



LOS SERVICIOS DE SALUD

EN EL NIVEL PRIMARIO



CICR

**LOS SERVICIOS
DE SALUD
EN EL NIVEL PRIMARIO**

ÍNDICE

Introducción	p 5
A. Las modalidades de la acción del CICR en los servicios de salud primarios	p 6
1. Análisis de la situación sanitaria	p 6
2. Planificación de una acción	p 7
B. Los servicios de salud primarios en un enfoque integrado de la asistencia y, más generalmente, en el conjunto de la acción del CICR	p 10
1. Servicios de salud primarios y enfoque integrado de la asistencia	p 10
2. El papel de los servicios de salud primarios en lo relativo al respeto de la integridad individual y comunitaria de la población	p 10
C. Seguimiento de la prestación de servicios de salud y de su integración con las otras actividades de asistencia y las actividades de protección	p 11
1. Servicios de salud primarios	p 11
2. Integración con las actividades de las otras unidades encargadas de la asistencia	p 11
3. Integración con las actividades relativas a la integridad individual y comunitaria	p 12
D. Las estrategias de salida	p 12
Conclusión	p 13
Referencias	p 14
Anexo 1: definiciones	p 15
Anexo 2: marco operacional	p 19
Anexo 3: herramienta conceptual para definir las etapas del proceso de toma de decisiones en el CICR (explicación del texto de la doctrina 49)	p 23

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de salud abarcan todos los servicios cuyo principal objetivo es promover, restablecer o mantener la salud. Ésta se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no consiste solamente en la ausencia de afecciones o enfermedades.

La arquitectura de un sistema de salud es compleja y se presenta de maneras diferentes, según el punto de vista que se adopte.

- Las políticas nacionales de salud, que definen el equilibrio entre
 - los servicios preventivos: su objetivo es prevenir las enfermedades y, por lo general, se establecen cerca de la población;
 - los servicios curativos: su objetivo es tratar a los enfermos y, por lo general, se prestan en estructuras médicas, dispensarios, hospitales.
- El vínculo con servicios que no son servicios de salud en sentido estricto, pero que son indispensables para el mantenimiento de la salud. Estos servicios pertenecen, por ejemplo, a los ámbitos de la nutrición, el abastecimiento de agua, la higiene del medio ambiente y el hábitat.
- La asignación de los recursos disponibles, sobre todo los recursos humanos que en general tienden a destinarse al sector hospitalario.
- La influencia de las referencias internacionales, como la Declaración de Alma-Ata.

Por cuestiones de claridad, en el presente documento dividiremos en tres categorías las actividades del CICR en el ámbito de la salud:

- actividades con los servicios de salud primarios, que corresponden a todas las prestaciones de salud dispensadas directamente a la población: campañas de vacunación, tratamiento ambulatorio de enfermedades comunes, servicios de abastecimiento de agua potable, nutrición. Su objetivo es mantener la salud, prevenir enfermedades y tratar los problemas sanitarios comunes;
- actividades con los servicios de salud hospitalarios, que corresponden a los servicios que comúnmente se prestan en un hospital: cirugía, medicina, pediatría, obstetricia, etc.;
- actividades con los servicios que garantizan la continuidad de los cuidados (derivaciones hacia el sector hospitalario, seguimiento tras la salida del hospital).

Los conflictos armados tienen repercusiones en la salud de la población (personas heridas, desplazamientos de población), así como en los sistemas de salud (deterioro debido a la falta de recursos humanos y financieros, ataques contra los sistemas de salud) y en la capacidad de la población de acceder a los servicios de salud (inaccesibilidad debida a la inseguridad). Estas repercusiones pueden ser inmediatas o manifestarse paulatinamente, con el paso de los años.

En las situaciones de emergencia sanitaria, así como en períodos de estabilidad, restablecer el acceso a los servicios de salud primarios es una prioridad en la medida en que muchos de los problemas de salud que afectan a la población corresponden a cuidados preventivos o a tratamientos comunes. La intervención del CICR en esos servicios sanitarios suele ser necesaria. Debe tomar en consideración la diversidad de contextos, sobre todo el grado de urgencia sanitaria, la participación de otros actores y la evolución potencial de la situación, así como las estrategias operacionales de la Institución.

Este documento debería proporcionar a los coordinadores de salud los elementos necesarios para identificar las diversas modalidades de intervención en el marco de los servicios de salud primarios, así como para definir su papel en un enfoque integrado de la asistencia y, más generalmente, en el conjunto de las actividades del CICR.

1. Análisis de la situación sanitaria

Este análisis comprende tres niveles:

1.1. Un análisis de salud pública cuyo objetivo es determinar la adecuación entre las necesidades de la población en materia de salud y los servicios de salud disponibles.

- Las necesidades en materia de salud: se trata de identificar los problemas de salud que tienen mayor prevalencia y la gravedad que revisten (mortalidad, morbilidad, discapacidades), así como la voluntad de la población de participar en una estrategia de salud.
- Los servicios de salud que ya están establecidos: se trata de identificar
 - *su capacidad*: ¿pueden satisfacer las necesidades de la población, en particular cuando se está en presencia de un aumento de las necesidades debido a la llegada de poblaciones desplazadas?
 - *su calidad*: ¿los servicios que prestan corresponden a lo establecido en las referencias nacionales e internacionales vigentes?
 - *su potencial de durabilidad en función de la evolución política previsible de la situación*: ¿en qué medida podrán seguir funcionando en un contexto inseguro si, por ejemplo, una parte del personal de salud se ve forzada a abandonar el lugar?

1.2. Un análisis del papel de los actores en el ámbito de la salud

El número y el tipo de actores que participan en el ámbito de la salud varían de una situación a otra.

- Es necesario analizar la capacidad de la población de determinar sus problemas de salud y de proponer estrategias para gestionarlos. Entra en juego aquí la dimensión antropológica. Si bien el ámbito de la salud se presta a las mediciones cuantitativas, el aspecto cualitativo permite saber cómo la población percibe los problemas de salud y en qué medida está satisfecha de los servicios sanitarios ofrecidos.
- El Ministerio de Salud de cada país tiene la responsabilidad de prestar a su población los servicios de salud adecuados. Si bien, en algunas situaciones, las autoridades carecen de los medios para hacerlo, no deja de ser cierto que son responsables de esa prestación. El análisis del papel del Ministerio de Salud, incluido el de la administración de la salud en el nivel periférico, tiene por finalidad saber cuál es el grado de voluntad y capacidad de las autoridades de asumir sus responsabilidades. Este aspecto será muy importante, cuando se trate de definir una estrategia de acción del CICR.
- Las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja son actores ineludibles con los que el CICR deberá colaborar, la mayoría de las veces. Los criterios para elegir una determinada forma de colaboración dependen de la aceptabilidad de la Sociedad Nacional en el contexto de que se trate, de su capacidad operacional, de los recursos humanos disponibles. El marco de referencia es el Acuerdo de Sevilla.
- Los actores del sistema de Naciones Unidas están presentes en grados diversos. La OMS y UNICEF son los organismos con los que el CICR puede tener que estar en contacto y, en algunos casos, colaborar.
- Las ONG tienen mucha participación en los servicios de salud primarios, sobre todo cuando se producen desplazamientos masivos de población. Puede tratarse de organizaciones especializadas en las situaciones de emergencia, organizaciones ya presentes en el marco de proyectos de desarrollo y que actúan ante una situación de urgencia, organizaciones nacionales o internacionales, organizaciones especializadas en un ámbito de acción particular.
- El CICR no establece acuerdos marco con las ONG. Cuando una colaboración es deseable en un contexto dado, procede a concertar acuerdos *ad hoc* cuyo criterio básico es el respeto de su independencia y su neutralidad.

