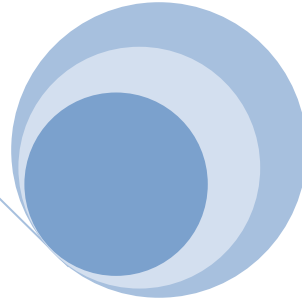
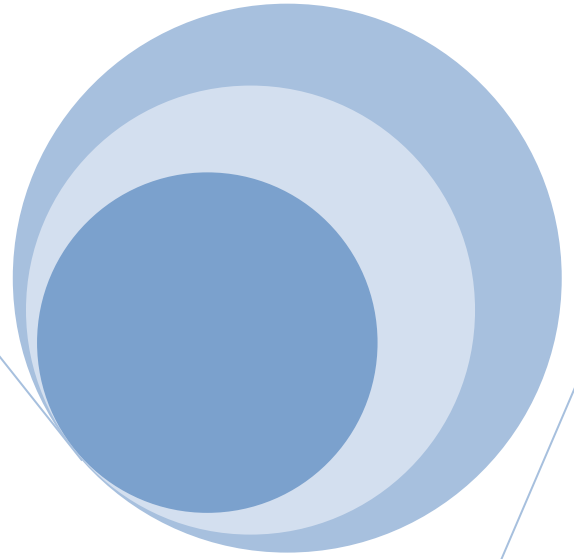




**UN**  
**Voluntarios**

inspiración en acción

[onlinevolunteering.org](http://onlinevolunteering.org)



# Salud



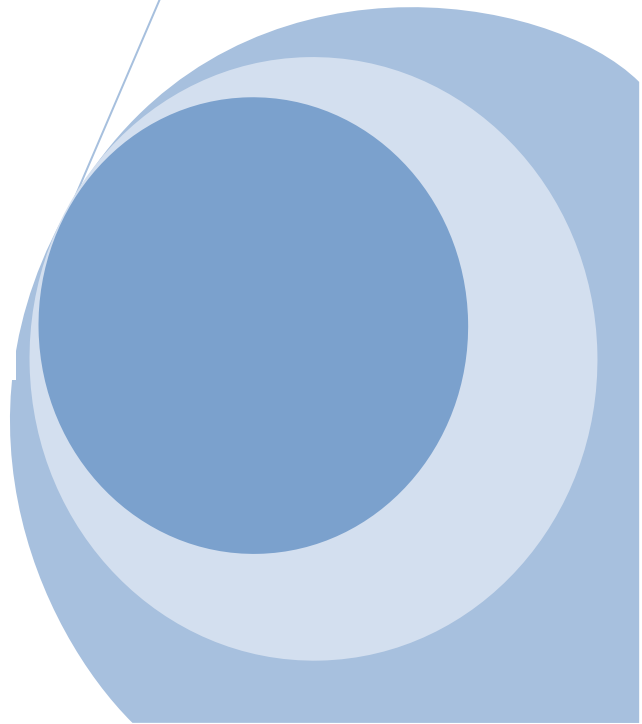
Empowered lives.  
Resilient nations.



**GFDRR**  
Global Facility for Disaster Reduction and Recovery



WORLD BANK GROUP



Este documento se ha realizado gracias a la colaboración del servicio Voluntariado en Línea del programa VNU. Los Voluntarios que participaron en esta iniciativa son:

Gema Atencia  
María Ballesteros  
Salvador Barrios  
Julio-Daniel Deuer  
Esperanza Escalona  
Gabriela Fuentes  
Carlos Gandarillas  
Raúl García  
Anouchka Gerber  
María Laura Grosso  
Vanessa Losantos  
Sofía Marban  
Luisa Merchán  
Emma Nowotny  
Marielena Juliana Núñez  
Danel Ocio  
Elena Peña  
Fany Ramos  
Reme de los Reyes  
Marina Serna  
Jeanette Soria  
María Tenorio

<b>ACRÓNIMOS</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>5</b>
<b>ESTABLECIENDO EL PROCESO DE EVALUACIÓN</b>	<b>6</b>
- UN PROCESO MULTISECTORIAL	6
- COORDINACIÓN PARA LA RECUPERACIÓN Y CONSULTA	6
- MARCO DE EVALUACIÓN	7
- EVALUACIONES	12
- PRODUCTOS DEL SECTOR SANITARIO PARA INCLUSIÓN EN EL PDNA	14
- EL EQUIPO DE EVALUACIÓN	15
<b>LINEA DE BASE ANTERIOR AL DESASTRE</b>	<b>15</b>
- CONTEXTO	16
- INFRAESTRUCTURA Y BIENES	16
- PRESTACIÓN DE SERVICIOS, DISPONIBILIDAD, ACCESO Y CAMBIOS EN LA DEMANDA	16
- GOBERNANZA	17
- RIESGOS Y VULNERABILIDADES	17
<b>EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS DE LOS DESASTRES EN EL SECTOR SALUD</b>	<b>18</b>
- DESCRIPCIÓN GENERAL DEL DESASTRE	18
- EFECTOS SOBRE INFRAESTRUCTURAS Y BIENES FÍSICOS	18
- EFECTOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS, EL ACCESO Y LA DEMANDA	18
- EFECTOS SOBRE LA GOBERNANZA Y LOS PROCESOS SOCIALES	19
- CONSECUENCIAS EN RIESGOS Y VULNERABILIDADES	19
<b>DAÑOS Y PÉRDIDAS OCASIONADAS POR EL DESASTRE</b>	<b>20</b>
<b>EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL DESASTRE</b>	<b>22</b>
- IMPACTO MACROECONÓMICO	22
- EL IMPACTO EN EL DESARROLLO HUMANO	23
<b>ENLACES INTERSECTORIALES INCLUYENDO TEMAS TRANSVERSALES</b>	<b>25</b>
<b>LA ESTRATEGIA DE RECUPERACIÓN DEL SECTOR DE SALUD</b>	<b>26</b>
- VISIÓN Y PRINCIPIOS GUÍAS DE RECUPERACIÓN DEL SECTOR	26
- NECESIDADES DE RECONSTRUCCIÓN Y RECUPERACIÓN, INCLUYENDO "RECONSTRUIR MEJOR"	27
- EL PLAN DE RECUPERACIÓN SECTORIAL	33
- IMPLEMENTACIÓN DE ACUERDOS	38
<b>ANEXO 1: PASOS A SEGUIR EN EL PROCESO DE PDNA PARA EL SECTOR SALUD</b>	<b>40</b>

<b><u>ANEXO 2: MATRIZ DE ANÁLISIS BASADA EN LOS ÁMBITOS DE RESPUESTA DEL SECTOR SALUD Y ELEMENTOS FUNDAMENTALES</u></b>	<b>41</b>
<b><u>ANEXO 3: FICHA DE TRABAJO DE COSTES UNITARIOS PARA LA LÍNEA BASE EN BIENES E INFRAESTRUCTURAS PARA LA ESTIMACIÓN DE DAÑOS (EJEMPLO)</u></b>	<b>53</b>
<b><u>ANEXO 4: FICHA DE TRABAJO DE COSTES UNITARIOS PARA LA LÍNEA BASE PARA LA ESTIMACIÓN DE PÉRDIDAS (EJEMPLO)</u></b>	<b>54</b>
<b><u>ANEXO 5: FORMATO DE RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN DEPARTAMENTAL (EJEMPLO)</u></b>	<b>57</b>
<b><u>ANEXO 6: HOJA DE TRABAJO PARA ESTIMAR LOS COSTOS DE DAÑOS Y PÉRDIDAS (EJEMPLO)</u></b>	<b>58</b>
<b><u>ANEXO 7: FORMATO PARA CALCULAR PÉRDIDAS PROGRESIVAS EN EL SECTOR DE SALUD (EJEMPLO)</u></b>	<b>65</b>
<b><u>ANEXO 8: INTERVENCIONES PARA HOSPITALES SEGUROS (EJEMPLOS)</u></b>	<b>68</b>
<b><u>ANEXO 9: INTERVENCIONES DE PREPARACIÓN Y REDUCCIÓN DE RIESGOS DE DESASTRES (EJEMPLOS)</u></b>	<b>69</b>
<b><u>ANEXO 10: HOJA DE TRABAJO PARA UN PLAN DE RECUPERACIÓN BASADO EN RESULTADOS (EJEMPLO)</u></b>	<b>69</b>
<b><u>ANEXO 11: GLOSARIO</u></b>	<b>70</b>
<b><u>ANEXO 12: REFERENCIAS Y LECTURAS ADICIONALES</u></b>	<b>71</b>

## ACRÓNIMOS

---

<b>AIDS /SIDA</b>	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	<b>MDG/ODM</b>	Objetivos de Desarrollo del Milenio
<b>DRM/GRD</b>	Gestión del Riesgo de Desastres	<b>MOHS/MDS</b>	Ministerio de Salud
<b>DRR/RDD</b>	Reducción del Riesgo de Desastres	<b>PDNA/ ENPD</b>	Evaluación de Necesidades Post Desastre
<b>HIV/VIH</b>	Virus de la Inmunodeficiencia Humana	<b>SGBV/VSBG</b>	Violencia Sexual y Basada en el Género

## INTRODUCCIÓN

---

Este documento proporciona orientación a actores nacionales e internacionales involucrados en el sector sanitario durante los procesos de Evaluación de Necesidades Post Desastre (PDNA) y de cara a la planificación para la recuperación. La guía se basa en la aplicación de un enfoque integrado en el momento de emprender el proceso PDNA. Un enfoque integrado implica implementar la metodología estándar de evaluación de daños y pérdidas e incluir una estrategia de recuperación que ponga especial énfasis en la condición humana.

