la supervisión general de Giuseppe Annunziata (redactor jefe). La sección sobre la atención primaria de salud en las crisis ha sido realizada por Giuseppe Annunziata, y ha gozado de las aportaciones y observaciones de las personas siguientes: Jonathan Abrahams, Samir Ben Yahmed, Olga Bornemitz, Rayana Bouhaka, David Bradt, Francesco Checchi, Cristina Del Pueyo, Xavier de Radiguès, Cintia Diaz-Herrera, Richard Garfield, André Griekspoor, Omar Khatib, Daniel Lopez Acuña, Dudley McArdle, Abdelhay Mechbal, Roderico Ofrin, Heather Papowitz, Enrico Pavignani, Jonny Polonsky, Claudine Prudhon, Kumanan Rasanathan, Lynda Redwood Campbell, Chen Reis, Gerald Rockenschaub, Pierre Salignon, Luzitu Mbiyavanga Simao, Wim Van Lerberghe, Dana Van Alphen, Mark Van Ommeren, Nevio Zagaria, Ahmed Zouiten.

Texto editado por Paula Soper, con la asistencia de Camille Pillon y Connie Calvert.

Diseño: Steven Ewart, Camille Pillon

Gráficos: Camille Pillon, Samuel Petragallo

Créditos de la fotografía: OMS/Marko Kocic (portada) ; IRIN/Siegfried Modola (p. iv) ; OMS/Madeleine Decker (p. 2) ; Yu Yanyan (p. 4) ; OMS/Myanmar (p. 6 & 7) ; OMS/EURO (p. 11) ; OMS (p. 13) ; OMS/SEARO/Anubhar Das (p. 14) ; OMS/Michel Tomaszek (p. 15) ; OMS/Chris Black (p. 116).

La atención sanitaria de salud en las crisis

Prólogo	1
<hr/>	
La atención primaria de salud en las crisis	3
Atención primaria de salud: responder a las exigencias de un mundo en constante evolución	4
Crisis humanitarias: una amenaza permanente	4
La acción sanitaria en las crisis humanitarias en el marco de la renovación de la atención primaria de salud: principios comunes y sinergias	5
<i>Primer elemento de sinergia: dar prioridad a las personas</i>	6
<i>Segundo elemento de sinergia: adoptar políticas públicas en materia de atención sanitaria en las crisis</i>	8
<i>Tercer elemento de sinergia: utilizar la acción sanitaria en crisis humanitarias para avanzar hacia la cobertura universal</i>	10
<i>Cuarto elemento de sinergia: fortalecer el liderazgo con el fin de gestionar con eficacia el riesgo de emergencias</i>	13
La renovación de la atención primaria de salud y la acción humanitaria: hacia un enfoque basado en los derechos	15
Declaración final	17
Notas y referencias	18

**La atención
sanitaria
de salud
en las
crisis**



Etiopía

Prólogo

La actuación de la OMS en situaciones de emergencia suele relacionarse con el envío por aire de toneladas de suministros humanitarios y medicamentos con el fin de ayudar a los supervivientes de grandes catástrofes; el envío de especialistas en atención médica de emergencia que ayuden a salvar vidas; y la colaboración con los ministerios de salud para prevenir las amenazas de salud pública durante las crisis humanitarias.

Si bien todo eso no deja de ser cierto, solamente supone la parte más notoria de nuestra labor. A lo largo del año, el personal de la OMS trabaja entre bastidores para ayudar a los gobiernos a prepararse ante las emergencias y poner en marcha servicios de atención sanitaria flexibles, sostenibles y orientados a la comunidad, capaces de atender a todos los segmentos de la población antes, durante y después de una crisis.

No existe ningún organismo que, por sí solo, pueda hacer frente a la complejidad de los problemas derivados de una crisis humanitaria. La acción sanitaria en crisis humanitarias ha de plantearse y ejecutarse en estrecha colaboración con distintos asociados, con el fin de coordinar las intervenciones, evitar la duplicación de esfuerzos y subsanar cualquier posible deficiencia. En 2008, la OMS, en calidad de organismo rector del Grupo de acción sanitaria, centró gran parte de su labor en implantar por primera vez el sistema de grupos sectoriales en varios países. Ello se ha traducido en una mayor coordinación, una prestación de atención sanitaria más satisfactoria y un mayor número de colaboraciones en muchos contextos. La OMS seguirá trabajando con el fin de alcanzar los objetivos que persigue el sistema de grupos sectoriales, a saber, la acción coordinada, una mayor responsabilización y más previsibilidad, al extender el sistema a nuevos países en 2009, en estrecha colaboración con las autoridades nacionales y las comunidades locales.

La atención sanitaria en crisis humanitarias ha de prestarse sobre el terreno, donde se producen las crisis. En 2008, la OMS reforzó su capacidad operativa frente a emergencias, ampliando su red de suministros humanitarios y mejorando los procedimientos operativos estándar para situaciones de emergencia. Ese esfuerzo ha dado sus frutos, pues la OMS fue una de las pocas organizaciones humanitarias con presencia internacional en Myanmar y Gaza durante la fase aguda de sus respectivas situaciones de emergencia.

La OMS también está reforzando y consolidando su capacidad logística general. El Grupo Orgánico de Acción Sanitaria en las Crisis colabora con otras áreas técnicas con el fin de aunar recursos operativos y conocimientos técnicos en una plataforma de operaciones común destinada a apoyar la respuesta de la Organización ante distintos tipos de emergencias, desde brotes de enfermedades transmisibles y catástrofes naturales, a accidentes químicos y crisis complejas.

Las contribuciones destinadas a la labor de la OMS en situaciones de emergencia alcanzaron su nivel máximo en 2008, lo que refleja la creciente confianza de los donantes en la Organización. A su vez, las actuaciones siguieron el ritmo de las donaciones, lo que indica una mayor capacidad de la OMS para utilizar los fondos destinados a situaciones de emergencia.

La OMS lleva décadas ejerciendo una función rectora a nivel mundial en el campo de la atención primaria de salud. Siempre ha sido una firme partidaria del sistema de atención primaria de salud y dedicó el *Informe sobre la salud en el mundo 2008* a ese importante tema. Inspirándose en el *Informe sobre la salud en el mundo 2008*, la última parte del presente documento* trata de situar la atención primaria de salud en un contexto humanitario. El elemento fundamental en torno al que ha de girar el sistema de atención primaria de salud son las personas, del mismo modo que son éstas quienes han de ser el objetivo principal de la acción sanitaria en las crisis humanitarias. Desde Gaza a Goma, la OMS ha ayudado a los proveedores de asistencia sanitaria a fortalecer y afianzar el sistema de atención primaria de salud, con el fin de lograr que millones de personas, en particular quienes se encuentran en situaciones de vulnerabilidad, puedan afrontar las crisis y preservar su salud en esos momentos.



Eric Laroche
Subdirectore Generale
Acción sanitaria en las crisis

**La atención
sanitaria
de salud
en las
crisis**



Burundi

La atención primaria de salud en las crisis

El *Informe sobre la salud en el mundo 2008* de la OMS propugna una reforma de la atención primaria de salud.

El resumen del informe de la OMS sobre la acción sanitaria en las crisis 2008 que se presenta a continuación propone la renovación del programa de acción sanitaria en las crisis humanitarias con el fin de adoptar un enfoque basado en la atención primaria de salud en el contexto humanitario.

El concepto de “acción sanitaria en crisis humanitarias” no se limita a las actividades que realiza el Grupo orgánico de la OMS de Acción Sanitaria en las Crisis, sino que engloba toda intervención emprendida por cualquier parte interesada del ámbito de la salud en materia de reducción del riesgo de desastres, y preparación, respuesta y recuperación ante las emergencias.