1.3. Un análisis político de la situación

La finalidad de este análisis es identificar los problemas de seguridad que van a tener fuerte influencia en las modalidades de la acción del CICR y, en algunas situaciones, imposibilitarán sus actividades. El debate que se plantea entonces es sobre el equilibrio entre las necesidades de la población y los riesgos que puede correr el CICR.

Todos estos parámetros son fundamentales para que el CICR pueda decidir si debe encarar la prestación de servicios de salud primarios o apoyar los servicios ya existentes.

2. Planificación de una acción

2.1. Definir una estrategia para mantener o restablecer el acceso a los servicios de salud primarios

Existen numerosas posibilidades que corresponden a dos tipos de situación:

Las “grandes urgencias”

Las necesidades vitales de la población ya no son satisfechas por los servicios de salud. Se recurrirá a una estrategia basada en la ejecución rápida de acciones médico sanitarias de urgencia. Se tratará de satisfacer, en un plazo muy corto, las necesidades de la población y de prestarle servicios de salud básicos inmediatamente necesarios para mantener los fundamentos de la salud (alimentación, agua) y reducir la morbilidad (control de las enfermedades transmisibles, campañas de vacunación, tratamientos de los problemas médicos comunes). Se habla entonces de un **paquete mínimo de actividades (PMA)**, que por lo general es realizado y gestionado por actores humanitarios. La población participa relativamente poco en la planificación y la gestión de esos servicios sanitarios básicos. Es un tipo de acción típica en las emergencias de salud pública, que en general se efectúa cuando se administra un campamento de personas desplazadas o refugiadas. Se las llama **“acciones médico sanitarias de urgencia”** (AMSU).

Se caracterizan por:

- un análisis rápido de los problemas de salud;
- una participación mínima, por lo general, de la población;
- la primacía de la eficacia inmediata por sobre la durabilidad;
- la predominancia de las organizaciones humanitarias en la prestación de servicios de salud básicos;
- un modo de acción que privilegia la sustitución;
- objetivos de salud definidos con respecto a la población (mortalidad) y a la cobertura de los servicios;
- servicios de salud primarios normalizados, basados en referencias internacionales, Esfera, normas de la OMS y otras;
- el mínimo de coordinación necesaria para evitar duplicaciones de actividades;
- la ausencia de estrategias de salida, al menos durante el período inicial de la acción;
- un sistema de seguimiento de la salud de la población y una gestión creciente de los servicios por la OMS que, por ese medio, se esfuerza por efectuar una forma de coordinación.

En las crisis sanitarias agudas, la rapidez con que se pongan a disposición de las víctimas los servicios de salud primarios es un factor esencial de eficacia. De modo que el proceso de toma de decisiones del CICR debe ser sumamente rápido y apoyarse en el personal de salud.

Las situaciones estables

Estas situaciones se caracterizan por un desequilibrio entre las necesidades sanitarias y los servicios de salud que no se traduce en una alta mortalidad / morbilidad. Es posible adoptar una estrategia clásica llamada “atención primaria de salud” (APS), cuya característica fundamental es una participación importante de la población en la identificación de los problemas de salud y en la gestión de los servicios de salud primarios. El objetivo es lograr que la población participe en una medida considerable en la gestión, y de ser posible en la financiación, de esos servicios de salud, que deben ser de calidad y estar disponibles para todos y a un costo accesible¹.

Este enfoque apunta al desarrollo y sus plazos de ejecución son más largos. Se basa en negociaciones detalladas con la población y las autoridades sanitarias.

Una acción del CICR en este marco estratégico se basa en:

- un análisis profundo y minucioso de los problemas de salud;
- la participación de la población;
- la integración de la acción del CICR en una política nacional de salud;
- acuerdos formales de asociación;
- un modo de acción que privilegie el apoyo de los servicios de salud primarios existentes;
- una voluntad de continuar las actividades a largo plazo.

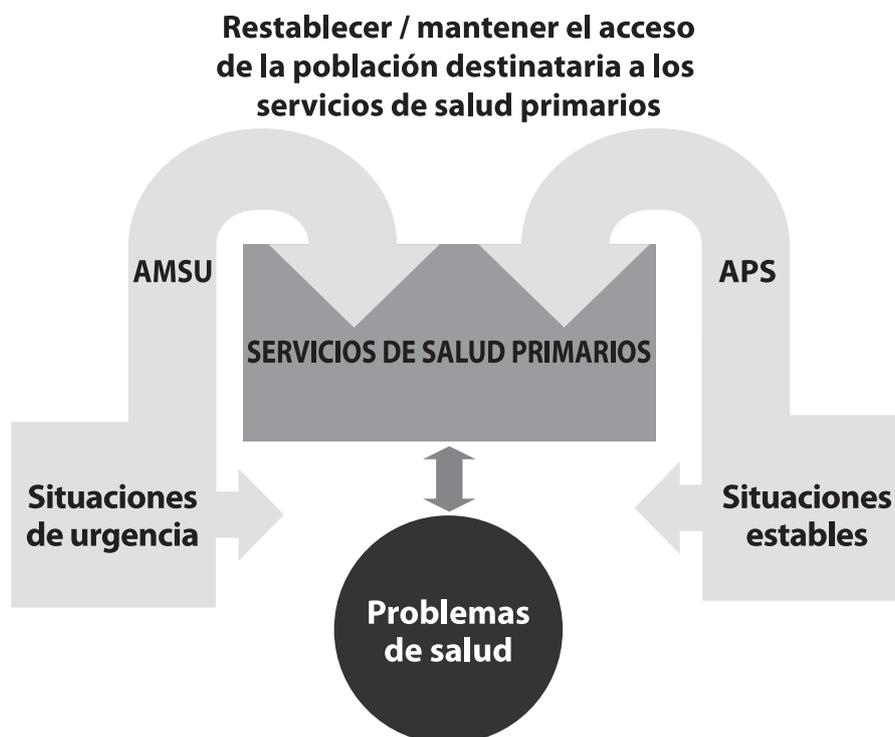
¹ Punto VI de la Declaración de Alma-Ata: “La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”. Alma-Ata, 1978, Atención primaria de salud, OMS, Ginebra, 1978.