Se pueden encontrar actualizaciones y herramientas adicionales para PDNAs, así como orientación y consejo para la planificación de la recuperación en el sector salud, en las páginas web de las siguientes organizaciones:

- Plataforma Internacional de Recuperación (IRP);
- Organización Panamericana de la Salud (PAHO/OPS);
- Comisión Económica de Naciones Unidas para América Latina y el Caribe (ECLAC/CEPAL);
- Fondo Global para la Reducción y la Recuperación del Banco Mundial (GFDRR); y
- Organización Mundial de Salud (WHO/OMS).

La presente guía reúne los cuatro componentes necesarios para un análisis exhaustivo del PDNA, los cuales son:

1. infraestructura y bienes de salud;
2. prestación de servicios de salud (incluyendo el acceso a estos y los cambios en la demanda de servicios);
3. procesos de gobernanza en la salud; y
4. vulnerabilidad y riesgos para la salud de la población afectada.

Estos elementos se utilizarán sistemáticamente en la descripción de la línea base anterior al desastre, las consecuencias de la catástrofe, la estimación del valor económico de daños y pérdidas, el impacto del desastre en la economía y el desarrollo humano, y en el proceso de establecer y decidir qué es necesario para definir una

estrategia de recuperación y reconstrucción, incluyendo a su vez elementos del principio Reconstruir Mejor (conocido como BBB) y su coste asociado.

Reconstruir Mejor se refiere a la idea de que la recuperación y la reconstrucción no deben apuntar únicamente a la restauración del sistema de salud a su condición previa al desastre, sino que también deben abordar las vulnerabilidades subyacentes que podrían haber contribuido a la extensión de las consecuencias del desastre.

Reconstruir Mejor tiene por objetivo el fortalecimiento de la resiliencia del sistema de salud y de las comunidades, de forma que puedan gestionar mejor futuros desastres y los riesgos para el sector de la salud.

## ESTABLECIENDO EL PROCESO DE EVALUACIÓN

---

### - Un proceso multisectorial

Cuando un país es afectado por un desastre, el análisis de sus efectos y la formulación de las necesidades de recuperación y reconstrucción se realiza a través de un proceso multisectorial. Este proceso ayuda a reconocer las diferencias entre sectores, pero también su interdependencia. Los sectores y correspondientes subsectores son definidos por el Marco de Contabilidad Nacional de un país. En términos generales, los PDNAs a menudo distinguen tres grupos principales de sectores: 1) productivo, 2) social, 3) infraestructura y 4) transversal. La salud se inscribe en el sector social, junto con educación, vivienda y cultura. Nutrición se integra generalmente en el sector salud.

### - Coordinación para la recuperación y consulta

El proceso PDNA en el sector salud está liderado por el Ministerio de Salud (MoH). El primer paso le corresponde al Ministro de Salud en la designación de un punto focal que gestione la parte sanitaria y de recuperación del proceso PDNA. El punto focal de recuperación del Ministerio de Salud trabajará junto con los demás puntos focales sectoriales nombrados por el gobierno, lo cual permite sinergias con otros sectores relevantes para la salud. Dependiendo del contexto nacional, el proceso de recuperación puede estar bajo la responsabilidad de una Autoridad Nacional de Gestión de Desastres. Por otro lado, si el Ministerio de Salud cuenta con un punto focal responsable de las funciones de gestión de riesgo de desastres para la salud conectado con la Autoridad Nacional de Gestión de Desastres, esta persona también podrá ser designada como punto focal para la recuperación.

El punto focal de recuperación del Ministerio de Salud establecerá un mecanismo de coordinación de recuperación del sector salud que permita la movilización de recursos técnicos de los departamentos pertinentes del Ministerio de Salud y la consulta con las autoridades sanitarias a nivel sub-nacional. Cuando un gobierno solicita ayuda externa para un proceso PDNA, el punto focal de recuperación es apoyado por expertos en recuperación por parte de organizaciones como WHO, el Banco Mundial y la Unión Europea. Se puede conformar un pequeño Comité Directivo con roles y responsabilidades claras asignadas a los diferentes actores. Para ver ejemplos de medidas prácticas a desarrollar en la gestión de los procesos PDNA, con los plazos correspondientes, véase el **Anexo 1**.

Además de las Naciones Unidas, el Banco Mundial y la Unión Europea, es importante involucrar a todos los socios pertinentes del sector sanitario en el proceso PDNA, tales como otros organismos y agencias de Naciones Unidas, bancos de desarrollo, donantes, organizaciones no gubernamentales, organizaciones comunitarias y grupos religiosos, sociedad civil, asociaciones profesionales y el sector privado.

#### ENLACE PARA LA COORDINACIÓN DE DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

Si existe un mecanismo nacional de coordinación de desarrollo en el sector sanitario - como un enfoque sectorial o una asociación o partenariado internacional de salud - el Punto Focal de recuperación debe estar conectado y relacionado con este grupo. Igualmente, los socios de desarrollo deben ser consultados para brindar aportes en el proceso PDNA. Esto asegura una óptima armonización, la planificación estratégica y la alineación de la estrategia de recuperación con la política nacional de salud. En el caso de que dicho mecanismo de coordinación de desarrollo sectorial no exista todavía, el proceso PDNA puede presentarse como una oportunidad para iniciar uno.

#### ENLACE PARA LA COORDINACIÓN HUMANITARIA

El proceso PDNA debe estar vinculado a la coordinación para la respuesta humanitaria en el nivel nacional y sub-nacional. Desde la reforma humanitaria de 2005, los mecanismos de coordinación de emergencia nacional se apoyan a través del enfoque por grupos temáticos del Comité Permanente entre Organismos.

Es especialmente importante asegurar al máximo nivel que el PDNA se base en evaluaciones humanitarias. La información recopilada para informar acerca de respuestas humanitarias (por ejemplo, una Evaluación Multisectorial Inicial Rápida (MIRA) o un Sistema de Mapeo de Recursos Sanitarios Disponibles (HeRAMS) también es esencial para aportar información al proceso PDNA y a la estrategia de recuperación.

#### **- Marco de evaluación**

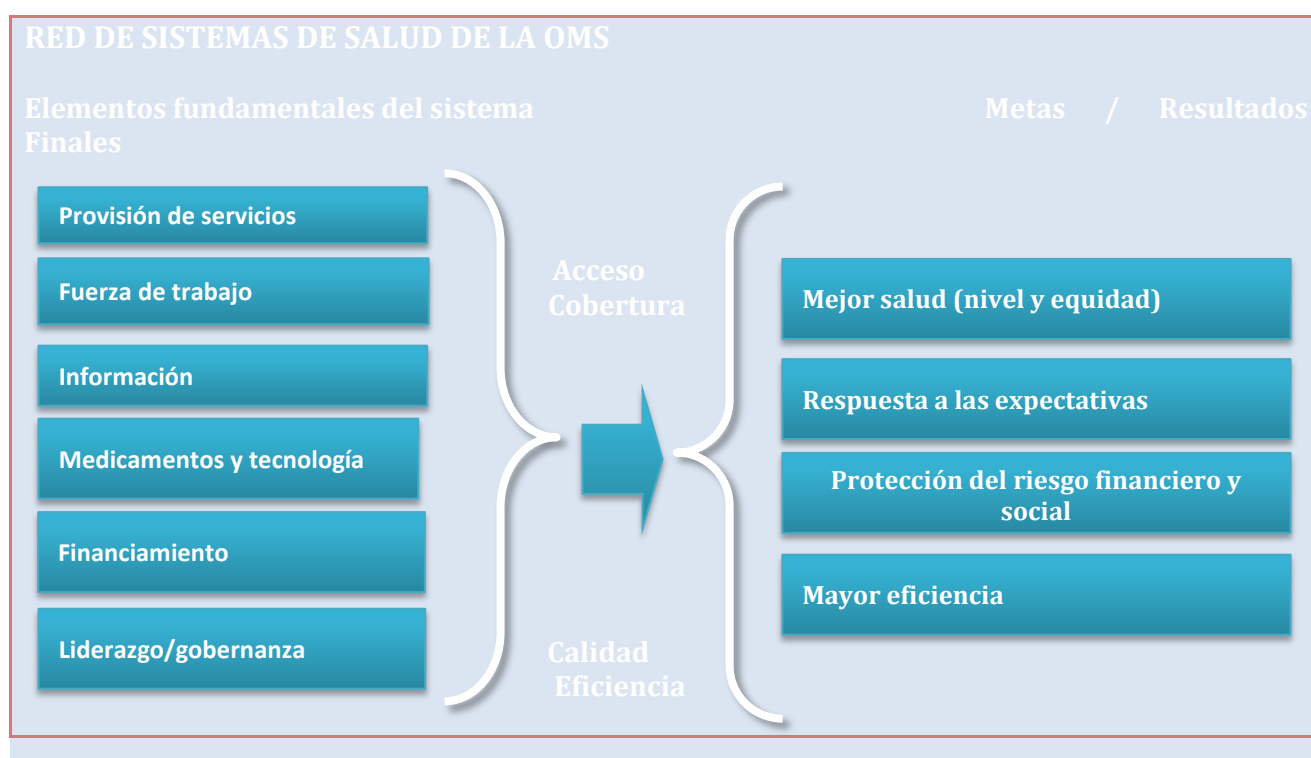
A pesar de que la parte del sector salud del PDNA se armoniza con el resto de sectores, hace uso de marcos y métodos de evaluación específicos ya existentes en los sistemas sanitarios. En esta sección se explica cómo se pueden utilizar estos métodos y marcos existentes en vista a identificar temas relevantes que requieren de una evaluación con el objetivo de aportar información a los distintos elementos del PDNA.

#### MARCO DEL SISTEMA DE SALUD

WHO, en el *Informe sobre la salud en el mundo 2000* y su marco de acción de 2007 *El negocio de todos: fortalecimiento de los sistemas de salud para mejorar los resultados sanitarios*, define el sector sanitario como un sistema que "consiste en todas las organizaciones, personas y acciones cuya intención primordial es promover, restaurar o mantener la salud", incorporando los esfuerzos para influenciar sobre los determinantes de la salud, así como en las actividades relacionadas directamente con el mantenimiento de la misma.