El documento analiza brevemente en modo en que las crisis humanitarias afectan a las cuatro áreas estratégicas cuya reforma se propone en el Informe sobre la salud en el mundo 2008: la cobertura universal, la prestación de servicios, la labor de liderazgo y las políticas públicas. Explora las posibles sinergias entre un sistema integral de atención primaria de salud y la acción humanitaria, y termina examinando la cuestión más general de un sistema de acción sanitaria basado en los derechos en contextos de emergencia.

Atención primaria de salud: responder a las exigencias de un mundo en constante evolución

El *Informe sobre la salud en el mundo 2008* hace un llamamiento a la movilización de todas las fuerzas de la sociedad, a saber, profesionales de la salud, gobiernos, población en general, instituciones y sociedad civil, en torno a un programa destinado a transformar los sistemas sanitarios, impulsado por los valores de equidad, solidaridad, justicia social y participación, propios de la atención primaria de salud.

A raíz de la demanda de los gobiernos y la sociedad civil de un sistema sanitario más adecuado y equitativo que permita responder a las exigencias de un mundo en transformación permanente, se han establecido cuatro áreas estratégicas. Éstas son: i) la prestación de servicios, para lograr que los sistemas de salud giren entorno las personas; ii) las políticas públicas, con el fin de promover y proteger la salud de la población; iii) la cobertura universal, para aumentar la equidad sanitaria; y iv) y el liderazgo, para aumentar la fiabilidad de las autoridades sanitarias.

Cada vez hay más personas en todo el mundo que esperan un mejor funcionamiento de los sistemas de salud. Quieren que se escuche su opinión sobre cosas que afectan a sus vidas y esperan recibir una atención sanitaria de calidad, centrada en las personas. Los valores de equidad sanitaria, inclusión social y solidaridad están cada vez más extendidos; del mismo modo, la población pide cada vez más que las autoridades sanitarias sean fiables y dignas de confianza. El proceso de renovación de la atención primaria de salud ha sido concebido con el fin de responder a esas expectativas.

En ese contexto, las crisis humanitarias constituyen un importante reto, ya que pueden trastocar extraordinariamente los procesos de reforma sanitaria emprendidos y retrasar la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Por otro lado, toda crisis conlleva una oportunidad de cambio, en que el proceso de renovación de la atención primaria de salud puede encontrar un terreno abonado.

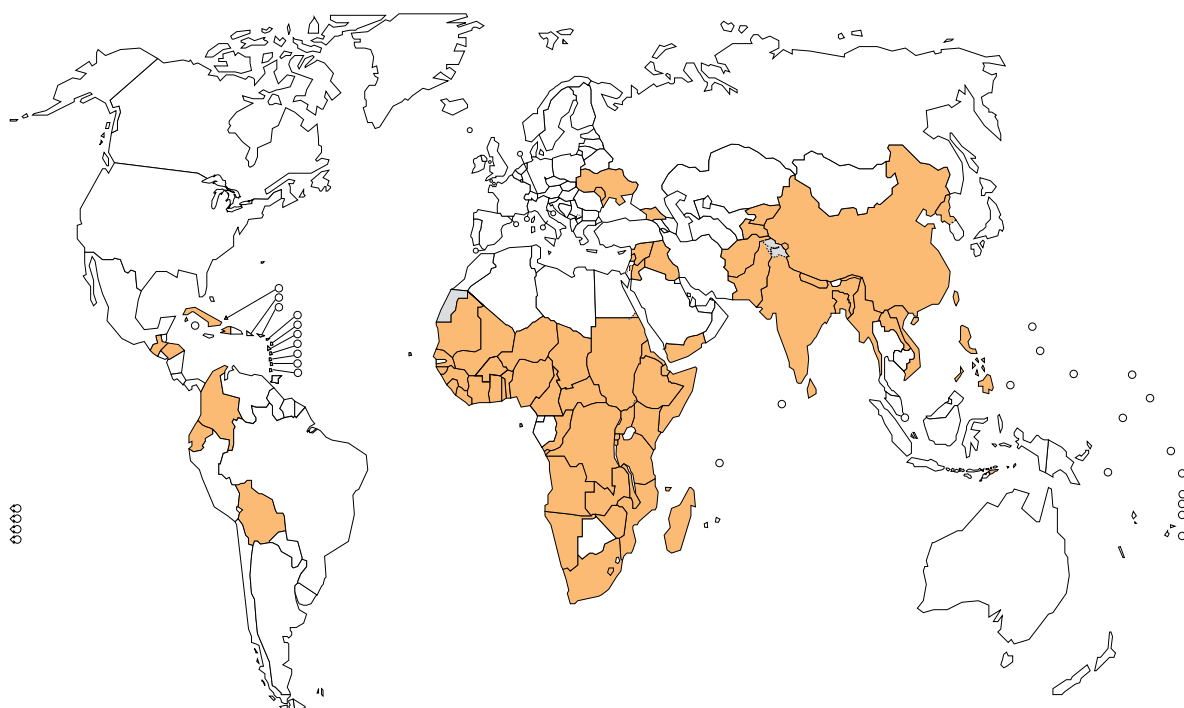
Crisis humanitarias: una amenaza permanente

La población se ve expuesta a una crisis humanitaria cuando los sistemas locales y nacionales se sobrecargan y no son capaces de atender las necesidades básicas, o cuando los gobiernos dejan de respetar los derechos humanos fundamentales de su población, marginando deliberadamente a grupos o regiones. En ambas circunstancias, la salud, la seguridad, la protección y el bienestar de la población se ven amenazadas. Las crisis humanitarias, ya sean de origen natural, provocadas por el hombre o ambas cosas¹, pueden deberse a un aumento repentino de la demanda o a la fragilidad de los sistemas y las instituciones (por ejemplo, los servicios públicos locales pueden colapsarse debido a la escasez de personal o la falta de fondos). Los efectos de las crisis humanitarias en los sistemas de salud suelen ser enormes: una encuesta realizada por la OMS puso de manifiesto que la mayoría de los países (entre el 73 y el 100%) afirmó haber tenido que hacer frente a una emergencia grave durante los últimos cinco años².

Durante las crisis, los sistemas sanitarios están en primera línea. La prestación de asistencia sanitaria se fragmenta y deteriora, la memoria y el conocimiento se



Países prioritarios para el Grupo de acción sanitaria de la OMS



erosionan, y el poder se dispersa. La falta de fiabilidad de la información y su carácter incompleto impiden adoptar decisiones cabales, al tiempo que la rápida evolución de la situación aumenta la incertidumbre. Los costos operativos se incrementan. La preocupación por la seguridad se suma al estrés y limita el espacio humanitario para asistir a las poblaciones que lo necesitan. La respuesta sanitaria a la crisis a menudo se complica por la existencia de demandas concurrentes entre las prioridades humanitarias inmediatas y la necesidad de mantener en funcionamiento los servicios de salud habituales.

Si bien invertir en el desarrollo de los servicios sanitarios desde el comienzo de la respuesta humanitaria puede dar resultados a largo plazo al paliar el sufrimiento y facilitar el proceso de recuperación, la rápida rehabilitación de los sistemas sanitarios tras una crisis puede convertirse en un instrumento político decisivo para restablecer la legitimidad del Estado, estabilizar los servicios públicos y permitir que la sociedad civil se ocupe de las desigualdades sanitarias.