Cuando la estrategia de salud tiene un enfoque de APS, la rapidez del proceso de toma de decisiones no es un criterio de eficacia. Es fundamental la profundidad del análisis, tanto en lo que respecta a las necesidades como a las interacciones con los demás actores, sobre todo la población afectada por el proyecto y las autoridades sanitarias y políticas.

La estrategia de las clínicas móviles consiste en prestar servicios de salud primarios por medio de estructuras itinerantes (van de un lugar geográfico a otro) y no permanentes. Se trata de una estrategia última para mejorar el acceso a la salud de grupos de personas aislados en el plano sanitario. Los criterios que rigen el establecimiento de esas estructuras están definidos en el documento del CICR titulado: "Las unidades móviles de salud. Enfoque metodológico" (2006).

¿Sobre la base de qué criterios el CICR define una estrategia?

- Definir los servicios de salud primarios a partir de los problemas de salud prioritarios dentro de la población.
- Hacer hincapié en las medidas preventivas.
- Recurrir a una tecnología apropiada y científicamente válida.
- Tener una visión dinámica del sistema de salud, que facilite un enfoque multisectorial de la salud (alimentación, nutrición, agua potable, higiene del medio ambiente, cuidados preventivos y curativos).
- Tener una visión permanente del papel y la acción de los otros actores en este ámbito.
- Asegurarse de que exista la coherencia necesaria entre las modalidades de prestación de los servicios de salud primarios y la política nacional de salud:
 - para APS, coherencia indispensable: forma parte de los criterios previos de ejecución;
 - para acciones médico sanitarias de urgencia (AMSU), coherencia deseable pero no necesaria, sobre todo si la integración alarga los plazos de ejecución.
- Poder iniciar un diálogo sobre un acuerdo marco, sobre todo con las autoridades sanitarias, cuando se prevé repartir las responsabilidades con otros actores.
- Hacer participar a la comunidad destinataria en todo el proceso de elaboración y realización de las actividades de salud:
 - criterio esencial en una estrategia de APS;
 - criterio menos importante para las AMSU.



2.2. Definir claramente los objetivos

Se define un objetivo general en relación con un problema de salud de la población; los objetivos específicos pueden estar vinculados a la cobertura de los servicios. Es importante poder establecer en todo momento el vínculo entre los objetivos específicos y el objetivo general. Por ejemplo, la construcción de un dispensario es un objetivo específico que contribuye a un objetivo general: permitir que una población tenga acceso a los servicios de salud primarios.

Los objetivos vinculados a la responsabilización de las autoridades para que se hagan cargo de los servicios de nivel primario se basan en la percepción que se tenga de las motivaciones y la voluntad de las autoridades en cuanto al análisis cuantitativo y cualitativo de los servicios de salud que realmente se prestan a la población.



2.3. Seleccionar y describir con precisión los servicios de salud primarios a los que se destinará la acción del CICR

2.3.1. Selección de los servicios de salud primarios

Se basa en el tipo de situación que se debe afrontar. En las grandes urgencias, por lo general se seleccionan los servicios de salud que tienen un potencial de eficacia inmediato en función de problemas de salud que suelen ser clásicos, por ejemplo riesgos de sarampión, enfermedades diarreicas, infecciones pulmonares o paludismo. Así, es posible que haya que efectuar vacunaciones en masa, consultas ambulatorias en dispensarios rápidamente instalados, etc.

En las situaciones estables, la gama de servicios puede ser más amplia y, según los contextos, se puede proponer, por ejemplo, la prestación de servicios de detección de enfermedades crónicas.

Servicios (lista no exhaustiva)

- Abastecimiento de agua potable
- Abastecimiento de alimentos
- Salud materno-infantil
- Vacunación
- Prevención de enfermedades transmisibles
- Promoción de hábitos de higiene
- Tratamiento de enfermedades comunes
- Abastecimiento de medicamentos esenciales
- Salud reproductiva
- Salud mental
- Cuidados curativos ambulatorios
- Cuidados curativos no ambulatorios

2.3.2. Descripción del plan de acción para cada servicio de salud

- El plan de acción para cada servicio de salud primaria debe abarcar la identificación de la población objetivo, la selección de las tareas que realizará ese servicio y el orden en que se efectuarán.
Así, para las consultas ambulatorias:
 - construcción / rehabilitación de una estructura;
 - formación del personal;
 - implantación de un sistema de abastecimiento de medicamentos.
- Se debe determinar qué referencias se utilizarán para definir los criterios de calidad.
- Además, se debe describir la repartición de responsabilidades, en cuanto a la implantación y la conducción de esos servicios de salud, entre los diversos actores que trabajen con el CICR.
- El plan de acción debe indicar con precisión qué mecanismos de coordinación permitirán administrar la interfaz entre los diversos servicios de salud.
- Por último, se debe planificar el seguimiento de los servicios, con descripción de los indicadores, los métodos que se utilizarán para recabar esos indicadores y su papel en los procesos de toma de decisiones.

B | LOS SERVICIOS DE SALUD PRIMARIOS EN UN ENFOQUE INTEGRADO DE LA ASISTENCIA Y, MÁS GENERALMENTE, EN EL CONJUNTO DE LA ACCIÓN DEL CICR

1. Servicios de salud primarios y enfoque integrado de la asistencia

1.1. Vínculo con el sector hospitalario

Los servicios de salud primarios deben estar vinculados al sector hospitalario, más allá de que el CICR trabaje en ese sector o no. La decisión de trabajar o no en el nivel hospitalario deriva del análisis de todo el sistema de salud que el CICR haya hecho previamente. Debe ser concomitante de la decisión de trabajar con los servicios de salud primarios.

1.2. Vínculo con un enfoque integrado de la asistencia

Este enfoque integrado se describe formalmente en la Doctrina 49, sobre todo en el punto 4.2. En la práctica, conlleva:

- un análisis de las nuevas situaciones efectuado conjuntamente por las tres unidades que actúan en el ámbito de la asistencia;
- un plan de acción que tome en consideración la necesidad de una coherencia entre los servicios prestados por esas tres unidades, por ejemplo agua y salud, nutrición y salud;
- seguimiento integrado de las acciones de las tres unidades.

2. El papel de los servicios de salud primarios en lo relativo al respeto de la integridad individual y comunitaria de la población

Por definición, los servicios de salud primarios se llaman “de proximidad”. Para el CICR, constituyen una posibilidad verdaderamente única de estar en contacto directo con la población. En la práctica, ello se traduce en acciones de salud basadas en la escucha de las necesidades y la participación de las víctimas en el plan de acción, así como en la ejecución de éste, con los límites potenciales mencionados más arriba, y adaptadas a las especificidades de la cultura local.

Por lo general, las acciones de salud, y más generalmente de asistencia, son muy bien recibidas por la población afectada. Por ello, se establece un clima de confianza entre el personal encargado de la asistencia y la población. Esa confianza se fortalecerá si se basa en el respeto y la empatía. Por su labor, el personal de salud debe recabar informaciones sobre la integridad de las personas y las comunidades, informaciones que serán básicas para las actividades específicas (gestiones, mensajes de la CR).