Según la OMS, un marco acción de los sistemas de salud está conformado por seis elementos fundamentales, con una fuerte interdependencia entre ellos. Son los siguientes:

- **Provisión de servicios:** paquetes de salud, modelos de prestación; infraestructura; gestión; seguridad y calidad; demanda de cuidados;
- **Fuerza de trabajo:** políticas de fuerza de trabajo nacional y planes de inversión; incidencia; normas, estándares e información;
- **Información:** instalaciones e información basada en la población y sistemas de monitoreo; estándares globales, herramientas;
- **Insumos médicos, vacunas y tecnologías:** normas, estándares, políticas; adquisición y suministros de confianza; acceso equitativo; calidad;
- **Financiamiento:** políticas nacionales de financiación de la salud; herramientas e información sobre gasto sanitario; costeo y
- **Liderazgo y gobernanza:** políticas sanitarias, armonización y alineación; seguimiento y regulación.



### MARCO DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL SECTOR SALUD

Los análisis del sector salud se basan en el marco del sistema de salud anterior. Este marco se utiliza por medio de una matriz de análisis y evaluación que guía al equipo de recuperación de la salud para establecer:

1. una línea base; una evaluación sistemática de los cambios en la epidemiología en la carga de enfermedades; el rendimiento de los principales programas de salud; y

## 2. los seis elementos fundamentales del Sistema.

Toma en consideración los bienes, actores y procesos contenidos normalmente en el sector y cómo estos se pueden ver afectados por un desastre. Esto permite analizar en qué medida los rendimientos y limitaciones anteriores pueden repercutir en los requisitos necesarios para restaurar el acceso a los servicios esenciales, satisfacer las nuevas necesidades sanitarias e identificar y determinar las prioridades para Reconstruir Mejor. La utilización del marco del sistema de salud como punto de partida permite vincular la planificación de la recuperación con los planes de desarrollo nacional de salud a un mayor largo plazo.

### ÁMBITOS DE RESPUESTA EN EL SECTOR SALUD

La OMS enumera una serie de ámbitos de respuesta del sector salud en relación con la prestación de servicios:

1. servicios clínicos generales y atención traumatológica;
2. salud infantil (incluye tratamiento y nutrición);
3. enfermedades contagiosas
4. salud sexual y reproductiva (incluye STI – Infecciones de Transmisión Sexual y HIV/AIDS, salud materna y neonatal y violencia sexual);
5. enfermedades no transmisibles y salud mental; y
6. salud ambiental.

Con el objetivo de determinar la carga de enfermedad previa en cada ámbito y cómo el desastre repercutió en sus diferentes dimensiones, los ámbitos de respuesta mencionados representan los principales programas de salud que deben tenerse en cuenta para desarrollar un PDNA. Otro requisito a llevar a cabo en este proceso es la evaluación del desempeño de los programas sanitarios responsables de abordar la morbilidad y en qué medida y bajo qué formas el desastre ha afectado o impactado en esta capacidad.

### RIESGOS Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Los ámbitos de respuesta del sector sanitario pueden utilizarse también para describir los riesgos precedentes que contribuyen a la carga de enfermedad relacionada con cada uno de ellos. Para definir las repercusiones del desastre sobre los riesgos para la salud, el análisis debe incorporar la variable que establezca cómo los determinantes y dichos riesgos fueron afectados por el desastre y si, además, el desastre ha generado otros nuevos riesgos.

### VÍNCULOS DEL SISTEMA DE SALUD CON LOS CUATROS ELEMENTOS DE RECUPERACIÓN DEL PDNA

El siguiente diagrama muestra cómo los componentes del sistema de salud y los ámbitos de respuesta del sector están vinculados con las cuatro dimensiones del PDNA: 1) infraestructura; 2) prestación de servicios; 3) gobernanza; y 4) riesgos.



MATRIZ DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN EN EL SECTOR SALUD

La matriz de análisis (Véase la Tabla 1) proporciona un protocolo sistemático y estandarizado para la recopilación y análisis de datos de evaluación.

**Tabla 1:** Matriz de análisis para la contribución del sector sanitario en la estrategia de recuperación.

Programas de salud y funciones del sistema sanitario	Indicadores de la línea base, desafíos previos a la crisis	Efectos de la catástrofe, desafíos clave para la recuperación temprana	Respuesta Humanitaria	Respuesta para la recuperación, incluyendo el enfoque de Reconstruir Mejor, para el corto, medio y largo plazo	Indicadores clave para el seguimiento
1.(a) Prestación de servicios- programas de salud: -servicios generales clínicos y atención traumatológica -salud infantil -enfermedades contagiosas -salud sexual y reproductiva -enfermedades no transmisibles y salud mental -salud ambiental					
1. (b) Prestación de servicios – organización y gestión de los servicios, incluyendo el sistema de salud.					
2. Liderazgo y gobernanza					
3. Sistema de información sanitaria					
4. Recursos humanos para la salud					
5. Financiamiento sanitario					
6. Productos médicos, vacunas y tecnología					

La matriz ayuda al equipo de evaluación a recoger información alineada con los capítulos clave de los informes sectoriales PDNA, tales como la visión general del sector, la línea de base y las consecuencias del desastre y necesidades de recuperación, integrando los enfoques de Reconstruir Mejor (BBB). El equipo de salud recopila y proporciona información basada en la mejor información disponible, pruebas y/o juicios profesionales.

El **Anexo 2** ofrece **ejemplos** de datos básicos y de referencia, indicadores, consecuencias comunes de los desastres, limitaciones y respuestas en relación con la

ayuda inmediata y respuestas de recuperación temprana - media. Las hojas de información de la WHO/OMS sobre los efectos en la salud provocados por las amenazas y riesgos de desastres son también un buen recurso. ([www.who.int/hac/techguidance/tools/WHO\\_strategy\\_hazards.pdf](http://www.who.int/hac/techguidance/tools/WHO_strategy_hazards.pdf)).

## - Evaluaciones

### INFORMACIÓN Y DATOS EXISTENTES

Una estrategia de recopilación de datos y el acopio de información para la recuperación del sector de la salud deben considerarse como un proceso e inscribirse a su vez en un ciclo de gestión de desastres.

La recopilación de información y evaluaciones necesarias para la recuperación deben basarse en datos obtenidos incluso antes de que el desastre haya tenido lugar – información disponible en los sistemas de gestión de información de salud y otros informes, como los relativos a la preparación ante catástrofes. Esta información puede utilizarse como líneas de base previas a los desastres, así como para informar y aportar a las evaluaciones rápidas en la primera fase humanitaria. Consecuentemente, los datos deberán formar parte de un sistema de monitoreo del desempeño del sistema de salud, el cual también podrá medir los progresos de las actividades de recuperación y respuesta humanitaria.

Debido al escaso tiempo en el que las evaluaciones del sector salud deben ser realizadas, su alcance y profundidad se ven limitadas. Se deben utilizar las pruebas y evidencias siempre que sea posible, pero este hecho implicaría también el uso de juicios expertos por parte del equipo acerca de la validez y precisión de las estimaciones. En concreto, sobre las estimaciones de costes, tanto para daños y pérdidas como también para el plan de recuperación. Los supuestos subyacentes y los costes unitarios empleados en los cálculos serán explicados en una ficha de supuestos separada (**Véanse los Anexos 3 y 4**).

### DATOS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS

Los equipos de evaluación deben hacer uso de datos secundarios siempre que sea posible. Por ejemplo, datos que ya han sido obtenidos a través de intervenciones humanitarias, y decidir a posteriori qué información crucial adicional debe ser recopilada específicamente para el PDNA.

La recopilación de datos primarios se limita generalmente a visitas de campo seleccionadas expresamente, para verificar suposiciones e hipótesis basadas en la revisión de datos secundarios y buscar el punto de vista de las autoridades sanitarias y las comunidades en las zonas afectadas.

### FUENTES PARA LAS EVALUACIONES

Los PDNAs se basan en métodos de evaluación mixtos, ya que no existe una única fuente o método que pueda proporcionar toda la información necesaria. Las principales fuentes para el PDNA son los informantes claves, por ejemplo, del Ministerio de Salud y los socios de desarrollo, la discusión de grupos focales con actores y expertos relevantes, las

encuestas de población, los sistemas de información sanitaria y las observaciones, complementadas con encuestas de rendimiento del servicio de salud.

Cuando las encuestas son apropiadas, el muestreo será intencionado en las fases iniciales, derivando hacia un muestreo representativo en fases posteriores (véase: *Guía Operacional para evaluaciones coordinadas en crisis humanitarias del Comité Permanente entre Organismos*, Grupo de trabajo de tareas de evaluación de necesidades, 2010) .El **Anexo 5** ofrece un ejemplo de los datos que deben obtenerse de las autoridades sanitarias distritales acerca de las consecuencias del desastre, necesarios para la estimación de los daños y las pérdidas.

Se debe garantizar que tanto las mujeres como los hombres de la comunidad afectada participen en las evaluaciones. Es necesario que haya un equilibrio de género entre los miembros del equipo de evaluación que realiza las entrevistas, así como en los informantes y participantes en grupos de discusión. Si procede, se pueden realizar entrevistas privadas y separadas con hombres y mujeres. Del mismo modo, se debe prestar especial atención al lugar y hora de la evaluación, etc., para asegurar que la participación de ambos géneros es igualitaria. La identificación de necesidades, prioridades e intereses de mujeres y hombres de todas las edades, así como las de subgrupos de población, debe efectuarse a través de un análisis de género y edad basado en la recopilación de indicadores y datos cualitativos desagregados por sexo y edad, fuentes de información cualitativa, consultas y entrevistas con mujeres y hombres en las comunidades y entre los principales actores.