La acción sanitaria en las crisis humanitarias en el marco de la renovación de la atención primaria de salud: principios comunes y sinergias

Hay quienes consideran que la atención primaria de salud y la acción sanitaria en crisis humanitarias constituyen dos estrategias independientes para la prestación de atención sanitaria³. Sin embargo, tienen mucho en común. Ambas tienen por objeto salvar vidas, proteger la salud y combatir los riesgos ambientales. Los principios humanitarios de la humanidad, la imparcialidad, la independencia y la neutralidad están ligados conceptualmente a los principios de equidad de la atención primaria de salud, la participación, la sostenibilidad y la intersectorialidad. La atención primaria de salud y la acción sanitaria en las crisis humanitarias comparten principios y enfoques, tales como la distribución equitativa de los recursos en función de las necesidades, la participación multisectorial en la gestión de los riesgos sanitarios, y una estrategia basada en la comunidad, respaldada por los sistemas nacionales y subnacionales.



Las crisis humanitarias tienen graves efectos en el desarrollo y amenazan seriamente la perspectiva de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio⁵, que constituyen el marco creado por las Naciones Unidas para medir el progreso humano en áreas como la salud, la pobreza, la educación, la igualdad y la autonomía, la sostenibilidad ambiental y la creación de alianzas. El avance hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio ha sufrido importantes retrasos en los más de 50 países que en la actualidad se enfrentan a crisis⁶.

Si bien las crisis humanitarias pueden alterar gravemente el desarrollo y el proceso de renovación de la atención primaria de salud, también ofrecen una oportunidad única para promover el cambio. La acción sanitaria en crisis humanitarias puede contribuir a fomentar el desarrollo sostenible, aumentando la capacidad de resistencia de la población en la fase de preparación, protegiendo la salud, los medios de vida y los bienes durante la fase de respuesta, y atajando la raíz de la crisis en la fase de recuperación. Los programas de renovación de la atención primaria de salud y de la atención sanitaria en crisis humanitarias pueden actuar de manera sinérgica. La adopción de un enfoque integral de la salud, que incorpore la atención sanitaria humanitaria en el proceso de renovación de la atención primaria de salud, puede contribuir a proteger la salud y los bienes humanos, y a proporcionar autonomía a las comunidades, aun cuando las necesidades vitales y los derechos se encuentren en una situación de riesgo crítico.

El *Informe sobre la salud en el mundo 2008* estructura el proceso de renovación de la atención primaria de salud en torno a cuatro grupos de reformas: reformas en pro de la cobertura universal; reformas de la prestación de servicios; reformas del liderazgo; y reformas de las políticas públicas. Esta estructura refleja “la convergencia entre la evidencia disponible sobre lo que se necesita para articular una respuesta eficaz a los actuales desafíos sanitarios, los valores de equidad, solidaridad y justicia social que guían el movimiento en pro de la atención primaria de salud, y las crecientes expectativas de la población en las sociedades en proceso de modernización”.

Las secciones que siguen a continuación ponen de relieve las posibles sinergias entre las cuatro áreas estratégicas del proceso de renovación de la atención primaria de salud y la acción sanitaria en crisis humanitarias.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Primer elemento de sinergia: dar prioridad a las personas



La adopción de un enfoque de atención primaria de salud supone situar a las personas en el centro de la acción sanitaria en crisis humanitarias, al fomentar la participación de la comunidad, restablecer la capacidad de toma de decisiones y acercar las redes vitales de la comunidad a quienes lo necesitan.

Con independencia de sus causas, las crisis humanitarias son hechos complejos sujetos a perspectivas individuales y sociales diferentes que guardan



distintos grados de correlación entre sí. Del mismo modo que cada persona tiene su propia manera de adaptarse y hacer frente a las crisis, cada comunidad tiene su propia forma de afrontar los riesgos. Para que la acción sanitaria en crisis humanitarias sea eficaz hay que adoptar un enfoque integral basado en actuaciones integradas y de gran alcance, y en un conocimiento profundo del contexto en que se producen las crisis y de las necesidades prioritarias de la población afectada tal y como esta las percibe. Las acciones de socorro inmediato, así como las de recuperación y desarrollo, han de complementarse, desde el principio, con una labor bien fundamentada que permita determinar cuáles son los elementos fundamentales del sistema social, económico y de seguridad, y restablecerlos. Éste es el modo en que una red de atención primaria consolidada, con un profundo conocimiento de la cultura local, que incluya estrategias de afrontamiento y adaptación, puede aumentar de manera considerable la capacidad de respuesta.

Los programas de renovación de la atención primaria de salud subrayan la importancia de contar con la participación de las comunidades y las partes interesadas de forma sistemática. Si bien los programas de reducción del riesgo de desastres y de preparación

sanitaria ante emergencias se centran en la participación de la población, la respuesta humanitaria exige intervenciones inmediatas encaminadas a salvar vidas, que, en principio, dan poca cabida a los procesos de participación. Ahora bien, la necesidad de responder de forma inmediata no es incompatible con el concepto de participación de la comunidad. A la hora de evaluar las necesidades inmediatas y determinar las prioridades de la respuesta, la participación de la comunidad es, de hecho, una parte cada vez más importante de las estrategias de acción humanitaria.

Existe el mito de que las poblaciones afectadas por las crisis están demasiado conmocionadas e indefensas como para responsabilizarse de su propia supervivencia. Sin embargo, muchas personas encuentran fuerzas renovadas para hacer frente a las necesidades sanitarias urgentes y a las ya existentes.⁷ En los momentos inmediatamente posteriores a una emergencia, es prácticamente siempre la población local quien responde en primer lugar a las necesidades inmediatas que permiten salvar vidas. En Indonesia, el 91% de los servicios de rescate que se produjeron en las primeras 48 horas tras el tsunami del Océano Índico fueron prestados por personas particulares⁸.

Conocer bien cuál es la capacidad local para hacer frente a las nuevas demandas de atención sanitaria durante las crisis y mejorar la capacidad operativa para ampliar la red de servicios de salud constituyen elementos fundamentales de la acción sanitaria en crisis humanitarias.

Las crisis pueden ser una oportunidad para promover la participación de la comunidad, y fortalecer la cohesión y la equidad sociales. Los organismos de asistencia humanitaria tienen la difícil tarea de adoptar un enfoque verdaderamente participativo que incorpore a diferentes segmentos de la comunidad. Si bien suelen argumentar que no tienen tiempo para realizar consultas, tienen la responsabilidad de hablar con la población local y aprender de ella⁹.



Myanmar

Comercialización de la ayuda

En la mayoría de los países con ingresos bajos y medianos afectados por crisis, la escasez de recursos y la fragmentación de los servicios sanitarios han acelerado la aparición de la mercantilización de la asistencia sanitaria, consistente en: i) la venta no regulada de servicios de salud de pago y ii) la intervención no regulada del sector privado en la asistencia humanitaria.