A partir de esa comprobación, el personal de salud puede tener que cumplir un papel primordial en los ámbitos de la seguridad física y comunitaria de las víctimas. Es posible que el personal de salud, y más globalmente el personal encargado de una acción de asistencia, por su presencia en el terreno y por la confianza de que goza entre las víctimas, reciba informaciones sobre violaciones del derecho internacional humanitario (DIH) que atenten contra la seguridad individual (por ejemplo, malos tratos, tortura, desapariciones) y la seguridad comunitaria (por ejemplo, dispersión de familias, desplazamientos forzados, discriminación).

Por otra parte, el personal médico suele ser el primero en recibir informaciones sobre accidentes u otros problemas vinculados a las minas y a los restos explosivos de guerra. La transmisión de esas informaciones permite al CICR y a otros actores competentes efectuar actividades de prevención adecuadas.

C | SEGUIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y DE SU INTEGRACIÓN CON LAS OTRAS ACTIVIDADES DE ASISTENCIA Y LAS ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN

Debe ponerse en práctica un sistema de seguimiento del contexto y de la calidad de los servicios de salud primarios desde el inicio de una acción. Abarca las actividades propias de esos servicios, así como las que están relacionadas con los recursos alimentarios, el agua potable y un medio ambiente salubre. Además, debe establecerse una relación con las actividades vinculadas al respeto de la integridad individual y comunitaria.

1. Servicios de salud primarios

1.1. Seguimiento de los servicios

Los indicadores que deben utilizarse para el seguimiento de cada servicio de salud primario (vacunación, atención médica ambulatoria, etc.) deben permitir analizar

- la calidad del servicio prestado (seguimiento de las herramientas que sirven para mejorar la calidad del servicio);
- la cobertura del servicio.

1.2. Seguimiento de la estrategia de implantación de los servicios de salud primarios

Se debe poder responder a las preguntas siguientes:

- ¿Cómo evolucionan las prioridades sanitarias a medida que avanza la acción del CICR?
 - nueva política de salud;
 - mayor compromiso de las autoridades, o responsabilidades no asumidas;
 - cambios de personas en el sistema de salud.
- ¿Las condiciones de participación de la población han cambiado?

Los indicadores son:

- de orden técnico, como la evolución de las morbilidades específicas que ya se han identificado en el marco del seguimiento de los servicios básicos de salud;
- de orden político, como la actitud de las autoridades de salud, que podrá seguirse gracias a reuniones frecuentes y documentadas con los responsables de la política nacional de salud;
- de orden sociológico, como la actitud de la población hacia los servicios de salud, que puede analizarse en grupos de discusión.

1.3. Seguimiento del o de los modos de acción del CICR (sustitución, apoyo, etc.) en relación con los servicios de salud primarios

Las actividades en el ámbito de la salud se inscriben en una estrategia global del CICR que se apoya en los modos de acción descritos en la Doctrina 49.

Los cambios de estrategia con respecto a las autoridades dependen del análisis de los indicadores mencionados más arriba.

Así, el paso de la sustitución al apoyo depende, entre otros factores, de:

- el análisis de la manera como evoluciona la urgencia de las necesidades en materia de salud;
- el análisis de la voluntad y la capacidad de las autoridades de asumir la responsabilidad de los servicios.

2. Integración con las actividades de las otras unidades encargadas de la asistencia

Para analizar varios servicios y su interacción, se debe contar con indicadores específicos de cada uno de ellos y compararlos.

Por ejemplo:

- cobertura de los proyectos de "agua" y evolución del índice de enfermedades diarreicas;
- cobertura de las campañas de vacunación e índice que representa el número de casos observados en los dispensarios;
- número de consultas en los dispensarios e índice que representa el número de pacientes derivados a los hospitales;
- índice de desnutrición observados en los dispensarios y vínculo con el acceso a los alimentos o con un fuerte aumento de ciertas enfermedades transmisibles.

3. Integración con las actividades relativas a la integridad individual y comunitaria

Los accidentes provocados por minas y restos explosivos de guerra, malos tratos, desplazamientos forzados y dispersión de familias son indicadores cuyo seguimiento en el terreno puede ser efectuado por el personal de salud encargado de administrar los servicios de salud primarios.

Así, el seguimiento puede considerarse como un factor de integración entre los diversos ámbitos de actividad relacionados con la salud, así como en las relaciones de esos ámbitos con las acciones relativas a la seguridad física y comunitaria. En efecto, sobre la base del análisis conjunto de todas esas informaciones se construye un verdadero proceso de coordinación.

El análisis integrado de todos esos indicadores permite no sólo seguir de cerca la prestación de los servicios de salud primarios, sino también su integración en la acción de asistencia, y más generalmente en el conjunto de la acción del CICR.

El plan de acción de cada servicio de salud primario, su seguimiento y las hipótesis que sustentan su buen funcionamiento serán integrados en un marco lógico.

D | LAS ESTRATEGIAS DE SALIDA

En los planes de acción, se prevén estrategias de entrada y de salida. Las estrategias de salida se elaboran con la participación de los actores correspondientes desde el inicio de la acción, al menos en el marco de una estrategia basada en la atención primaria de salud (APS). Ello favorecerá la participación y la adhesión de la comunidad al programa desde su puesta en marcha, y permitirá identificar a los socios potenciales para que asuman la conducción de los proyectos o programas.

Las estrategias de salida deben ser flexibles. Sin embargo, no deben estar sometidas a los cambios de responsables de programa. Deben obedecer a criterios objetivos, que se enumeran a continuación.

- El primer criterio es la responsabilidad que el CICR asume para con una población, cuando pone en marcha programas de salud. Una salida sin alternativa confiable, cuando los programas tienen efectos positivos en la población, no es aceptable en el plano ético.
- El segundo criterio es incluir, en el plan de acción, acuerdos escritos en virtud de los cuales los socios se comprometen a asumir la conducción de esos programas según un cronograma definido. Luego, se prevé cierta flexibilidad para modificar el cronograma, si los socios no están en condiciones de asumir sus responsabilidades en los tiempos previstos. Como los socios en cuestión son las autoridades, este enfoque responde a uno de los modos de acción del CICR, la responsabilización.
- El tercer criterio es incluir, en el plan de acción, un plan de seguimiento de la acción, que abarque no sólo el seguimiento de las actividades (por ejemplo, el número de enfermos atendidos), sino también el seguimiento del proceso de responsabilización de los socios que retomarán el programa.

Si bien las estrategias de salida deben planificarse desde el inicio de la acción, al menos en las actividades en situaciones estables, es más difícil planificarlas en las grandes urgencias, que se caracterizan, entre otros factores, por una evolución política caótica y la participación imprevisible de otros actores en el ámbito de la salud.

También puede suceder que la estrategia de salida se transforme en salida de auxilio, cuando las condiciones de seguridad ya no permiten la presencia del CICR, o las autoridades no autorizan el acceso a las víctimas.

Por último, una estrategia de salida puede ser precipitada por la imposibilidad, para el CICR, de mantener servicios de calidad por diversas razones, por ejemplo acceso insuficiente o incumplimiento de sus obligaciones por parte de los socios.