#### RECURSOS Y DOCUMENTOS A CONSULTAR PARA LA EVALUACIÓN

Los principales recursos y documentos para consulta sobre la línea base, la identificación de limitaciones preexistentes y con vistas a orientar las prioridades de recuperación incluyen:

- El sistema de información estadística de la WHO/OMS (véase: [www.who.int/whosis/en/](http://www.who.int/whosis/en/));
- informes del sistema nacional de gestión de información de salud y estadística (incluye tasas de morbilidad de las enfermedades comunes en el país y en la zona afectada durante los últimos cinco años);
- Documentos de política nacional sanitaria y revisiones anuales sectoriales;
- Planes nacionales de preparación ante desastres;
- Datos disponibles del Ministerio de Salud sobre la ubicación y capacidad (número de camas, tasas de consulta, etc.) de la red de infraestructura de salud pública y privada, normas para las instalaciones sanitarias, equipos y servicios y sus costes unitarios asociados;
- una descripción del sistema de gestión de salud que incluya sus fuentes de financiamiento (si la atención médica es gratuita y, por tanto, pagada por el gobierno, o si los individuos deben pagar ellos mismos y/o con la ayuda de seguros médicos) y las dotaciones presupuestarias anuales del gobierno; el coste unitario de los servicios suministrados (integrando las diferencias de los costes unitarios entre el sector público y el sector privado), tales como el coste de una consulta médica externa, las hospitalizaciones diarias, etc.

- Encuestas demográficas de salud y encuestas de indicadores múltiples;
- Vulnerabilidad, evaluación de riesgos y mapeo;
- Páginas web del Banco Mundial y del PNUD Objetivos de Desarrollo del Milenio;
- Evaluaciones humanitarias e informes de inspección y vigilancia (Evaluación Multisectorial Inicial Rápida - MIRA, Evaluación del Riesgo para la Salud Pública, Sistema de alerta rápida y detección de enfermedades);
- Estrategias sanitarias en llamamiento de urgencia del Comité Permanente entre Organismos.
- Urgencia y/o el plan estratégico de respuesta humanitaria; y
- Informes de situación del sector salud y humanitario general (tablero humanitario).

Para más información en indicadores comunes, véase:

- [www.who.int/healthmetrics/tools/GFGuidanceOnRecommendedIndicators09.pdf](http://www.who.int/healthmetrics/tools/GFGuidanceOnRecommendedIndicators09.pdf)
- [www.who.int/hac/global\\_health\\_cluster/guide/tools/en/index.html](http://www.who.int/hac/global_health_cluster/guide/tools/en/index.html)
- [www.who.int/hac/techguidance/tools/disrupted\\_sectors/en/index.html](http://www.who.int/hac/techguidance/tools/disrupted_sectors/en/index.html)

Para más información relativa a los métodos de evaluación humanitaria en el sector de la salud, consulte la Guía del Cluster de Salud de la OMS: [www.who.int/hac/network/global\\_health\\_cluster/guide/en/index.html](http://www.who.int/hac/network/global_health_cluster/guide/en/index.html)

[http://www.who.int/hac/global\\_health\\_cluster/guide/health\\_cluster\\_guide\\_31mar2011\\_sp.pdf](http://www.who.int/hac/global_health_cluster/guide/health_cluster_guide_31mar2011_sp.pdf) (en español)

## - Productos del Sector Sanitario para inclusión en el PDNA

De la evaluación del sector salud se deben obtener dos productos para su inclusión en el documento PDNA más extenso. El primero, que normalmente no pasa de las tres o cuatro páginas, es un resumen de la situación del sector de la salud, las necesidades y la propuesta de estrategia de recuperación. El segundo producto o resultado es un informe más detallado y pormenorizado de 15-20 páginas sobre la evaluación y la estrategia para la recuperación. Estos informes incluyen generalmente un conjunto de tablas o anexos (ver **Anexos 6 y 7**). El calendario para la estrategia de recuperación está determinado por el gobierno, oscilando generalmente entre los dos y cinco años.

Cuanto más amplia sea la estrategia y plan de recuperación del sector salud, se podrá utilizar como base para examinar y revisar, según sea necesario, los planes de salud provinciales y distritales en las zonas afectadas.

Se pueden encontrar ejemplos de evaluaciones post-desastres y planes de recuperación del sector salud en las páginas web del Banco Mundial ([www.gfdrr.org/node/118](http://www.gfdrr.org/node/118)) y en la Plataforma Internacional para la Recuperación ([www.recoveryplatform.org/resources/tools\\_and\\_guidelines](http://www.recoveryplatform.org/resources/tools_and_guidelines)).

## - El equipo de evaluación

El equipo de evaluación del sector sanitario está normalmente encabezado por un líder designado por el Ministerio de Salud, e incluye expertos de tantas disciplinas profesionales como sea necesario para la evaluación. El equipo debe tener el apoyo y asesoramiento de expertos de organizaciones internacionales. En términos generales, el equipo debe estar compuesto por especialistas en salud pública y sistemas de salud, incluidos médicos y epidemiólogos, junto con arquitectos o ingenieros civiles (los cuales pueden estimar el valor de los daños en la infraestructura sanitaria), y economistas de la salud que puedan estimar el valor de las pérdidas de producción.

Dependiendo de las zonas afectadas por el desastre, las autoridades sub-nacionales sanitarias deben participar también en la evaluación con el objetivo de garantizar un pleno acceso a la información a todos los niveles y en todos los lugares de las zonas afectadas, así como para recabar opiniones acerca de la estrategia de recuperación.

Se debe garantizar un equilibrio de género adecuado en el equipo de evaluación. Para ello, un miembro del equipo deberá ser designado como punto focal de género y será responsable de coordinar los resultados con otros equipos y con la asesora de género. Esta persona deberá tener experiencia previa en la transversalización del enfoque de género en el sector salud. Los socios de desarrollo sanitario ofrecerán asistencia técnica y asesoramiento para dar apoyo en la evaluación de recuperación sanitaria. Se podrá conformar un Comité Directivo, inclusivo a los actores relevantes y partes interesadas, para supervisar el proceso de evaluación de recuperación de la salud y garantizar así la consulta con los socios. Asimismo, se deben establecer disposiciones y prácticas relativas a la participación de los representantes de las instalaciones sanitarias privadas, ya que en muchos países la participación del sector privado contribuye significativamente a la infraestructura sanitaria y en la posterior capacidad en la prestación de servicios.

Es necesario disponer de transporte para el equipo de evaluación para poder llevar a cabo visitas de observación directa y consulta con las autoridades locales y gestores de las instalaciones afectadas. Los socios de desarrollo brindarán apoyo para el transporte necesario para el desarrollo de la evaluación del PDNA, con lo que las autoridades nacionales pueden dedicar su capacidad en transporte a la respuesta ante emergencias.

## **LINEA DE BASE ANTERIOR AL DESASTRE**

---

Esta sección describe cómo crear una visión general del sector sanitario, una línea de base anterior al desastre y cuáles son los temas principales que deben abordarse en relación con los cuatro componentes PDNA. Es necesario conocer las características del sector previas al fenómeno para poder estimar el efecto de un desastre, para lo cual se deben establecer en las líneas base el promedio de los costes unitarios de los diferentes componentes PDNA.

La mayor parte de esta información debe estar disponible antes de que ocurra el desastre y ser parte del proceso de preparación y de la gestión de riesgos.

En esta sección se destacan los retos y limitaciones más importantes para la prestación de servicios anteriores al desastre. Se pueden encontrar más detalles en el **Anexo 2**, en la columna 'línea de base anterior al desastre y desafíos'.

### - Contexto

La línea base comienza con un análisis de contexto. Este debe incluir:

- una descripción de la situación de desarrollo del país (por ejemplo, el ranking en el Índice de Desarrollo Humano y las secciones de salud en las Estrategias de Reducción de la Pobreza);
- el progreso del país en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio respecto a la salud y el contexto político.

### - Infraestructura y bienes

La línea de base describe los bienes y las infraestructuras relacionadas con el sistema de salud, las cuales se enumeran a continuación. Esta debe incluir datos del sector público, así como del sector privado con y sin fines de lucro.

- Descripción de la red de salud, incluyendo las distintas ubicaciones y niveles del sistema sanitario (comunitario, primario, secundario y terciario) y mecanismos de remisión.
- Información sobre el número de distintos niveles de infraestructura sanitaria (por ejemplo, basado en la herramienta de evaluación de la disponibilidad y preparación de los servicios - SARA).
- Descripción de las infraestructuras físicas, incluidas las instalaciones para los programas verticales de salud, institutos de salud pública, laboratorios, fábricas farmacéuticas y almacenes.
- Logística del sistema sanitario, como el transporte de pacientes y fármacos.
- Infraestructura administrativa para las autoridades sanitarias.
- Las infraestructuras para escuelas y universidades para la formación de los trabajadores sanitarios se incluyen generalmente en la educación terciaria del sector educativo.

### - Prestación de servicios, disponibilidad, acceso y cambios en la demanda

Como parte de la línea base, la información relacionada con la prestación de servicios debe describirse y puede desglosarse tal como se explica a continuación:

- Indicadores clave de cobertura y estado de salud vinculados a los ámbitos de respuesta del sector.
- La situación socio-demográfica y el estado de los principales indicadores epidemiológicos, incluyendo la incidencia de morbilidad de las enfermedades relevantes para el tipo de desastre en cuestión.
- La cobertura y disponibilidad de servicios pueden ser descritas para los diferentes programas y relacionados a su vez con indicadores de salud, desagregados por edad y sexo cuando proceda.
- El estado y avance de indicadores de los ODM relacionados con la salud.