Si bien la información disponible acerca de la recuperación de costos en situaciones de emergencia es muy limitada, existen argumentos y datos que justifican una cierta preocupación respecto de las prácticas de recuperación de costos. Las tasas de utilización indican que, en entornos en que la atención sanitaria ha sido ya alterada y no es equitativa, el pago por el usuario de los servicios de salud exacerba las desigualdades en el acceso a tratamiento y contribuye a sumir en la indigencia a los grupos más vulnerables¹⁰. Un principio humanitario básico es que los servicios y los bienes proporcionados por los organismos de asistencia humanitaria han de ser gratuitos para sus receptores. No obstante, si bien en términos generales esto se respeta en intervenciones con refugiados y de ayuda alimentaria, en situaciones caracterizadas por la existencia de desplazados internos o cuando la crisis afecta a una parte importante de la población residente, a menudo la práctica es cobrar a los usuarios por los servicios de atención sanitaria¹¹. La acuciante necesidad de atención secundaria de salud de calidad se puso de manifiesto con toda claridad inmediatamente después del inicio de la crisis de Darfur (Sudán), a principios de 2004. Los hospitales de Darfur no estaban en absoluto preparados para atender el enorme flujo de personas que necesitaban atención de emergencia. Con el fin de dar respuesta a esas necesidades urgentes y al escaso acceso a la atención secundaria de salud a consecuencia de la persistencia de un sistema de recuperación de costos, la OMS puso en marcha, junto con otros asociados, un programa de hospitales destinado a suspender el sistema de recuperación de costos en el caso de desplazados internos y de poblaciones afectadas por conflictos, y a mejorar la calidad de la atención secundaria disponible en la zona. Ese programa de hospitales se basaba en ofrecer incentivos económicos al personal, sufragar los gastos de explotación y abastecer medicamentos y suministros médicos a los diez hospitales más importantes de Darfur. Además, se rehabilitaron los principales departamentos hospitalarios y se llevaron a cabo diversas actividades de formación. Gracias a una iniciativa de la OMS sobre el uso racional de fármacos, la lista nacional de medicamentos esenciales del Sudán fue distribuida a todos los hospitales de Darfur; se nombró a un proveedor médico central y se puso en funcionamiento un sistema de control de calidad.

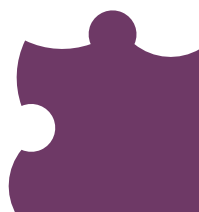
Otro aspecto de la comercialización de la atención sanitaria durante las crisis es el creciente interés del sector privado en apoyar las intervenciones humanitarias en todo el mundo. Pese a que puede decirse que, en gran medida, la participación del sector privado en las operaciones humanitarias resulta considerablemente beneficiosa, existe la preocupación razonable de que, si no son reguladas adecuadamente, esas actividades puedan socavar la capacidad local y las políticas públicas. Tampoco está claro si los agentes del sector privado están motivados por los principios humanitarios básicos, a saber, humanidad, imparcialidad, independencia y neutralidad, o, incluso, si son conscientes de ellos. Con el fin de encontrar una solución a esas preocupaciones, el Foro Económico Mundial y la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas han definido un conjunto de principios para orientar la colaboración público-privada en acciones humanitarias. Esos principios pretenden servir de guía para el sector privado y las instituciones de ayuda humanitaria, y hacen hincapié en la comunicación de los principios humanitarios fundamentales y la integración de elementos de las enseñanzas extraídas de la participación previa del sector privado¹².

Conclusión:

La población es quien concibe y aplica en primer lugar las estrategias de adaptación a los riesgos, y quien se encuentra en primera línea a la hora de responder ante una crisis. Es esencial adoptar un enfoque centrado en la comunidad respecto de la preparación y respuesta frente a emergencias, a fin de mejorar la capacidad de adaptación de los servicios de salud durante los desastres. El respeto a la cultura y a las percepciones sobre la salud de los integrantes de las comunidades afectadas han de ser el centro en torno al que debe girar cualquier acción sanitaria en crisis humanitarias o cualquier reforma en la prestación de los servicios.

POLÍTICAS PÚBLICAS

Segundo elemento de sinergia: adoptar políticas públicas en materia de atención sanitaria en las crisis



Las crisis humanitarias constituyen momentos en que las políticas públicas que forman el cemento de las sociedades contemporáneas se desmoronan.

Son muchos los factores que impiden que puedan formularse políticas eficaces durante las crisis. La autoridad del Estado se ve sometida a presión. Se ponen trabas a las políticas a largo plazo. Falta la información sobre la que se sustenta la toma de decisiones. Las partes interesadas aumentan de número y son a menudo rem-

plazadas. Los debates sobre políticas se politizan. Resulta difícil exigir transparencia y responsabilidades¹³, la capacidad para controlar los fondos y los recursos, y coordinar la ayuda internacional es a menudo deficiente, justo cuando la necesidad de optimizar la disponibilidad de los recursos es crucial. Las políticas públicas pueden verse fragmentadas a causa de i) una multiplicación de programas y proyectos; ii) el deseo de conseguir los fondos externos disponibles y la existencia de cadenas de mando paralelas; iii) la escasa sostenibilidad.

Durante las crisis humanitarias, son muy pocos los procesos y las oportunidades políticos que pueden utilizarse para presionar a los gobiernos para que respondan a las expectativas elementales de la sociedad. En consecuencia, los países en crisis invierten menos en salud, y, como es de esperar, los resultados sanitarios son deficientes.

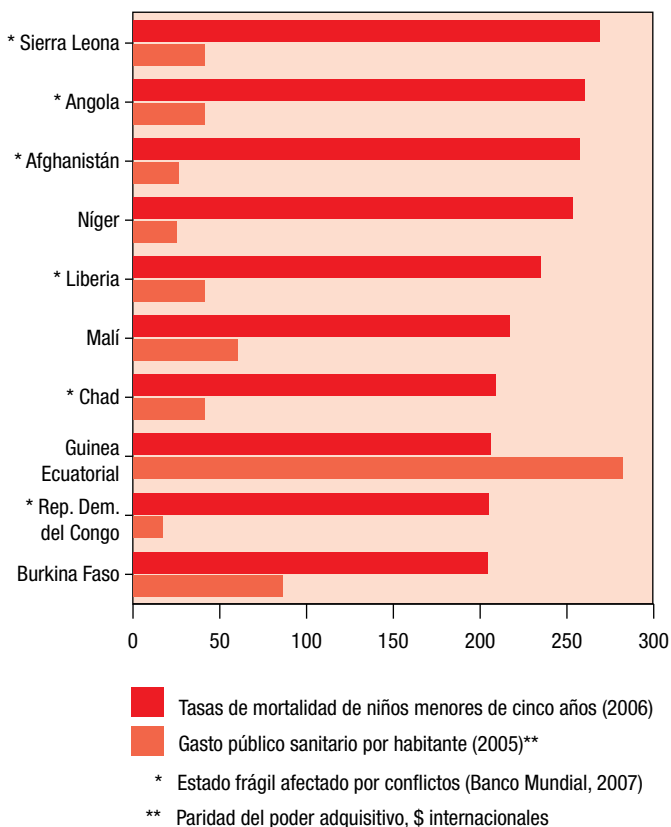
A lo largo de los últimos 30 años se ha producido un cambio fundamental en las estrategias de gestión de las situaciones de emergencia. Cada vez se hace más patente que, si bien las intervenciones humanitarias son esenciales, los programas de reducción de riesgos y preparación ante emergencias basados en la comunidad son indispensables para paliar los efectos de las crisis y promover el desarrollo sostenible.

Tradicionalmente, los programas de preparación frente a emergencias se han centrado en almacenar artículos de socorro y garantizar la disponibilidad de los servicios básicos. En la mayoría de los países, el compromiso político y los recursos siguen concentrándose de forma abrumadora en las necesidades a corto plazo de las emergencias. Sin embargo, cada vez son más quienes reconocen que es necesario contar con políticas públicas de amplio alcance encaminadas a reducir el riesgo de desastres y a poner en marcha planes de preparación y respuesta ante emergencias que se centren en los grupos de población en situación de mayor riesgo.

La preparación es esencial para garantizar el derecho a una vida digna. Si bien los estados son los principales responsables de la protección de la población y de asegurar una vida digna, la concepción moderna de la preparación va más allá de los sectores que tradicionalmente han participado en las labores de socorro, tales como los cuerpos de protección civil, los departamentos de emergencias y las organizaciones humanitarias. Es preciso que las comunidades colaboren estrechamente con las autoridades locales, las organizaciones públicas y otros interlocutores pertinentes del sector privado, con el fin de reforzar los medios de preparación ante emergencias y su capacidad de hacer frente a las consecuencias de los distintos riesgos. Se trata de poner en marcha mecanismos sistemáticos tales como la legislación, los planes, los sistemas y procedimientos de coordinación, los medios y presupuestos institucionales, el personal competente, las campañas de información y concienciación pública y los mecanismos de participación que permitan reducir apreciablemente posibles riesgos y pérdidas futuros¹⁴.