CONCLUSIÓN

Los servicios de salud primarios permiten afrontar la mayor parte de los problemas de salud de la población. Técnicamente, son el fruto de múltiples experiencias en el terreno, combinadas con una investigación operacional intensa en los últimos años, que les otorga verdadera credibilidad. Sin embargo, sus modalidades de puesta en práctica son muy complejas y exigen un análisis específico de cada situación. La participación del personal de salud en los procesos de toma de decisiones en todos los niveles es esencial, si se desea aplicar una estrategia de salud coherente y confiable. Es también una ocasión de establecer o mantener un contacto directo y privilegiado con la población, que el CICR puede aprovechar para sus actividades de protección. No es éste un efecto secundario de la acción de los servicios de salud primarios, sino una responsabilidad plena del personal de salud.

REFERENCIAS

Política de asistencia del CICR, 29 de abril de 2004 – Doctrina 49.

“Fortalecimiento de los sistemas de salud en los países en desarrollo”, resolución WHA54.13, 54ª Asamblea Mundial de la Salud, mayo de 2001.

The Primary Health Care Strategy, Annette King, Ministra de Salud de Nueva Zelanda, febrero de 2001.

“¿Por qué son importantes los sistemas de salud?”, Informe sobre la salud en el mundo, OMS, 2000.

“Servicios de salud: ¿Se seleccionan adecuadamente y están bien organizados?”, Informe sobre la salud en el mundo, OMS, 2000.

“Basic Health Care project in Seleia – West Darfur”, Maïté Pahud, CICR, noviembre de 2004.

“Basic Health Care project in Guereida – South Darfur”, Maïté Pahud, CICR, noviembre de 2004.

Programa de dirección del CICR 2003 – 2006.

Health in emergencies, n° 13, junio de 2002, OMS, artículo de Joanna Macrae, Overseas Development Initiative (ODI).

Primary Health Care: A framework for future strategic directions – Borrador, OMS, 2003.

Emergency primary health care: IMC [International Medical Corps] Eritrea – Final Report 2000 – 2001.

Mobile Health Units and Mobile Clinics, A revision of the literature, Stéphane du Mortier, CICR, enero de 2005.

“Primary Health care vs. emergency medical assistance: a conceptual framework”, Wim Van Damme *et al.*, *Health Policy and Planning*; 17(1) : 49-60.

“De l’aide d’urgence aux soins de santé primaires. Difficultés, pièges, enjeux”, *Médecine tropicale* 1988; 48 : 53-63.

Declaración de Alma-Ata: *Alma-Ata 1978 – Atención primaria de salud*, OMS, Ginebra, 1978.

Evaluation of the PHC programme in South Sudan, CICR, 2004.

ANEXO 1 | DEFINICIONES

1. La salud: una entidad, un derecho, una responsabilidad.

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El hecho de gozar del mejor estado de salud que se pueda alcanzar es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sea cual sea su raza, religión, opiniones políticas, condición económica o social. Los Gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de su pueblo; sólo pueden cumplir esa obligación tomando las medidas sanitarias y sociales adecuadas².

2. Los sistemas de salud

En 2000, la OMS dio la definición siguiente:

“Un sistema de salud abarca todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud.”

3. La atención primaria de salud

Durante décadas, los sistemas de salud se basaron en la atención dispensada a los enfermos en las estructuras médicas. En la Declaración de Alma-Ata, de 1978, la OMS definió un enfoque según el cual la arquitectura de los sistemas de salud debía privilegiar los servicios de salud esenciales, incluidos los servicios de prevención y los destinados a promover la salud, y garantizar que fueran accesibles a todos. Hoy en día, esa orientación estratégica sigue siendo la base principal en la que se apoya la construcción de los sistemas de salud³. En la Declaración, se recalca que debe garantizarse a todos el acceso a los servicios de salud esenciales, más allá del contexto político y de las circunstancias⁴.

La estrategia de atención primaria de la salud (APS) sigue siendo pertinente, pero debe adaptarse a los problemas de salud (no existía el VIH/SIDA cuando se escribió la Declaración de Alma-Ata, en 1978), a la evolución demográfica (en los países desarrollados, la ancianidad plantea problemas específicos), al cambio de las políticas nacionales de salud que, cada vez más, tienden a apoyarse en el sector privado, etc.

4. Las acciones médico sanitarias de urgencia (AMSU)

Las catástrofes naturales y los conflictos armados afectan a poblaciones enteras y perturban gravemente el funcionamiento de los servicios de salud primarios. Cuando la situación sanitaria de la población es crítica, las acciones médico sanitarias de urgencia permiten prestar, en un lapso de tiempo muy corto, servicios de salud primarios esenciales. La manera en que se prestan esos servicios no responde necesariamente a los principios descritos en la APS. Por ello, en el presente documento, la APS y las AMSU se describen como estrategias de acción diferentes que persiguen el mismo objetivo: la prestación de servicios de salud primarios.

5. Las clínicas móviles

Corresponden a una estrategia destinada a prestar servicios de salud primarios a poblaciones que tienen un problema de acceso permanente.

² Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptado por la Conferencia Internacional de la Salud, Nueva York, 19-22 de junio de 1946.

³ El Consejo Ejecutivo de la OMS, en su 113ª sesión, en enero de 2004, reitera sus recomendaciones tendientes a establecer sistemas de salud basados en el principio de APS.

⁴ Véase la Declaración de Alma-Ata, al final de este Anexo.

6. Los servicios de salud

Los servicios de salud son actividades específicas, como las campañas de vacunación, la educación para la salud, las consultas médicas, pero también pueden ser el agrupamiento de varias actividades, por ejemplo los servicios de salud prenatales donde no sólo se recibirán consultas prenatales, sino que también se vacunará contra el tétanos, etc.

Un servicio de salud tiene por finalidad la realización concreta de actividades, con la ayuda de recursos materiales, humanos y logísticos.

7. Los niveles primario y secundario de los servicios de salud

El nivel primario corresponde al primer contacto de la población con los servicios de salud. Estos servicios se prestan directamente dentro de la población o en un perímetro de proximidad aceptable.

El nivel secundario corresponde a todos los servicios de salud que se prestan en el marco hospitalario.

Esta distinción no es absoluta. Tiene el mérito de definir simplemente en qué nivel o niveles se realizarán las actividades del CICR. Además, corresponde a la estructura de funcionamiento de la Unidad de Servicios de Salud.

8. El marco lógico

El marco lógico permite reunir en una matriz los elementos que se describen a continuación de manera sucinta:

- la lógica de la acción:
 - objetivos globales que describen la perspectiva con la cual se ejecutará la acción;
 - objetivo específico que se pretende alcanzar con la acción;
 - resultados: producto de las actividades emprendidas que, en su conjunto, permitirán alcanzar el objetivo específico;
 - actividades: trabajos necesarios para alcanzar los resultados.
- los indicadores que permiten establecer en qué medida se han alcanzado los objetivos y en qué medida las actividades se han realizado según criterios de calidad reconocidos previamente;
- los métodos utilizados para medir los indicadores;
- las hipótesis en las que se basa el éxito del proyecto; son factores externos que escapan a la influencia directa de la intervención, pero que son importantes para alcanzar los resultados y los objetivos.