- Indicadores vinculados a los recursos humanos, financiamiento del ámbito sanitario, productos médicos y tecnología. Describe las principales limitaciones cuando estos factores afectan a la cobertura y al acceso a servicios.
- El acceso, tal como establece la definición de cobertura y utilización y según lo estipulado por la asequibilidad, las barreras financieras, geográficas, culturales y la calidad de la atención. (La utilización puede ser descrita mediante las tasas promedio de consultas).
- Disponibilidad y cobertura de paquetes esenciales de servicios sanitarios.

## - **Gobernanza**

Para describir cómo se rige el sistema de salud, la línea base debe detallar los siguientes elementos.

- Organización, gestión y funciones reguladoras de las autoridades sanitarias para la prestación de servicios generales.
- Fuentes de financiación y mecanismos para el sector salud.
- Declaraciones de la visión y misión de los planes estratégicos nacionales de salud y prioridades para la reforma del sector.
- Mecanismos y procesos de gobernanza participativa para la prestación de servicios de salud a todos los niveles (desde el nivel nacional al nivel comunitario), constanding a su vez la existencia de mecanismos de denuncia para los pacientes
- (Desastre) Leyes y reglamentos que repercuten en el acceso a determinados servicios a segmentos o subgrupos de población. Por ejemplo, a servicios de salud reproductiva,
- Mecanismos de coordinación para el desarrollo de la salud y gestión del riesgo humanitario y de desastres.
- Planes de preparación del sector sanitario.
- Capacidad para gestionar los procesos de respuesta y recuperación ante desastres
- Funcionalidad en la gestión de la información sanitaria y sistemas de alerta temprana.

## - **Riesgos y vulnerabilidades**

Una línea base previa al desastre analiza los posibles riesgos y vulnerabilidades del sistema sanitario del país. Estos incluyen:

- Determinantes sociales de salud que podrían acarrear una mayor marginación y discriminación en el acceso a los servicios sanitarios, entre los que destacan factores como la pobreza, la etnia, la religión y el género, pero no se limitan únicamente a ellos;
- Riesgos preexistentes para la salud, tipología de desastres y presencia de enfermedades con potencial epidémico que se han producido en el país, incluida la Violencia Sexual y Basada en el Género (SGBV); y
- Subgrupos de población en situación de marginación y/o desventaja con un perfil de riesgo especial.

## EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS DE LOS DESASTRES EN EL SECTOR SALUD

---

La sección que nos ocupa aporta consideraciones clave que permitirán analizar los impactos sobre la salud y el desempeño del sector en relación con las cuatro dimensiones de PDNA, tanto en el sector público como en el privado, así como las respuestas directas para mitigar estos efectos.

La columna 'efectos de desastres' del **Anexo 2** proporciona otros ejemplos de consecuencias post- desastre en los elementos fundamentales del sistema sanitario y en los ámbitos de respuesta del sector, seguidos por las respuestas humanitarias más comunes.

### - Descripción general del desastre

La evaluación comienza con una introducción general en la que se describe el desastre y en la que se incluye la siguiente información:

- Ámbito geográfico, población afectada, número de personas muertas y heridas, evolución hasta la fecha, etc.; y
- Prioridades para una respuesta humanitaria inmediata.

### - Efectos sobre infraestructuras y bienes físicos

A continuación se enumeran y describen los impactos del desastre sobre la infraestructura y activos físicos del sistema de salud:

- Daños en la infraestructura del sistema sanitario (número total y porcentaje en contraposición a las líneas base en los distintos niveles de servicio, ya sean los daños parciales o totales y desglosados por unidades administrativas, conteniendo por igual instalaciones públicas y privadas); daños en mobiliario, equipamiento y suministros médicos; y
- Número y tipo de instalaciones temporales de salud implantadas para reemplazar a los establecimientos dañados o asentamientos de poblaciones desplazadas.

### - Efectos en la prestación de servicios, el Acceso y la Demanda

Contestar a las siguientes preguntas ayudará a evaluar los efectos del desastre sobre la prestación de servicios, el acceso y la demanda.

- ¿Hasta qué punto el daño sobre la infraestructura sanitaria afectó en la funcionalidad de las instalaciones y en la disminución de la disponibilidad de prestación de servicios?
- ¿Cuál es el impacto del desastre sobre los patrones de morbilidad, en particular sobre lesiones y salud mental? ([www.who.int/mental\\_health/emergencias/en/](http://www.who.int/mental_health/emergencias/en/)) and incidences and nature of SGBV?

- ¿Cuál es la capacidad de los centros de salud en áreas no afectadas para lidiar con el trauma, la SGBV/VSBG y las lesiones, teniendo en cuenta la capacidad de transporte y de evacuación médica?
- ¿Cómo influyen los movimientos de población en el volumen y número de casos para los establecimientos de salud en áreas que no se han visto afectadas y que alojan población desplazada?
- ¿Cuáles son las consecuencias directas sobre los trabajadores sanitarios (teniendo en cuenta desplazamientos, muertes y discapacidades) y consecuencias indirectas en la capacidad para formar a trabajadores en posibles aumentos de morbilidad?
- ¿Cuáles son los efectos sobre la disponibilidad de productos farmacéuticos?
- ¿Cómo repercute el desastre en el acceso a servicios de salud a mujeres y hombres de todas las edades y subgrupos de población?
- ¿Cómo influye el desastre en la 'capacidad de pago' en el acceso a los servicios sanitarios de las familias afectadas y de aquellos que perdieron sus medios de subsistencia?
- ¿Hay nuevas barreras geográficas para acceder a instalaciones de salud operativas?
- La composición de los hogares puede cambiar como resultado de muertes, lesiones, desplazamientos y migraciones causadas por la catástrofe. Teniendo en cuenta que las mujeres y los hombres pueden tener distinta movilidad y diferentes niveles de acceso y control sobre los ingresos, se debe prestar especial atención a las nuevas familias encabezadas por mujeres, personas mayores o niños en relación al acceso a los servicios de salud.

#### - Efectos sobre la gobernanza y los procesos sociales

Analice cómo el desastre impactó en la gobernanza y en los procesos sociales del sector sanitario, considerando las siguientes preguntas:

- ¿Cómo afectó el desastre en la capacidad de las autoridades sanitarias para administrar los servicios de salud?
- ¿Cómo influyó el desastre en la capacidad de las autoridades sanitarias para coordinar el proceso de recuperación y la respuesta humanitaria?
- ¿Qué capacidades aportan las agencias de ayuda internacional en el marco de la respuesta ante el desastre y cómo estas capacidades pueden utilizarse para apoyar el proceso de recuperación?
- ¿Se han visto afectados los sistemas de gestión de información sanitaria?; ¿las autoridades son capaces de establecer sistemas de alerta temprana?

#### - Consecuencias en riesgos y vulnerabilidades

- Al examinar los efectos del desastre sobre los riesgos y vulnerabilidades para la salud, tenga especial cuidado en tomar en consideración la situación de la infancia, de las mujeres embarazadas y lactantes, las personas mayores, las personas con discapacidad y las que viven con enfermedades crónicas o a largo plazo.

- ¿Cuál fue el impacto del desastre sobre la salud de las mujeres y hombres de todas las edades y subgrupos de población afectada?
- ¿Repercutió el desastre en los riesgos sanitarios preexistentes?
- ¿Cuáles son los nuevos riesgos inducidos por el desastre a los que se enfrentan mujeres y hombres de todas las edades, familias y comunidades?
- ¿Cuáles son los riesgos crecientes para la transmisión de enfermedades contagiosas (p. ej., cólera, malaria, influenza, sarampión, TB), así como los riesgos sanitarios debidos a la interrupción de servicios ordinarios de emergencias, tales como la atención obstétrica de urgencia y de enfermedades crónicas y no transmisibles (p. ej., cardiopatía, diabetes, cáncer, etc.).
- ¿Se ha visto expuesta la población a Violencia Sexual Basada en el Género? (La VSBG puede incrementarse tras la catástrofe y durante las crisis).

## DAÑOS Y PÉRDIDAS OCASIONADAS POR EL DESASTRE

---

Esta sección brinda orientación sobre cómo estimar el valor de los daños y las pérdidas causadas por el desastre en el sector de la salud. Como punto de partida, se extrae la valoración de daños y pérdidas de la sección sobre los efectos de la catástrofe. Identifique aquellos elementos que tienen implicaciones financieras, incluyendo daños en la infraestructura y bienes y las pérdidas debido a los cambios en los flujos financieros, tales como los vinculados a la infraestructura, la prestación de servicios, gobierno y riesgos. Los daños y pérdidas deben desglosarse tanto para las instalaciones públicas y privadas.

### DAÑO

El análisis de los daños toma en consideración la infraestructura sanitaria, en la que se incluye hospitales, centros de salud y otras instalaciones relacionadas con el sector, edificios de la administración sanitaria, equipamiento, mobiliario y suministros médicos. El daño se define como el valor de los bienes físicos duraderos destruidos (edificios, equipamiento y maquinaria), reemplazado con las mismas características y normas anteriores al desastre. En principio, la evaluación de los daños en la infraestructura se realiza en cada una de las instalaciones, y se basa generalmente en estimaciones detalladas del número de metros cuadrados de infraestructura dañada (desagregada por techos, pisos, paredes, etc.) con los costes unitarios medios por metro cuadrado para su reparación.

Cuando gran número de instalaciones sanitarias han sido dañadas en la zona afectada por el desastre y no resulta factible evaluar todos los servicios dañados por separado, se realizan estimaciones del número de instalaciones dañadas parcial y totalmente. La estimación se basa, por ejemplo, en informes de autoridades de salud a nivel subnacional y en evaluaciones humanitarias iniciales. La estimación emplea el valor estimado promedio basado en los estándares para cada tipo de instalación y en los costes promedio para la reparación y rehabilitación de instalaciones parcialmente dañadas. Se aplican los mismos parámetros para el valor del equipamiento, mobiliario y suministros médicos. En principio, esto debería basarse en una evaluación detallada para cada instalación sanitaria frente a los inventarios previos al desastre. Sin embargo, cuando se da el caso de un gran número de instalaciones afectadas, se deben realizar

estimaciones promedio, como por ejemplo un porcentaje de los costes de reposición frente a las normas nacionales.