Una política adecuada de preparación ante emergencias ha de reconocer los derechos individuales y colectivos; debe cartografiar los peligros, las comunidades y los puntos débiles de la zona geográfica en cuestión; ha de establecer políticas pertinentes de desarrollo, salud y medio ambiente, y documentar las competencias legislativas e institucionales existentes, y las limitaciones respecto de los recursos. Algunos

Los diez países con la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años más elevada del mundo y gasto público sanitario por habitante



Fuente: Estadísticas Sanitarias Mundiales 2008

de los elementos aceptados en materia de gestión de emergencias son los siguientes: un plan general; una estrategia capaz de hacer frente a todos los peligros; un enfoque multisectorial e intersectorial¹⁵; y la participación de la comunidad. La preparación frente a emergencias y la reducción del riesgo de desastres son competencias esenciales del ministerio de salud. No se trata de cometidos pasajeros o a corto plazo, sino de funciones permanentes. Por lo tanto, el ministerio de salud de cada país ha de institucionalizar la estructura correspondiente para ello (oficina, unidad o departamento)¹⁶.

La estructura política y técnica para la gestión de las emergencias debe establecerse a nivel nacional, si bien se ejecuta a nivel local. La población es la más castigada por los desastres y ha de participar plenamente en la planificación para hacer frente a los peligros a que se enfrenta.

Conclusión:

Los planes para la reducción del riesgo de desastres y preparación ante emergencias sanitarias son un reflejo de las reformas de las políticas públicas definidas en el proceso de renovación de la atención primaria de salud: la integración de los planes y programas del sector sanitario, la adopción de un enfoque multisectorial, el establecimiento de asociaciones y la coordinación entre comunidades y niveles, y la importancia de la participación de la comunidad. Un sistema sólido de atención primaria de salud fortalece la capacidad de adaptación y resistencia de la población, y permite sentar los cimientos para una preparación y respuesta ante emergencias eficaces. Los programas de reducción del riesgo de desastres y de preparación, respuesta y recuperación ante emergencias sanitarias deben formar parte integral de cualquier política sostenible, global y multisectorial, lo cual es esencial para avanzar hacia un proceso de renovación eficaz de la atención primaria de salud.

ATAJAR LAS DESIGUALDADES SANITARIAS

Tercer elemento de sinergia: utilizar la acción sanitaria en crisis humanitarias para avanzar hacia la cobertura universal



Las personas afectadas por una crisis humanitaria esperan una respuesta humanitaria equitativa.

Pero las crisis pueden acentuar las desigualdades existentes y generar nuevos problemas de injusticia social.

Las catástrofes no provocan muertes al azar. Hay una estrecha relación entre los desastres naturales y la pobreza. A menudo los más castigados son los más vulnerables, en particular los pobres, las mujeres, los niños y las personas mayores¹⁷. Es más, los países más pobres son los más vulnerables a las catástrofes naturales¹⁸. Más del 90% de las muertes provocadas por desastres naturales se produce en los países en desarrollo, y son los países menos adelantados los que más sufren¹⁹. Si bien únicamente el 11% de la población expuesta a catástrofes naturales vive en países con un desarrollo humano bajo, ésta representa más del 53% de la totalidad de las defunciones registradas ocasionadas por desastres²⁰.

Los desastres suelen castigar duramente a las ciudades. La creciente concentración de la población mundial en zonas urbanas significa que, cada vez que se produce un terremoto, un huracán u otra catástrofe natural, la vida de millones de personas se ve amenazada. Los grandes desastres naturales pueden resultar devastadores para los segmentos de población más pobres y vulnerables, incluidos los desplazados internos que viven en zonas propensas a las catástrofes en los arrabales de las megalópolis, donde el acceso a los servicios básicos es muy limitado²¹.

El simple hecho del desplazamiento puede dar lugar a importantes desigualdades en el estado de salud de la población: así por ejemplo, en las crisis humanitarias las tasas brutas de mortalidad suelen ser particularmente elevadas entre los desplazados internos. Sin embargo, paradójicamente, a veces los desplazados internos y los refugiados tienen mejor acceso a los servicios de salud que la población de acogida²².

En las crisis, la salud de las mujeres, las niñas, los niños y los hombres se ve afectada de un modo diferente. Los datos disponibles indican que existen diferencias entre hombres y mujeres en términos de exposición y de percepción de los riesgos, la preparación, la respuesta, el impacto físico y psicológico, y la capacidad de recuperación²³.

Existen grandes desigualdades en la distribución de ayuda humanitaria: el 63% de la totalidad de los fondos donados en el marco del Procedimiento de Llamamientos Unificados de 2008 se concentró en cinco de los más de 20 países que pidieron fondos. Únicamente tres países recibieron más del 80% de la cantidad solicitada para el sector sanitario²⁴.

La raíz de las desigualdades reside en las condiciones sociales fuera del control directo del sistema de salud. Es preciso atajar las causas durante la respuesta humanitaria, mediante un proceso analítico bien fundamentado que dé lugar a una intervención intersectorial y transministerial. Ahora bien, las estrategias de respuesta ante situaciones de emergencia con frecuencia se centran en exceso en los aspectos técnicos y dan una importancia primordial a los logros a corto plazo. Muchas de las decisiones son adoptadas por expertos en cuestiones técnicas, que suelen intervenir del mismo modo en todas partes, sin consultar a las personas más afectadas por la situación de emergencia, pues declaran que la rapidez es su máxima preocupación. La acción humanitaria sigue siendo vertical; los profesionales sanitarios trabajan con los beneficiarios, a menudo de un modo paternalista, pese a que ha habido intentos de involucrar a la población tras la fase inicial de la crisis²⁵. Este enfoque no consultivo corre el riesgo de exacerbar las desigualdades existentes y de pasar por alto las necesidades reales y los derechos de las poblaciones afectadas.

La cobertura universal y el acceso a la ayuda humanitaria son elementos fundamentales para avanzar hacia la igualdad en las crisis humanitarias.

En el ámbito de la asistencia humanitaria, el concepto de cobertura está sujeto a diferentes factores estrictamente relacionados con el contexto de crisis. La cobertura exige la disponibilidad de los servicios, la eliminación de obstáculos al acceso y que haya protección social. El término “espacio humanitario” ha sido definido como un “espacio libre en que los agentes humanitarios pueden evaluar las necesidades, vigilar la distribución y el uso de los artículos de socorro, y mantener un diálogo con la población con toda libertad” (Wagner 2005). En términos generales, esa cobertura humanitaria potencial refleja la libertad de movimiento y el grado de acceso a los beneficiarios permitido en virtud de las consideraciones de seguridad y políticas. Teóricamente, toda la zona o población afectada debería gozar de “cobertura”.

El término “cobertura humanitaria operativa” define el espectro de operaciones que pueden llevarse a cabo dentro de los límites de los recursos disponibles. Se ve influida por consideraciones de seguridad, y, sobre todo, por la capacidad para gestionar los distintos programas unida a las actividades de coordinación de todos los agentes humanitarios.