Declaración de Alma-Ata

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata en el día de hoy, doce de septiembre de mil novecientos setenta y ocho, considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, hace la siguiente Declaración:

I

La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

II

La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.

III

El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.

IV

El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

V

Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.

VI

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

VII

La atención primaria de salud:

1. es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública;
2. se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;
3. comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales;
4. entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;
5. exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;
6. debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados;
7. se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad.

VIII

Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

IX

Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria de salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y la aplicación de la atención primaria de salud en todo el mundo.

X

Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud en tanto que elemento esencial de dicho desarrollo.

ANEXO 2 | MARCO OPERACIONAL

1. *El análisis político*

De manera general, los conflictos armados provocan cierta inestabilidad de las instituciones políticas, económicas y socioculturales. Es importante evaluar los efectos de esa inestabilidad en el funcionamiento del sistema nacional de salud, en particular: el grado de control de las autoridades sanitarias en la implantación y la distribución de los servicios de salud, la pertinencia de las políticas nacionales de salud, las consecuencias de los conflictos armados en el trabajo del personal de salud nacional.

La estrategia de atención primaria de la salud exige cierta estabilidad de las instituciones sanitarias establecidas, a fin de integrar las actividades del CICR en el nivel de los servicios de salud primarios en el marco de la política nacional de salud. En las situaciones caóticas, caracterizadas por una pérdida de control de los servicios de salud o una voluntad de no dar acceso a ciertos grupos de población, la estrategia de acciones médico sanitarias de urgencia puede ser la única aplicable.

2. *Las crisis sanitarias en los conflictos armados*

La Doctrina 49 da una definición de crisis sanitarias basada en la relación entre las necesidades y los servicios de salud.

Así, se distingue:

- **crisis emergente y precrisis:** aún es posible satisfacer las necesidades esenciales, pero existe el riesgo de que deje de serlo;
- **crisis aguda:** algunas necesidades esenciales no pueden satisfacerse;
- **crisis crónica:** las necesidades esenciales no pueden satisfacerse adecuadamente, y podría resurgir una crisis aguda;
- **poscrisis:** las necesidades esenciales son satisfechas por las estructuras existentes, pero su viabilidad sigue siendo frágil.

En los conflictos armados, numerosos factores confluyen para generar un desequilibrio o acentuar un desequilibrio preexistente. Los desplazamientos de población provocan una ruptura del vínculo entre la población y su sistema de salud habitual. La inseguridad, el colapso de los sistemas de salud, el hecho de que el personal de salud haya tenido que desplazarse también son algunos de los factores que contribuyen a dar su especificidad a los problemas de salud en los conflictos armados.

3. *Conflictos armados y crisis sanitarias: un marco dinámico*

Deben considerarse varios elementos:

- Existe cierta correlación entre la dinámica de los conflictos armados y la de las crisis sanitarias. En las etapas agudas de los conflictos armados, la población corre mayores riesgos de tener que afrontar una situación sanitaria aguda, que en las etapas de transición. Sin embargo, la evolución de las crisis sanitarias no sigue obligatoriamente la evolución “política” de los conflictos armados. Las etapas de preconflicto y conflicto crónico, en algunas situaciones, pueden caracterizarse por crisis sanitarias agudas.
- La finalidad de la acción de salud es idéntica más allá del grado de la crisis sanitaria: restablecer y/o mantener un acceso lo más amplio y fácil posible a los servicios de salud, a fin de tratar y prevenir los problemas de salud.

La combinación de los análisis político y sanitario es esencial para que el CICR pueda decidir sobre la necesidad de una acción en favor de la población, basándose en los principios fundamentales de su misión.

4. La elección de una orientación estratégica institucional basada en los modos de acción

El objetivo del CICR es lograr que las autoridades asuman sus responsabilidades en favor de las personas afectadas por conflictos armados. A fin de poder alcanzar ese objetivo, ha elaborado una estrategia basada en la combinación de cinco modos de acción: persuasión, movilización, apoyo, sustitución y denuncia.

Definición de los modos de acción:

Persuasión: la finalidad de las gestiones que el CICR realiza ante las autoridades es convencerlas de que respeten la obligación que tienen de preservar la vida, la salud y la dignidad de las personas, los grupos y la población que dependen de ellas.

Movilización: el CICR puede movilizar a terceros⁵ que se abocarán sea a convencer a las autoridades de que asuman sus responsabilidades, sea a actuar de manera directa (ellos mismos) o indirecta (prestando apoyo a otros) en favor de la población afectada.

Denuncia: en caso de violaciones repetidas del derecho internacional humanitario, el CICR, basándose en información pertinente sobre la gravedad de esas violaciones y de conformidad con su doctrina⁶, puede proceder a denunciarlas públicamente.

Apoyo a las estructuras/socios: el CICR presta apoyo a las estructuras y los socios locales, si considera que constituyen una opción válida para garantizar el acceso de la población afectada a los bienes y los servicios esenciales. Este modo de acción es el mejor medio de preservar las estructuras existentes a largo plazo. Además, la colaboración con las estructuras y los socios locales refuerza la pertinencia de la acción y puede servir de base para una estrategia de salida para la Institución.

Sustitución/prestación directa: el CICR sustituye a las autoridades y presta un servicio directo a la población afectada. Los criterios que llevan al CICR a tomar esa decisión son el grado de urgencia de la crisis sanitaria y la falta de voluntad o de medios de las autoridades para responder ante la crisis.

En la práctica, pueden presentarse varias posibilidades. En el mejor de los casos, las autoridades asumen sus obligaciones y el papel del CICR se limita a seguir de cerca la evolución de la situación, a fin de asegurarse de la continuidad de esa "buena conducta". En el peor de los casos, las autoridades, y también los grupos de oposición, cuando controlan una población, cometen violaciones de los derechos de las víctimas, por ejemplo si les niegan el acceso a los servicios de salud, destruyen las estructuras sanitarias, etc. Entre esos dos extremos, varias situaciones son posibles: las autoridades tienen la voluntad de asumir sus responsabilidades, pero carecen de los medios necesarios; las autoridades cuentan con los medios, pero carecen de la voluntad necesaria. A partir del análisis que efectúa de la actitud de las autoridades, el CICR define una estrategia basada en la mejor combinación posible de los modos de acción, para una situación dada en un momento dado.

5. La elección de la estrategia para la prestación de servicios de salud primarios

Esta elección debe tomar en consideración los tres niveles descritos previamente:

- la selección de los servicios de salud primarios adecuados para una situación dada;
- la determinación de una orientación estratégica de salud entre AMSU y APS;
- la elección de modalidades prácticas para prestar los servicios de salud primarios.

Según las respuestas dadas en cada uno de estos niveles estratégicos, las acciones que abarquen servicios de salud primarios adoptarán formas muy diversas.