### PÉRDIDA

La pérdida se refiere a los cambios producidos en los flujos financieros del sector debido a la ausencia temporal de infraestructura y bienes y al aumento o a nuevas demandas de intervenciones médicas para la población afectada. Las pérdidas se miden como el cambio en los costes operacionales para la prestación de atención médica después de un desastre. Los costes operacionales post-desastre normalmente incluyen gastos más elevados (por encima de las asignaciones presupuestarias habituales en el sector) y menores ingresos. La mayor parte de las intervenciones que implican un incremento de gastos son aquellas que se gestionan en concepto de intervenciones de respuesta humanitaria para atender las consecuencias y riesgos inmediatos sobre la salud para la población afectada.

Es importante fijar el tiempo y los plazos necesarios para la rehabilitación y reconstrucción de las instalaciones de salud, no sólo en base a la planificación de la reconstrucción, sino porque también se producen pérdidas hasta el momento en que la reconstrucción ha finalizado, y/o se ha logrado la prevención o control de las epidemias y los riesgos sanitarios han vuelto a los niveles anteriores al desastre. El Anexo 7 proporciona una tabla para planificar las intervenciones de recuperación a lo largo del tiempo.

Como se mencionó anteriormente, se debe crear una ficha de supuestos en la que se explique cómo se estimaron los costes unitarios y qué otros supuestos se establecieron para calcular los daños y las pérdidas. Se pueden encontrar más detalles sobre el método para calcular los costes de daños y pérdidas en Evaluación de Daños y Pérdidas ocasionadas por los Desastres: notas de orientación, Volumen 2, Banco Mundial, Facilidad Global para la Reducción y la Recuperación del Banco Mundial (GFDRR), 2010

### EJEMPLOS

En la Tabla 2 a continuación se pueden encontrar ejemplos representativos de daños y pérdidas. Los **Anexos 3 y 4** proporcionan ejemplos de tablas para la línea base de los costes unitarios de los supuestos sobre daños y pérdidas para el sector sanitario, tal como se presentan en los informes sectoriales del PDNA.

**Tabla 2:** Elementos que contiene habitualmente una evaluación de daños y pérdidas.

Daños	Cambios en los flujos
<p><b>Infraestructura y bienes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edificios desagregados por comunidad y niveles primario, secundario y terciario (hospitales, centros de salud, clínicas, dispensarios, farmacias, puestos de salud, bancos de sangre, laboratorios, etc.)</li> <li>• Equipamiento y mobiliario</li> <li>• Suministros médicos</li> <li>• Transporte y logística, ambulancias, etc.</li> </ul>	<p><b>1. Aumento de gastos para:</b></p> <p>Infraestructura</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliminación de desechos, lodo y otros materiales biológicamente peligrosos de las instalaciones destruidas o dañadas.</li> <li>• Establecimiento de centros de salud temporales o clínicas móviles en los asentamientos de personas desplazadas o en las cercanías de las instalaciones dañadas</li> </ul>

- Infraestructura del Ministerio de Salud a nivel nacional y sub-nacional.

Notas:

Las ambulancias se incluyen entre las instalaciones o centros de atención secundaria y terciaria.

Las empresas farmacéuticas se incluirán en el sector industrial.

Los colegios y universidades para la formación de trabajadores sanitarios se incluyen generalmente bajo la infraestructura de educación terciaria en el sector educativo. La escasa habilidad para aumentar la capacidad de los trabajadores sanitarios puede representar un obstáculo en la prestación de servicios.

hasta que estas se reconstruyan.

#### **Acceso y prestación de servicios**

- Tratamiento del mayor número de pacientes debido al incremento o nuevos riesgos para la salud.

- Suplemento por paciente tratado en instalaciones médicas alternativas y temporales.

- Tratamiento médico a largo plazo de las discapacidades y de la atención psicológica de las personas afectadas.

#### **Gobernanza**

- Costes para cubrir necesidades de una mayor coordinación, apoyo a la capacidad de gestión para la prestación de servicios.

- Costes para la implantación de sistemas de alerta temprana

#### **Reducción del riesgo**

- Gastos adicionales para la vigilancia y control de posibles epidemias.

- Campañas de prevención, vacunas, control de vectores, etc.

- Campañas de promoción sanitaria

#### **2. Causas de la pérdida de ingresos:**

- Interrupción de la prestación de servicios en las instalaciones dañadas durante el período de rehabilitación o reconstrucción; y

- Suspensión temporal de las cuotas de usuarios para la población afectada.

## **EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL DESASTRE**

### **- Impacto macroeconómico**

El análisis del impacto macroeconómico incluye una estimación de efectos más probables del desastre sobre el comportamiento de la economía y los desequilibrios macroeconómicos que puedan surgir, así como la disminución temporal de empleo, ingresos y bienestar de las personas y familias afectadas. Para calcular el impacto sobre las variables macroeconómicas, los análisis generalmente se realizan sobre el comportamiento que tiene el producto interno bruto, la balanza de pagos y el sector fiscal después del desastre. En cuanto al sector de salud, se puede realizar un análisis adicional sobre el impacto del costo de los daños y las pérdidas en relación con el gasto total en salud.

El equipo de evaluación del sector de salud debería entregar a los miembros del equipo de evaluación de las necesidades post desastre (PDNA por sus siglas en inglés) que tengan a su cargo el análisis del impacto macroeconómico, las siguientes estimaciones de valores:

- El número mayor de atención médica que se proporcionó a pacientes y el número menor de cirugías que se llevaron a cabo como resultado del desastre. Esta información se usará para calcular el impacto del desastre en el valor y en el aumento del producto interno bruto.
- Los mayores gastos que representó el monitoreo del aumento de la tasa de morbilidad y de las medidas preventivas que surgieron como resultado del desastre. Esta información se usará para calcular el impacto del desastre en el valor y en el aumento del producto interno bruto.
- Los artículos de recuperación estimados (incluyendo artículos relacionados con la prevención y la mitigación para el sector de salud) que necesitan ser importados de otros países ya que no existe producción local. Esta información se usará para el análisis de la balanza de pagos.
- La porción estimada de costos de reconstrucción que corresponde al sector de salud los cuales necesitarán importarse desde el exterior en virtud que no existe producción local, expresada en el porcentaje que representa del total estimado de necesidades de reconstrucción. Esta información se usará para el análisis del impacto sobre la balanza de pagos.
- El valor total de los gastos más altos y los ingresos más bajos del gobierno que están por encima de las apropiaciones presupuestales regulares. Esta información se usará para el análisis del impacto sobre el sector fiscal.
- Las estimaciones sobre los gastos más elevados de lo normal que se requirieron para obtener atención médica y de la salud. Esto se usará para el análisis del impacto personal y familiar.

## - El Impacto en el Desarrollo Humano

El impacto en el desarrollo humano es la diferencia entre los niveles de desarrollo humano antes del desastre y después del desastre como consecuencia directa de este. El impacto en el desarrollo humano es el impacto que tiene el desastre, a mediano y largo plazo, sobre la calidad de vida humana la cual está determinada a través de diferentes índices, tales como Índice de Desarrollo Humano, Índice de Desigualdad de Género, Índice de Pobreza Multidimensional, los Objetivos de Desarrollo del Milenio y/o los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Para estimar el impacto del desastre en el desarrollo humano, conviene analizar:

- El comportamiento de los elementos de desarrollo humano antes del desastre mediante la utilización de una guía base "pre-crisis" (las tendencias del desarrollo humano antes del desastre que repercutieron en la situación del desarrollo humano en las poblaciones afectadas, incluyendo desafíos fundamentales y aspectos destacados de las políticas implementadas antes de la crisis); y
- las consecuencias de los efectos del desastre indicando las implicaciones a corto, mediano y largo plazo que pueden darse dentro de un escenario sin cambios significativos, en el peor de los escenarios y en el mejor de los escenarios, con base en el comportamiento que ha tenido en el pasado si el desastre no hubiese ocurrido, usando suposiciones claramente establecidas.

En atención a los ODM relacionados con salud, existen varios indicadores que son difíciles de determinar en períodos cortos de tiempo, ya que los indicadores no están diseñados como parámetros dinámicos y no son sensibles a los cambios abruptos, como por ejemplo los desastres. Los sistemas de información de salud probablemente no

proporcionan los datos requeridos a un nivel desagregado para cada región afectada, por ejemplo solo el índice de mortalidad materna. Sin embargo, existe información respecto a otros indicadores que sí forma parte en una evaluación PDNA estándar de salud, entre ellos la cobertura inmunitaria contra el sarampión, la cobertura de atención prenatal o los pacientes de tuberculosis, VIH y malaria que tienen acceso a tratamiento. De igual forma, utilizar esta información para estimar el impacto en los ODM sigue siendo complicado. (Consulte el Cuadro 3 que aparece abajo)

La disponibilidad del servicio y el acceso a programas de salud con frecuencia se interrumpen durante y después del desastre, pero usualmente esto no es por mucho tiempo. Las autoridades de salud pueden restaurar los servicios rápidamente. El acceso a los servicios puede inclusive ser mayor comparada con los niveles anteriores al desastre, cuando se suspende la recaudación de cuotas de los usuarios a la población afectada y los organismos internacionales de ayuda respaldan la prestación de servicios.