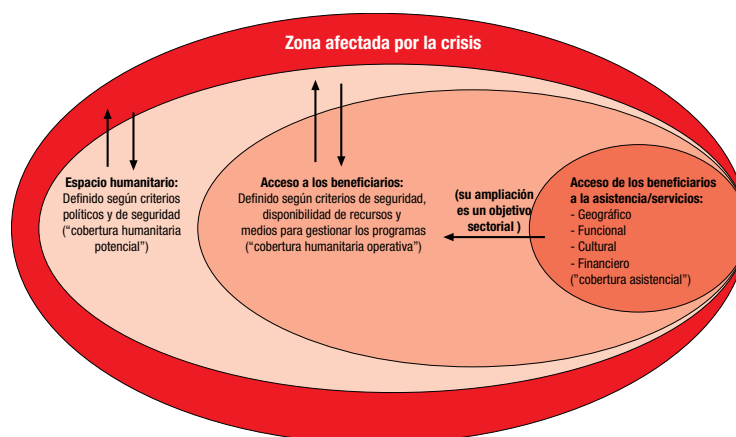
La cobertura focalizada o la cobertura asistencial (programas) se define en términos del número de beneficiarios, así como de espacio y tiempo (por ejemplo, la proximidad, la rapidez y la continuidad). Las operaciones de socorro que únicamente llegan a un porcentaje reducido de la población afectada, o que sólo lo hacen de forma intermitente, o que obligan a la población a abandonar su zona, únicamente alcanzan el objetivo de salvar vidas y de reducir el sufrimiento en parte. En términos



generales, los indicadores de cobertura y desempeño de los programas han de interpretarse en el contexto de la situación general. Si bien es importante saber cuál es el porcentaje de personas que necesita un servicio determinado y vive en la zona de influencia del programa que realmente se beneficia del servicio, es igualmente importante conocer cuál es el tamaño de la zona que abarca el programa teniendo en cuenta la cobertura general operacional y humanitaria.

Cuando se habla de cobertura de un programa se entiende que se presta un nivel mínimo de asistencia y que la población puede realmente acceder a ésta. En otras palabras, el solo hecho de abrir un dispensario en un campamento no permite concluir que ese campamento goce de cobertura o que la cobertura prestada sea del 100%. Así pues, la cobertura de un programa es el porcentaje de personas que necesita un servicio, viven en la zona de influencia establecida del programa y se benefician de ese servicio. La asistencia mínima se define en función de un nivel mínimo determinado de calidad y rapidez en la prestación del servicio.

Representación gráfica de distintos tipos de cobertura en zonas afectadas por una crisis (Loretti 2005)



Conclusión:

La acción sanitaria en crisis humanitarias refleja el planteamiento de la atención primaria de salud respecto de la cobertura universal como paso esencial, si bien no exclusivo, para promover la equidad sanitaria. La cobertura universal en la acción sanitaria en crisis humanitarias implica la extensión de la cobertura asistencial a todas las zonas afectadas por la crisis.

LIDERAZGO

Cuarto elemento de sinergia: fortalecer el liderazgo con el fin de gestionar con eficacia el riesgo de emergencias



El sector público necesita un sólido liderazgo para dirigir las actividades de reducción del riesgo de desastres, y preparación y respuesta ante emergencias. Esa función ha de ejercerse mediante modelos de colaboración que fomenten el diálogo sobre políticas con diferentes partes interesadas²⁶.

Las crisis, en particular las que se prolongan o repiten, ponen en tela de juicio el liderazgo y a un Estado débil. El poder central puede percibirse como débil o ilegítimo, y otros agentes (internacionales) pueden desempeñar funciones paralelas de liderazgo que podrían minar la gobernabilidad nacional²⁷. Además de los organismos humanitarios tradicionales, las fuerzas militares, los contratistas privados y otros actores no estatales, incluidas las organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales, y las organizaciones confesionales nacionales, desempeñan una función cada vez más importante en los grandes conflictos y catástrofes²⁸. Los gobiernos débiles son a menudo incapaces de garantizar un nivel mínimo de seguridad; no logran prestar los servicios básicos ni ofrecen oportunidades económicas, y no son capaces de adquirir suficiente legitimidad para mantener la confianza de sus ciudadanos²⁹.

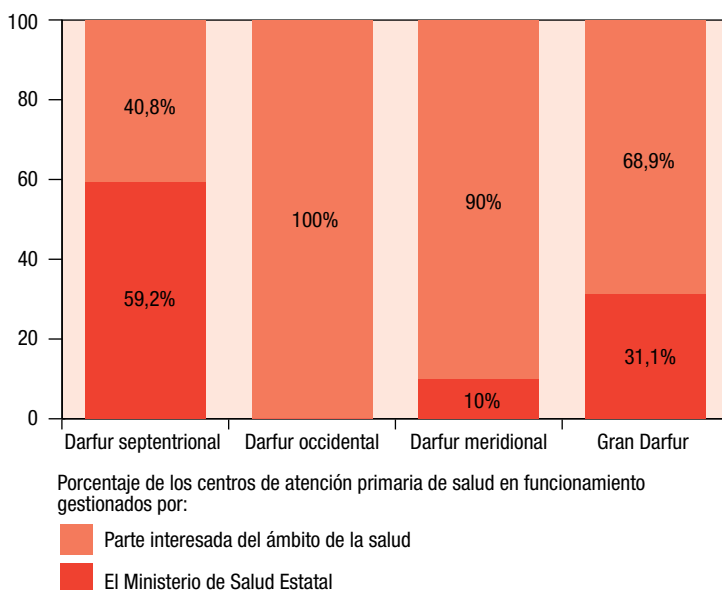
Las crisis también pueden dar lugar a un liderazgo autoritario y centralizado que reduzca la participación, la negociación y el diálogo sobre políticas. Es más, el poder con frecuencia está compartimentalizado, en cuyo caso cada aspecto de la vida económica y social se trata de forma separada y simplificada, sin que haya comunicación³⁰.

El Estado es, en última instancia, el responsable de reducir el riesgo de desastres, y de la preparación y respuesta ante emergencias. Ahora bien, en situaciones de conflicto y post conflicto, en particular, en que el Estado es muy débil o incluso no existe en algunas partes del país, o es víctima de conflictos políticos, las organizaciones humanitarias internacionales podrían ser necesarias para llenar ese vacío de poder de forma temporal. En esos casos, los agentes humanitarios internacionales, en especial los organismos de las Naciones Unidas, no solamente podrían tomar el liderazgo para responder a las necesidades prioritarias, sino también asumir el control general de las políticas, invalidando a las autoridades locales y estableciendo un sistema de gobierno provisional durante la crisis humanitaria como ocurrió, por ejemplo, en Kosovo y en Timor.

A principios de 2008, únicamente el 59,2% de los 76 centros de atención primaria de salud en funcionamiento en Darfur septentrional y el 10% de los 50 centros de Darfur meridional estaban gestionados por el Ministerio de Salud. Ninguno de los centros de atención primaria de Darfur occidental estaba gestionado por dicho ministerio³¹.

La gobernanza en las crisis humanitarias ha sido definida como “la aplicación del derecho internacional humanitario y los instrumentos de derechos humanos para regir la conducta de organizaciones estatales y no estatales en zonas de conflicto, de forma que se proteja la vida y los medios de subsistencia de la población afectada”³². Con frecuencia, se lleva a cabo en el marco de misiones integradas en un intento de

Gestión de los servicios de atención primaria de salud en Darfur



sacar el máximo partido de los recursos y los conocimientos especializados de las Naciones Unidas. La actuación del conjunto del sistema de las Naciones Unidas durante las misiones integradas incluye operaciones de mantenimiento de la paz, promoción de los derechos humanos, y asistencia humanitaria y al desarrollo, y refleja el entendimiento de que el desarrollo y los derechos humanos son elementos inseparables de la paz, la seguridad y la creación de una paz duradera³³.