⁵ Puede tratarse de Estados, organizaciones internacionales o regionales, compañías privadas, individuos.

⁶ Doctrina 15, La acción del CICR en caso de violaciones del DIH.

6. Definición del marco estratégico general

La definición de un marco estratégico general para la prestación de servicios de salud se basa en la articulación entre la estrategia institucional (los modos de acción) y la estrategia de salud; cada una de ellas tiene exigencias y condiciones propias.

La combinación de los cinco modos de acción permite definir una estrategia institucional que responda a los diversos contextos, determinados, sobre todo, por la actitud de las autoridades u otros actores que tengan la responsabilidad de dispensar los servicios de salud primarios a la población.

Esa noción de responsabilidad sobre la prestación de la salud de la población tiene un fundamento normativo.

En su Constitución, la OMS declara:

“Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos; obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de las medidas sanitarias y sociales adecuadas.”⁷

La Doctrina 49 del CICR, por su parte, afirma:

“Sin embargo, aunque el CICR proporcione servicios a la población afectada porque las circunstancias lo exigen, el papel de la Institución no es eximir a las autoridades de sus responsabilidades. Las instará a que garanticen esos servicios y a que asuman plenamente sus obligaciones.”⁸

La puesta en común de los marcos analítico y estratégico forma el marco operacional de salud.



⁷ Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptado por la Conferencia Internacional de la Salud, Nueva York, 19-22 de junio de 1946, firmado el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud, n.º 2, p. 100), en vigor desde el 7 de abril de 1948.

⁸ Política de asistencia del CICR, Doctrina 49.

ANEXO 3 |

HERRAMIENTA CONCEPTUAL PARA DEFINIR LAS ETAPAS DEL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES EN EL CICR

(explicación del texto de la Doctrina 49)

1. Las etapas de la toma de decisiones

Se distinguen cinco etapas, que van encadenándose:

- el CICR decide actuar en una situación dada;
- el CICR toma la decisión de actuar en favor de grupos de población;
- el CICR decide una estrategia de acción basada en una combinación óptima de los modos de acción;
- el CICR decide una estrategia para los servicios de salud primarios;
- el CICR decide una táctica para la prestación de los servicios que se hayan elegido.

“Así pues, las actividades de asistencia siempre deben ser consideradas como parte de una estrategia global del CICR, lo que conlleva necesariamente una colaboración estrecha entre todos los programas y todos los niveles de decisión.”⁹

1.1. Primera etapa de la toma de decisiones: el CICR identifica las situaciones en las que va a actuar Referencias para tomar las decisiones

Se trata, claramente, de decisiones institucionales que se basan en el análisis político de la situación y de su adecuación a las referencias jurídicas (derecho internacional humanitario). También se aplican otras referencias, en particular el Acuerdo de Sevilla y la evolución potencial de la situación.

El análisis de la situación sanitaria también es importante en esta etapa. Hemos dicho que no existe necesariamente una correlación directa entre las crisis sanitarias y las crisis políticas. Así, una crisis sanitaria aguda puede producirse en una situación de conflicto crónica. Este elemento es determinante para una acción a largo plazo en el ámbito de la salud.

Estructuras responsables de tomar las decisiones

La Dirección de Actividades Operacionales y los jefes de delegación cumplen un papel fundamental en la toma de decisiones de este nivel; se basan en el análisis efectuado por la Unidad de Servicios de Salud y por el personal de salud en el terreno.

1.2. Segunda etapa de la toma de decisiones: el CICR decide actuar en favor de un grupo de población Referencias para tomar las decisiones

La elección de los grupos de población se basa en:

- las categorías protegidas por el DIH;
- el nivel de crisis sanitaria, según las definiciones establecidas en la Doctrina 49, lo que abarca un análisis de las capacidades del sistema de salud local;
- los criterios técnicos de las actividades sanitarias que permiten determinar la factibilidad de una actividad en el ámbito de la salud (por ejemplo, contra la tuberculosis);
- la decisión de actuar en favor de un grupo de población también puede tener consecuencias en la posibilidad de actuar en favor de otros grupos de víctimas que son *a priori* menos accesibles para el CICR.

⁹ Política de asistencia del CICR, 29 de abril de 2004, Doctrina 49.

Estructuras responsables de tomar las decisiones

La Dirección de Actividades Operacionales y los jefes de delegación cumplen un papel fundamental en la toma de decisiones de este nivel. El papel de la Unidad de Servicios de Salud y del personal de salud en el terreno es crucial: aportan un análisis profesional sobre el grado de crisis sanitaria y el funcionamiento de los sistemas de salud, así como sobre la factibilidad de una acción.

1.3. Tercera etapa de la toma de decisiones: elección de una combinación de modos de acción

Referencias para tomar las decisiones

Más que el conocimiento de los modos de acción, el elemento fundamental para la toma de decisiones de este nivel es la experiencia de haber aplicado esos modos de acción. Todos los modos de acción son ejes estratégicos que permiten lograr objetivos en favor de las víctimas. Por ejemplo, el objetivo de la persuasión es modificar la actitud de las autoridades para tener un efecto en la situación de las víctimas (poner término a violaciones que atentan contra la seguridad física, lograr un mejor acceso a los servicios de salud primarios). Se debe evaluar la pertinencia de cada uno de esos modos de acción en función de sus efectos potenciales en la población. Así pues, una estrategia institucional debe tomar en cuenta el peso respectivo de cada uno de los modos de acción y la evolución de esa situación con el tiempo.

Si bien no existe una referencia estándar en las diversas combinaciones de los modos de acción, es posible identificar algunas tendencias basadas en el análisis de las crisis sanitarias.

En caso de crisis sanitaria aguda en el ámbito sanitario, cuando las autoridades tienen la voluntad de solucionarla, pero carecen de los medios necesarios para ello, el CICR adoptará un enfoque basado en la sustitución y el apoyo, privilegiando la persuasión y la movilización para lograr que las responsabilidades sean asumidas por quienes corresponda y favorecer, a mediano plazo, una estrategia de salida del CICR.

En caso de crisis sanitaria aguda, cuando las autoridades carecen de los medios y de la voluntad de actuar y el CICR no tiene acceso a las víctimas, basará su estrategia, en un primer momento, en la persuasión y la movilización diplomática de los actores que tengan influencia en la situación, a fin de obtener acceso a las víctimas. Una vez que lo haya logrado, la estrategia se articulará en torno a dos ejes. El primero privilegiará la sustitución y, si es posible, el apoyo (tomando en consideración la falta de voluntad política de las autoridades de responder a las necesidades de las víctimas), a fin de restablecer el acceso a los servicios de salud primarios. El segundo consistirá en persuadir a las autoridades de que asuman sus responsabilidades, a fin de que se hagan cargo de los servicios de salud. Está claro que si se parte de una actitud hostil de las autoridades, el camino para que el segundo eje dé resultado puede ser largo.