**Cuadro 3:** ODM relacionados con salud, objetivos e indicadores

<b>Meta 4: Reducir mortalidad infantil</b>	
Objetivo 4 A: Reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad infantil de menores de cinco años entre 1990 y 2015	Tasa de mortalidad de menores de cinco años Tasa de mortalidad infantil Proporción de niños de un año de edad inmunizados contra sarampión
<b>Meta 5: Mejorar la salud materna</b>	
Objetivo 5 A: Reducir en tres cuartas partes la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015	Tasa de mortalidad materna Proporción de nacimientos que fueron atendidos por personal de salud capacitado.
Objetivo 5 B: Para el 2015, lograr acceso universal a salud reproductiva	Tasa de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos Tasa de maternidad adolescente Cobertura de asistencia prenatal (por lo menos una visita y por lo menos cuatro visitas) Necesidades no alcanzadas de planificación familiar
<b>Meta 6: Combatir VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades</b>	
Objetivo 6 A: Para el 2015, haber detenido y empezado a revertir la propagación de VIH/SIDA	Prevalencia de VIH dentro de la población entre 15 y 24 años de edad Uso de preservativo en relaciones sexuales de alto riesgo. Proporción de la población entre 15 y 24 años que posee un conocimiento amplio y adecuado sobre VIH/SIDA. Tasa de asistencia de huérfanos a la escuela comparada con la asistencia de no huérfanos entre 10 y 14 años.
Objetivo 6 B: Para el 2010, lograr acceso a tratamiento para VIH/SIDA	Proporción de la población con infección avanzada de VIH que tiene acceso a medicamentos retrovirales.
Objetivo 6 C: Para el 2015, haber detenido y haber empezado a revertir la incidencia de malaria y otras enfermedades graves	Tasas de incidencia y mortalidad asociadas con malaria Proporción de niños menores de 5 años que duermen usando mosquiteros tratados con insecticida. Proporción de niños con fiebre menores de 5 años que son tratados con medicamentos apropiados contra la malaria

	<p>Tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad asociadas con tuberculosis</p> <p>Proporción de casos de tuberculosis que se han detectado y curado bajo un tratamiento de observación directa de corta duración.</p>
--	--

## ENLACES INTERSECTORIALES INCLUYENDO TEMAS TRANSVERSALES

Las discusiones **intersectoriales** deberían estar presentes durante todas las etapas del PDNA. Los estándares deben determinarse particularmente en ciertas dimensiones fundamentales entre ellas los límites administrativos, nombres de los lugares y algunas de sus características fundamentales como demografía. Esto proporcionará una base sólida para la comparación de información y análisis intersectorial.

Es necesario que los especialistas del sector salud trabajen de cerca con especialistas en salud medioambiental (agua y saneamiento), nutrición y seguridad alimentaria, educación y vivienda, y edad y género. Así como estos sectores como importantes para la salud, la salud es importante para ellos por lo que se deben integrar consideraciones de salud en los mismos. Asimismo, tener certeza en cuáles aspectos del sector se abordarán en otros sectores ayuda a evitar una doble contabilización. Por ejemplo, los daños en las instalaciones de salud para practicantes con frecuencia se incluyen dentro del sector de educación.

Los **temas transversales** que son relevantes para la salud comprenden la situación de los niños, mujeres embarazadas y lactantes, el adulto mayor, personas con discapacidad y personas que padecen de una enfermedad crónica a largo plazo, por ejemplo, VIH/SIDA. Adicionalmente, se deben considerar determinantes sociales que pueden aumentar la vulnerabilidad. Entre ellas, se pueden mencionar las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen que, por lo general, están relacionadas con pobreza, etnia y religión. Los temas transversales y el análisis de edad y de género se integran como una parte relevante de los cuatro elementos de la guía base “pre-desastre”, los efectos del desastre y la estrategia de recuperación.

En una situación de desastre, la afectación de las personas es diferente atendiendo al **género y a la edad**. Es posible que cada categoría tenga diferentes recursos a su disposición y distintas estrategias para hacerle frente a la situación. La información disponible sugiere que existe un parámetro de diferenciación de género en todos los niveles del proceso de desastre: riesgo de exposición, percepción de riesgo, preparación, reacción, impacto físico, impacto psicológico, recuperación y reconstrucción.

Las mujeres, las personas mayores y los niños -particularmente las niñas- pueden encontrarse en una situación de mayor riesgo frente los efectos nocivos para la salud y la violencia en virtud que es posible que dependan de otros, posean una movilidad limitada , etc. Además, es posible que no puedan obtener ayuda de forma segura y, consecuentemente, con frecuencia necesitan de diferentes esfuerzos y enfoques de auxilio y recuperación. Adicionalmente, en las consultas que se llevan a cabo en las comunidades y en los procesos de toma de decisiones no se le da suficiente

participación a las mujeres, lo que conlleva que no se identifiquen ni satisfagan sus necesidades.

Los grupos de diferentes edades también se verán afectados de diferente forma y tendrán diferentes necesidades. Las personas mayores pueden ser especialmente vulnerables. Por ejemplo, el 71 por ciento de la población que falleció tras el paso del huracán Katrina en el 2005 eran personas de 60 años y más. Una edad avanzada puede traducirse en disminución de movilidad, visión, oído y fuerza muscular, así como mayor vulnerabilidad al calor y al frío. Además, las enfermedades crónicas comunes a la edad avanzada, entre ellas la enfermedad cardíaca coronaria, hipertensión, diabetes y enfermedades respiratorias pueden empeorar cuando se interrumpe el tratamiento.

## LA ESTRATEGIA DE RECUPERACIÓN DEL SECTOR DE SALUD

---

En esta sección encontrará una guía sobre cómo desarrollar y presentar la estrategia de recuperación del sector de salud. La estrategia de recuperación del sector de salud debería armonizarse, siempre que fuese posible, con el plan actual de desarrollo del sector de salud del país, y al mismo tiempo, tomar en consideración las vulnerabilidades que se presentan antes del desastre, las condiciones después del desastre y las consultas realizadas con los interesados.

### - Visión y principios guías de recuperación del sector

La **visión de recuperación** se desarrolla conjuntamente durante el proceso de consulta, lo cual asegura el apoyo de los interesados principales para la estrategia de recuperación. La visión de recuperación funciona como una guía para todo el proceso de recuperación y proporciona una dirección global y un objetivo final que los interesados desean alcanzar.

El objetivo general de la recuperación del sistema de salud es reconstruir un sistema de salud e inclusive mejorarlo de tal forma que se contribuya a la reducción de morbilidad y mortalidad y se mejore la situación de salud de la población afectada por el desastre. La recuperación del sistema de salud tiene como objetivo fortalecer y construir con base en actividades humanitarias, y a su vez corregir aquellos aspectos del sistema que en un inicio dieron lugar a las consecuencias negativas del desastre en el sistema de salud. Esto significa que el sistema tendrá una infraestructura más segura, estará mejor preparado para las amenazas principales de la salud pública y futuros desastres y proporcionará servicios accesibles y equitativos para toda la población.

La referencia fundamental que debería informar sobre la visión de recuperación es el plan de salud estratégico nacional. Deben considerarse las limitaciones significativas en el desempeño del sistema de salud antes del desastre. Así mismo, la planificación para la recuperación debe incluir un análisis más extenso para abordar estas limitaciones. Si se aspira a una reforma del sector de salud que esté formulada en el plan de salud estratégico nacional, esto debe reflejarse en el proceso de recuperación.

En algunas ocasiones, se utiliza el proceso de recuperación para acelerar la inserción de reformas del sector salud. Puede haber un gran entusiasmo por una reconstrucción, los donantes pueden ser considerablemente generosos y la resistencia al cambio, menor.

Sin embargo, los interesados involucrados en los PDNA deben ser cuidadosos al momento de aprovechar esta "ventana de oportunidad" para introducir reformas institucionales y legislativas o al momento de buscar mejoras significativas en un período corto de recuperación. Se deben equilibrar los objetivos de reforma con lo que se puede lograr de forma factible dentro del contexto del período de recuperación del desastre. Si bien es cierto que las expectativas pueden intensificarse, existe muy poca evidencia sobre que la introducción de reformas importantes funcione dentro de ese contexto. Asimismo, existen riesgos que los consultores internacionales o donadores influyentes alienten que se introduzcan nuevos enfoques en las políticas los cuales puedan resultar inapropiados o irreales.

Los **principios guías** que aparecen a continuación son aplicables para el proceso de recuperación en el sector de salud. El compromiso del gobierno, el liderazgo y la apropiación en todos los niveles es crucial para lograr una recuperación del sistema de salud exitosa.

- Los gobiernos pueden aprovechar el proceso de recuperación para fortalecer su capacidad.
- La planificación de la recuperación del sistema de salud debería empezar lo antes posible paralelamente con la respuesta humanitaria.
- Los planes de recuperación del sistema de salud deberían reflejar las prioridades y preocupaciones de las comunidades afectadas y enfocarse en los más vulnerables y lo más afectados
- Es recomendable adoptar un enfoque del sistema de salud con base en los seis componentes del sistema de salud.
- Es recomendable asegurar que los planes de recuperación se mantengan relacionados con los procesos de la coordinación para el desarrollo, así como que tomen en consideración las estrategias nacionales para el desarrollo de la salud y reducción de pobreza.
- Es recomendable asegurar la coordinación continua con otros sectores.
- Es recomendable mantener las sinergias con las acciones humanitarias a lo largo del proceso.
- Trabajar en conjunto con la sociedad civil, donantes, organizaciones no gubernamentales, el Banco Mundial, otros organismos de las Naciones Unidas y el sector privado.
- Utilizar el desastre como una oportunidad para fortalecer las capacidades nacionales para la gestión de riesgos de desastres y la reducción de riesgos de desastres.

#### - **Necesidades de Reconstrucción y Recuperación, incluyendo "Reconstruir Mejor"**

En esta sección encontrará una guía de cómo definir las necesidades para la reconstrucción y la recuperación. A lo largo del PDNA, es importante gestionar consultas intersectoriales con el fin de evitar doble contabilización en la identificación de las necesidades y los costos de recuperación (Vea el Mecanismo Mundial de Reducción y Recuperación de Desastres del Banco Mundial, Notas guía para la evaluación de daños, pérdidas y necesidades, Volúmen 3.)