Cuando el liderazgo nacional es débil o no existe, es fundamental que las partes interesadas en la acción humanitaria coordinen sus esfuerzos para reemplazar al Estado en sus funciones. En junio de 1992, las Naciones Unidas crearon el Comité Permanente entre Organismos (IASC por sus siglas en inglés): un foro único en su género para la coordinación, formulación de políticas y toma de decisiones entre entidades asociadas del ámbito humanitario de las Naciones Unidas y ajenas a éstas. En el caso de una emergencia compleja o de deterioro de una situación existente de crisis humanitaria, el Coordinador del Socorro de Emergencia de las Naciones Unidas, en nombre del Secretario General y tras consultar con el IASC, designa a un Coordinador de Asistencia Humanitaria para el país. Dicho coordinador tiene por cometido promover la aplicación de los principios humanitarios entre las partes pertinentes y supervisar la planificación estratégica entre organismos en ese país. El Comité Permanente entre Organismos trabaja mediante el Procedimiento de Llamamientos Unificados, que permite que los sistemas de socorro nacionales, regionales e internacionales puedan movilizar recursos de forma conjunta para hacer frente a emergencias complejas o de gran envergadura que requieran una respuesta de todo el sistema. El Procedimiento de Llamamientos Unificados va más allá de la mera petición de dinero. Además de ser un instrumento indispensable que permite que las organizaciones de ayuda puedan planificar, ejecutar y vigilar sus actividades conjuntamente, se ha convertido en el principal documento normativo que orienta a las distintas partes interesadas.

En las situaciones en que las políticas sanitarias nacionales han dejado de aplicarse a consecuencia de una crisis, la estrategia sanitaria en el marco del Procedimiento de Llamamientos Unificados puede llegar a ser un punto de referencia en materia de políticas con el que los distintos proveedores de servicios pueden alinear sus intervenciones.

Las misiones integradas, el Comité Permanente entre Organismos, el sistema del coordinador de asistencia humanitaria y el Procedimiento de Llamamientos Unificados son mecanismos destinados a fortalecer o reconstruir un liderazgo integrador para responder a una crisis humanitaria. En realidad, sin embargo, la relación entre los organismos de ayuda humanitaria y las autoridades locales es a menudo endeble, y las partes interesadas nacionales únicamente participan de forma marginal.



Conclusión:

Al aplicar los programas de renovación de la atención primaria de salud, y de reducción del riesgo de desastres y preparación y respuesta ante emergencias sanitarias es esencial promover un liderazgo integrador que dé protagonismo a todos los grupos de la sociedad mediante una representación justa en el proceso de toma de decisiones, teniendo presente que la acción de la comunidad no puede disociarse de la responsabilidad del Estado (o de quien haya asumido la dirección general) que garantice un acceso equitativo a la ayuda humanitaria durante las crisis, así como una participación equitativa a la hora de definir los planes de reducción del riesgo de desastres y preparación frente a emergencias³⁴. Un liderazgo basado en la negociación, fuerte a la par que integrador, es fundamental para que las autoridades sanitarias sean más fiables, y para evitar la dependencia desproporcionada de los sistemas de “orden y mando”, por un lado, y la reducción del papel del Estado, por otro.

La renovación de la atención primaria de salud y la acción humanitaria: hacia un enfoque basado en los derechos

El presente informe examina el modo en que la renovación de la atención primaria de salud puede contribuir a alcanzar los objetivos de la acción sanitaria en las crisis humanitarias y mejorar sus procesos. Orientar la acción sanitaria en las crisis humanitarias con arreglo al planteamiento de la atención primaria de salud conecta con otro importante cambio en ese ámbito: considerar la acción humanitaria de salud no sólo como un mero sistema para atender determinadas necesidades, sino como un medio de promover la justicia social y hacer que se respete el derecho a la salud.

Esa concepción de la acción sanitaria en crisis humanitarias reconoce que la justicia social afecta profundamente al modo en que la gente vive y muere³⁵, y está ligada a la protección, promoción y respeto de los derechos humanos. La salud es un derecho humano fundamental declarado en numerosos documentos de las Naciones Unidas y de la Organización Mundial de la Salud, empezando por la Declaración Universal de Derechos Humanos. El precepto contenido en el derecho a la salud, según el cual los servicios, artículos y establecimientos de salud deben ser accesibles a toda la población sin discriminación, es un principio fundamental de la acción sanitaria en crisis humanitarias y de la renovación de la atención primaria de salud³⁶. El derecho a la salud también incluye otros muchos derechos, tales como el derecho a agua potable y a alimentos salubres, el derecho a un nivel de vida adecuado, el derecho a acceder a información y el derecho de participación. Todos esos derechos están reflejados en el llamamiento para una acción intersectorial en materia de atención primaria de salud que permita abordar factores que están fuera del ámbito del sector sanitario.



Los contextos en que la acción humanitaria de salud es necesaria son particularmente difíciles en lo que atañe a todo el espectro de derechos humanos. En las catástrofes naturales, la experiencia demostrado que, si bien ya durante la fase de emergencia de un desastre pueden darse comportamientos discriminatorios y conductas de desprecio por los derechos económicos, sociales y culturales, cuanto más se prolonga la situación, mayor es el riesgo de que haya violaciones de los derechos humanos³⁷. Los conflictos armados del siglo XXI se caracterizan por las violaciones de los derechos humanos y el incumplimiento del derecho internacional humanitario. La denegación de los derechos humanos y el no respeto de la neutralidad médica posiblemente sean los principales determinantes sociales de la salud en los países en conflicto³⁸.

Pese a esas dificultades, la adopción de un enfoque basado en los derechos como elemento esencial de la acción humanitaria por muchas organizaciones en los últimos años modifica fundamentalmente el modo de “funcionar” entre los agentes humanitarios y la población a que prestan asistencia. Las víctimas y los beneficiarios se convierten en titulares de derechos, y los organismos humanitarios, en sus defensores. Ese cambio, si bien no es universal en el sector humanitario, puede observarse de forma generalizada en la formulación de políticas institucionales: están centradas en las personas, son universales, dan autonomía y dignifican³⁹.

Esos valores reflejan en gran medida los valores de la atención primaria de salud. La reforma del atención primaria de salud trata de que esos principios se expresen en la promoción y protección de la salud, y constituye un instrumento importante para llevar a cabo acciones sanitarias en crisis humanitarias basadas en los derechos. Prestar atención a las desigualdades y aumentar la justicia social; incrementar la participación en la planificación y prestación de servicios; cuidar de no debilitar los servicios existentes mediante la fragmentación, son medidas que hasta ahora se han pasado por alto en las intervenciones sanitarias en crisis humanitarias. Un enfoque basado en los derechos, fundamentado en las reformas del atención primaria de salud, tal y como se expone en el presente informe, puede contribuir a remediar esos errores pasados.



Declaración final

El fortalecimiento de la reducción del riesgo de desastres, y la preparación, respuesta y recuperación frente a emergencias sanitarias es decisiva para el éxito y sostenibilidad de los planes de renovación de la atención primaria de salud, así como para proteger los logros en materia de desarrollo sanitario de los posibles estragos y distorsiones provocados por las crisis. Al mismo tiempo, el éxito de la acción sanitaria en crisis humanitarias también depende de que se implante con eficacia el sistema de atención primaria de salud, con el fin de dotar a la comunidad de medios y de capacidad de resistencia y adaptación, y de reafirmar el derecho a la salud. El sector sanitario, respaldado por otros sectores, puede lograr que la integración de la acción sanitaria en crisis humanitarias en el proceso de renovación del atención primaria de salud sea mutuamente provechosa de cara a promover la implantación de un sistema de salud basado en la comunidad y los derechos que beneficie a la población y a la sociedad.