En situación de precrisis sanitaria, el CICR actuará en la medida de lo posible, a fin de evitar una catástrofe sanitaria, prestando apoyo a un sistema existente o movilizando a otros actores para que lo hagan.

En situación de crisis sanitaria crónica, el CICR se esfuerza particularmente por hallar soluciones duraderas para los problemas existentes y prevé que las autoridades, u otros actores, luego asuman la conducción de sus programas, fortaleciendo las capacidades de los servicios. En los casos particulares en que el CICR tiene una capacidad residual, prosigue su acción.

La definición de una combinación de modos de acción para una población dada se basa en:

- el análisis de las necesidades de las víctimas;
- la capacidad de los servicios de salud nacionales y de los servicios de salud prestados por los otros actores;
- la actitud de las autoridades, que puede ir de la violación de los derechos de las víctimas a la voluntad de asumir plenamente sus responsabilidades, destinando los medios necesarios.

La experiencia es un elemento clave en esta etapa de la toma de decisiones.

Estructuras responsables de tomar las decisiones

Las delegaciones definen y utilizan la mejor combinación de modos de acción, a fin de optimizar los efectos de las actividades del CICR. En una situación dada, el peso respectivo dado, por ejemplo, a la persuasión con respecto al apoyo o a la sustitución depende, en gran medida, del grado de la crisis sanitaria. El papel del personal de salud es, entonces, determinante para elaborar la mejor combinación estratégica y seguir su evolución a fin de adaptarla a los cambios que se observen, sobre todo en la actitud de las autoridades.

1.4. Cuarta etapa de la toma de decisiones: definición de una estrategia para el programa seleccionado (Seguridad económica, Agua y Hábitat, Servicios de salud)

Referencias para tomar las decisiones

La definición de una estrategia para los programas de asistencia se basa en la Doctrina 49 y en los diversos documentos propios de cada Unidad. En este nivel de la toma de decisiones, este documento sobre los servicios de salud primarios es la referencia fundamental.

Estructuras responsables de tomar las decisiones

Es evidente que el personal de la División de Asistencia debe tener la responsabilidad de tomar decisiones de este nivel. Las tomas de decisiones serán más fáciles, si el personal encargado de la asistencia tiene un conocimiento profundo de toda la situación y si los jefes de delegación tienen un conocimiento suficiente de los programas de asistencia. En este nivel, la intersección entre la línea azul y la línea roja es la más evidente.

1.5. Quinta etapa de la toma de decisiones: definición de un plan de acción para la ejecución de las actividades vinculadas al programa

Referencias para tomar las decisiones

Doctrina 49

- Agua y medio ambiente sanitario (WATHAB)
- Seguridad alimentaria (ECOSEC)
- Servicios de salud

Referencias técnicas

Esta decisión se apoya en referencias técnicas que existen en el CICR (vacunación, paludismo, atención prenatal, tuberculosis, etc.) o son formuladas por organismos normativos, como la OMS (líneas directrices para el tratamiento del cólera, por ejemplo).

Estructuras responsables de tomar las decisiones

El personal encargado de la asistencia es el responsable de tomar las decisiones de este nivel, pues se trata, sobre todo, de referencias técnicas. Cabe observar, sin embargo, que la aplicabilidad de las referencias técnicas depende del contexto.

2. El proceso de toma de decisiones

2.1. La dinámica del proceso de toma de decisiones

La decisión de prestar servicios de salud primarios es el resultado de un proceso de toma de decisiones que abarca las cuatro facetas del marco operacional.

Así:

- a. La acción del CICR en una situación dada depende, sin duda, del análisis político y jurídico de la situación, pero también del nivel de la crisis sanitaria. Para el CICR, una etapa de preconflicto no tiene la misma connotación si la crisis sanitaria es aguda o inexistente.
- b. La definición de una estrategia institucional depende, a la vez, del nivel de la crisis sanitaria y de la actitud de los actores. Si se está ante una crisis sanitaria aguda, el modo de acción más pertinente para restablecer el acceso a los servicios de salud es *a priori* una combinación de sustitución y apoyo a los servicios de salud. Sin embargo, este enfoque debe tomar en cuenta elementos como la hostilidad de las autoridades hacia una acción del CICR o la acción de otros actores humanitarios, etc.
- c. La orientación estratégica de los servicios de salud entre las acciones médico sanitarias de urgencia (AMSU) y la atención primaria de la salud (APS), así como la elección de los servicios de salud pertinentes dependen del nivel de la crisis sanitaria, de la capacidad de la población de participar en los servicios de salud, de la política nacional de salud y de la combinación de modos de acción que la Institución haya elegido.

2.2. Utilización correcta de las referencias

El CICR tiene un papel fundamental en la identificación de las situaciones que caben dentro del marco de acción de la Institución, pero **no ocurre lo mismo cuando se trata de seleccionar las actividades en el ámbito de la salud: en este caso, se debe relacionar el análisis de la situación con la Doctrina 49**. La política de salud tiene un lugar importante en la definición de una política operacional basada en la elección de los modos de acción más apropiados.

2.3. Coordinación/integración del proceso de toma de decisiones

Es indispensable que los servicios de salud coordinen sus actividades. El acceso al agua potable y la lucha contra las enfermedades transmisibles son interdependientes. Análogamente, si el CICR actúa en el ámbito hospitalario, se necesita una coordinación para el traslado y el seguimiento de los pacientes derivados a un hospital por los servicios de salud primarios.

Esa coordinación en una estructura cuyos objetivos son los siguientes:

- decisiones mancomunadas sobre la prestación de servicios que corresponden a los tres ámbitos clásicos de la asistencia;
- intercambio sistemático de informaciones sobre el funcionamiento de esos servicios;
- análisis de las informaciones en función de indicadores de salud comunes (morbilidad, mortalidad).

La coordinación con los ámbitos relativos a la integridad individual y comunitaria (en general, coordinación con la "protección") permite aprovechar al máximo la acción del CICR en esos dos ámbitos, mediante el intercambio de informaciones obtenidas de las poblaciones beneficiarias de los servicios de salud.

Es fundamental contar con una definición clara de las responsabilidades de cada uno en cada nivel del proceso de toma de decisiones.

La responsabilidad de esa coordinación corresponde al jefe de delegación.

A partir de esos análisis, el CICR estará en condiciones de tomar las decisiones siguientes:

- **Decisión 1:** ¿el CICR debe actuar en una situación dada?
- **Decisión 2:** ¿qué poblaciones serán beneficiarias de las acciones del CICR en el ámbito de la salud?
- **Decisión 3:** ¿qué combinación de modos de acción utilizará la estrategia institucional?
- **Decisión 4:** ¿qué estrategia debe seguirse para la prestación de servicios de salud primarios y/o hospitalarios)
- **Decisión 5:** ¿de qué servicios de salud se trata?

El hecho de que el CICR no responda a determinados problemas en materia de salud no significa una ausencia de decisión, en la medida en que esa toma de posición esté debidamente fundamentada.



Misión

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



CICR

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

Foto de cubierta: Christopher Black/Federación Internacional

0887/003T: 09/2006