**República Democrática
del Congo**

Notas y referencias

- * La presente traducción del informe sólo cubre la parte dedicada a la asistencia sanitaria primaria en las crisis.
1. No existe una clasificación simple de las crisis humanitarias. Distintos organismos han propuesto una serie de categorías: véase la lista de tipos de desastres de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja o el manual *Handbook for Complex Emergencies* de la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas.
 2. OMS (2008), *Global Assessment of National Health Sector Emergency Preparedness & Response*. OMS Ginebra.
 3. W Van Damme, W Van Lerberghe, M Boelaert. *PHC vs. emergency health assistance: a conceptual framework*. Health Policy and Planning; 17(1): 49-60. Oxford University Press 2002.
 4. *Humanidad*, que transmite la importancia de salvar vidas y aliviar el sufrimiento allí donde se encuentre. *Imparcialidad*, que significa emprender las acciones humanitarias basándose únicamente en las necesidades de las personas, sin discriminación entre las poblaciones afectadas ni dentro de ellas. *Independencia*, entendida como la autonomía de los objetivos humanitarios respecto de los objetivos políticos, económicos, militares u otros. *Neutralidad*, es decir, la acción humanitaria no debe favorecer a ningún bando en un conflicto armado o a ninguna de las partes en una disputa allí donde la acción humanitaria se esté llevando a cabo. [Tomado de http://www.goodhumanitarianidonorship.org/documents/principios_y_buenas_practicas_en_la_donacion_humanitaria.doc]
 5. *Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, Resolución aprobada por la Asamblea General A/RES/55/2*, 13 de septiembre de 2000.
 6. Foro de Alto Nivel sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud (2004). *Achieving the Health Millennium Development Goals in Fragile States*. OMS y Banco Mundial, Abuja 2004.
 7. *Myths and Realities in Natural Disasters*. OMS/OPS.
 8. Fritz Institute 2005.
 9. Comité Permanente entre Organismos, 2007
 10. T. Poletti, E. Sondorp, O. Bornemisza and Austen Davis (2006). *Cost-sharing in Complex Emergencies: An Example of Inappropriate Policy Transfer*. Humanitarian Exchange No 26.
 11. M. Thieren, A. Griekspoor. *Humanitarian Action and Primary Health Care*, informe inédito, 2007.
 12. OCAH, Foro Económico Mundial (2007). *Guiding Principles for Public-Private Collaboration for Humanitarian Action*. Ginebra, diciembre de 2007.
 13. OMS (2007). *Analysing disrupted health sector – Manual*. OMS. Ginebra.
 14. OMS (2007). *Risk reduction and emergency preparedness. WHO six-year strategy for the health sector and community capacity development*. OMS. Ginebra.
 15. OMS (1999). *Community Emergency Preparedness: A Manual for Managers and Policy-Makers*. OMS, Ginebra.
 16. OMS (2006). *Report of WHO Expert Consultation: Emergency Preparedness for the Health Sector and Communities*. WHO Ginebra.
 17. *Myths and Realities in Natural Disasters*. OMS/OPS.
 18. C. de Ville, A. Griekspoor (2007). *Natural Disasters, the Best Friend of Poverty*. Georgetown Journal on Poverty and Law and Policy 14 (1): 61-94.
 19. EIRD (2004). *Vivir con el Riesgo: Informe mundial sobre iniciativas para la reducción de desastres*. EIRD 2004.
 20. PNUD (2004). *Reducing Disaster Risk: a Challenge for Development*. Prevención y recuperación de crisis. PNUD.
 21. Programa Hábitat de las Naciones Unidas (2008). *State of the World's Cities 2006/7*.

22. K. Ranson, T. Poletti, O. Bornemisza and E. Sondorp (2007). *Promoting health equity in conflict-affected fragile states*. London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres.
23. Comité Permanente entre Organismos de las Naciones Unidas (2006). *Gender Handbook in Humanitarian Action*. Ginebra.
24. OCAH (2008). *Sistema de Seguimiento Financiero*. Ginebra.
25. ALNAP (2004). *Participatory Impact Assessment – A Guide for Practitioners*. ALNAP, Londres.
26. OMS (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008*.
27. OMS (2008). *Health Policy and Systems Research in Conflict-Affected Fragile States. Alliance for Health policy and System Research*. OMS, Ginebra.
28. Feinstein International Center (2006). *Humanitarian Agenda 2015: Principles, Power, and Perceptions, Preliminary Report*. Feinstein International Center, Medford.
29. D. W. Brinkerhoff – Noviembre de 2008.
30. OMS (1999). *Decentralized cooperation a new tool for conflict situations*. OMS EURO, Copenhague. [enc. sólo en ingl.]
31. OMS (2008). *Health Resource Availability Mapping System (HeRAMS) – OMS*, Ginebra.
32. S. Lautze, J. Leaning, A. Raven-Roberts, R. Kent and D. Mazurana (2004). *Assistance, protection, and governance networks in complex emergencies*. *Lancet* 2004; 364: 2134–41.
33. A la hora de combinar operaciones militares y acciones humanitarias sigue habiendo reticencias y resistencias. Se trata de estrategias para afrontar el conflicto y el sufrimiento claramente separadas. Son dos formas totalmente distintas de intervenir, que, a menudo, ponen de manifiesto objetivos y prioridades divergentes. Las situaciones a que la acción humanitaria ha de enfrentarse en la vida real muestran que es posible llegar a un término medio. De hecho, el personal humanitario con frecuencia utiliza los servicios de mantenimiento de la paz con fines logísticos, de comunicación y de seguridad. Es posible que las preocupaciones relativas a la estructura de las misiones integradas residan en preocupaciones más importantes, tales como la falta de claridad y el hecho de no comprender bien sus respectivos mandatos.
34. OMS (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación : alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud : informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud*. OMS, Ginebra.
35. Véase 58.
36. El derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr (referido como el “derecho a la salud” fue enunciado por primera vez en la Constitución de la OMS (1946) y reafirmado en la Declaración de Alma-Ata en 1978 y en la Declaración Mundial de la Salud adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1998. Ha sido firmemente refrendado en un amplio espectro de instrumentos de derechos humanos internacionales y regionales.
37. IASC (2006). *Protecting Persons Affected by Natural Disasters – IASC Operational Guidelines on Human Rights and Natural Disasters*. Ginebra.
38. OMS (2008). *Social determinants of health in countries in conflict*. WHO Regional Publications, Eastern Mediterranean Series 32 – 2008.
39. A. Carle, H. Chkam (2004). *Human Rights and Humanitarian Action – HPG Background Paper*.

La misión del grupo orgánico de la OMS Acción Sanitaria en las Crisis (HAC) consiste en reducir las muertes evitables, la carga de morbilidad y las discapacidades en países propensos a las crisis o afectados por ellas. Sus tres departamentos abarcan las áreas siguientes:

- Preparación y Creación de Capacidad para Emergencias: apoyo a los Estados Miembros en materia de reducción de riesgos para el sector de la salud y preparación para emergencias; creación de capacidad institucional en la OMS en materia de preparación y respuesta ante emergencias.
- Respuesta y operaciones de emergencia: generación de los datos, elaboración de los planes y orientaciones técnicas, y desarrollo de la plataforma operacional en los que se basa la acción de la OMS en las emergencias; planificación, puesta en marcha y ejecución de las operaciones en colaboración con los asociados nacionales e internacionales para la salud.
- Recuperación y transición: desarrollo de estrategias, métodos, instrumentos y directrices para las acciones de recuperación de la salud después de conflictos y desastres, y de desarrollo del sector de la salud en países en transición.



**Organización
Mundial de la Salud**

Acción sanitaria en las crisis