El análisis de las necesidades de recuperación y reconstrucción tiene por objeto restaurar la situación por lo menos a los niveles anteriores al desastre y también identificar las necesidades y oportunidades con el enfoque de "reconstruir mejor". "Reconstruir mejor" implica mejorar la resiliencia de la infraestructura sanitaria a los desastres, mejorar el acceso a los bienes y servicios, acelerar el desarrollo de la economía, apoyar a las familias, fortalecer la capacidad de gestión de riesgos de desastres del gobierno y de las comunidades, y reducir los riesgos y vulnerabilidades para futuros desastres.

Si bien es cierto que debería existir una armonización entre el plan de recuperación y planes nacionales de desarrollo para la salud y cualquier reforma propuesta por los diferentes sectores que estos reflejen, el plan de recuperación no puede aspirar a incluir medidas dirigidas a cumplir la totalidad los objetivos de desarrollo.

El cuadro 4 (abajo) resume las consecuencias principales de un desastre en el sistema de salud y las necesidades de recuperación y reconstrucción. Además, incluye sugerencias de maneras para "reconstruir mejor".

**Cuadro 4:** Consecuencias del desastre, necesidades de reconstrucción y recuperación, incluyendo "reconstruir mejor"

	Efectos del desastre	Necesidades de recuperación del sector salud	
		Restaurar las condiciones existentes antes del desastre	Reconstruir mejor
<b>Infraestructura y activos</b>	Destrucción parcial o total de la infraestructura y los activos sanitarios	Establecer estructuras temporales para salud y posibles unidades móviles para salud. Reconstruir y reparar la infraestructura destruida o dañada, reemplazar los activos que se perdieron.	Asegurar que todas las infraestructuras sean resilientes ante las amenazas. Modernizar y racionalizar la red de salud
<b>Prestación, acceso y demanda de servicio</b>	Disponibilidad reducida de servicios de salud e interrupción en abastecimiento de fármacos. Disminución del acceso a los servicios y posible incremento en la demanda de prestación de servicios de salud.	Restaurar la capacidad de prestación de servicios de salud y abastecimiento de fármacos. Proporcionar capacidad adicional en la disponibilidad de servicios para cubrir el aumento y las posibles nuevas demandas de servicio. Asegurar el acceso equitativo a los servicios de salud y la utilización de	Abordar las posibles limitaciones ya existentes en la capacidad y el desempeño en la prestación de servicios. Adaptar al equipo de trabajo de salud y la disponibilidad de fármacos. Reducir las desigualdades nuevas

		servicios, en especial a los grupos vulnerables nuevos y ya existentes, reduciendo las antiguas y nuevas barreras de acceso y uso de servicios.	y ya existentes en el acceso a los servicios de salud. Mejorar el uso y reducir las barreras de acceso a los servicios, tomando en cuenta la disminución en la capacidad de pago.
<b>Gobernanza</b>	Efectos en la capacidad de las autoridades de salud para administrar la prestación de servicios, incluyendo la participación de la comunidad, y la capacidad de gestionar el proceso de respuesta y recuperación.	Restaurar las funciones de gobernanza en relación a la prestación de servicios de las autoridades de salud a nivel nacional y local , incluyendo la participación de la comunidad. Gestionar el proceso de respuesta y recuperación y los mecanismos de coordinación dentro del sector de salud y entre los diferentes sectores. Apoyar la administración de información de salud y los sistemas de alerta temprana.	Fortalecer las funciones de gobernanza de las autoridades de salud en la administración de una mejor manera de la prestación equitativa de servicios y riesgos de desastres, con base en una evaluación sobre la capacidad de gestión de riesgos de desastres, incluyendo la administración de información de salud y los sistemas de alerta temprana.
<b>Riesgos</b>	Efectos en los riesgos ya existentes en la salud, nuevos riesgos como consecuencia del desastre y el efecto en el estado de salud de la población afectada.	Llevar a cabo difusiones focalizadas sobre salud e intervenciones de prevención de enfermedades para controlar y mitigar el impacto de los riesgos de salud ya existentes y los nuevos, reducir la morbilidad y mortalidad evitable/excesiva como consecuencia del desastre.	Reducir las vulnerabilidades y los riesgos de salud y apoyar la capacidad de resiliencia de las comunidades. Introducir intervenciones de reducción de riesgos de desastres que tengan mayor duración con base en una evaluación de vulnerabilidad y riesgos y de mapeo.

### NECESIDADES DE RECONSTRUCCIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y ACTIVOS

Las necesidades de infraestructura incluyen los requisitos para reparar y/o reconstruir infraestructura dañada y para reparar o sustituir activos. Para reconstruir o reparar los hospitales privados y otras instalaciones de salud relacionadas con servicios se pueden considerar los programas de crédito.

**Para las necesidades de reconstrucción que tengan un enfoque de reconstruir mejor**, se pueden tomar en cuenta varios elementos tal y como se muestra a continuación.

- Asegurar que los edificios tengan la capacidad de resistir las futuras amenazas y continúen siendo funcionales si o cuando suceda el próximo desastre. Un primer

paso es asegurarse que se han respetado los códigos de construcción y reforzamiento. El enfoque de hospital seguro, por ejemplo, propone construir una infraestructura hospitalaria más resiliente a las amenazas comunes y llevar a cabo capacitaciones dirigidas al personal de salud en materia de manejo de respuestas en un desastre, manejo de víctimas en masa (para ver ejemplos de las intervenciones que se utilizan en los programas de hospitales seguros, consulte el **Anexo 8**). Sucede con frecuencia que no es factible realizar una evaluación muy detallada sobre la seguridad de la infraestructura sanitaria durante los primeros tres meses después de haber ocurrido el desastre, sin embargo, ese tipo de evaluación puede estar incluida en el plan de recuperación.

- La reconstrucción puede utilizarse como una oportunidad para modernizar las instalaciones de salud cuando han cambiado los parámetros de las infraestructuras de salud.
- Es posible que sea necesario racionalizar y simplificar la red de salud ya existente en las áreas afectadas para alcanzar las necesidades que hayan cambiado como consecuencia del traslado de población y las modificaciones en los patrones de las enfermedades.

## NECESIDADES DE RECUPERACIÓN EN RELACIÓN A LA INFRAESTRUCTURA, ACTIVOS Y SERVICIOS

### **RESTAURAR INFRAESTRUCTURA SANITARIA TEMPORAL**

Es necesario establecer instalaciones temporales mientras se realiza una reconstrucción más permanente de las infraestructuras de salud, lo cual puede durar varios años. Esto puede lograrse, por ejemplo, arrendando un edificio y/o empezando unidades móviles de salud en la vecindad de las instalaciones de salud dañadas que no son funcionales y en los asentamientos de desplazados o las áreas que albergan un gran número de desplazados donde la capacidad de las instalaciones existentes ya no es suficiente.

### **RESTAURAR LA CAPACIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIO Y ASEGURAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS**

La necesidad inmediata en las áreas afectadas es restaurar la capacidad de prestación de servicios sanitarios a la comunidad, tanto atención a nivel primario como secundario, asegurar que el personal de salud pueda retomar sus funciones, y el abastecimiento de fármacos. Es posible que se requiera de una capacidad adicional para cubrir el aumento y las posibles nuevas demandas de servicios que surgieron como consecuencia de la modificación en los patrones de las enfermedades, entre los que se puede mencionar trauma y atención psicológica. Asegurarse que exista un sistema de triaje y de referencia adecuado para atención médica, quirúrgica, trauma, obstétrica y emergencias.

Los servicios de atención médica de nivel primario deben ser fácilmente accesibles para la población que continúa en las áreas afectadas y en los asentamientos temporales. Los servicios de atención médica de nivel secundario pueden ser proporcionados en lugares adecuados. Es necesario fortalecer las instalaciones de salud en las áreas que recibieron un número considerable de desplazados internos, de tal forma que puedan hacer frente al incremento en número de pacientes.

Además, es necesario revisar la disponibilidad de paquetes básicos de servicios de salud, así como la necesidad de adaptarlos a las modificaciones en la patología de la enfermedad y al aumento en la carga de enfermedad, lo cual sucede con bastante frecuencia en los desastres.

En caso que quede destruida la infraestructura relacionada con la producción de fármacos, es necesario restaurar su capacidad de producción y de igual forma el funcionamiento de la cadena de frío.

**Para las necesidades de prestación de servicios que tengan un enfoque de reconstruir mejor**, se pueden tomar en cuenta varios elementos tal y como se muestra a continuación. Es posible que se necesite mejorar la disponibilidad y el desempeño de la prestación de servicios para poder abordar los posibles aumentos o cambios en la morbilidad. En caso que la capacidad no fuese suficiente antes que ocurriera el desastre y el acceso para los grupos vulnerables haya sido limitado, es necesario abordar estas limitaciones.

- Puede adaptarse la capacidad de la fuerza de trabajo de salud para que se cubran las carencias prioritarias y las nuevas demandas de salud. También se pueden ofrecer paquetes que motiven al personal de salud a regresar o a ser reubicado en las áreas afectadas.
- Se pueden realizar esfuerzos para que no solamente se restaure la capacidad de producción nacional de fármacos sino que también se incremente. Además se pueden mejorar las regulaciones e iniciar mejores mecanismos de control de calidad.
- Abordar las limitaciones ya existentes relacionadas con el desempeño y el acceso a los servicios de salud. A manera de ejemplo:
  - Reducir las barreras económicas para el acceso a los servicios, por ejemplo, suspendiendo las cuotas de usuarios para las personas desplazadas y las demás personas cuya capacidad de pago para costear servicios de salud se vio reducida. Lo anterior se debe a que muchos pudieron haber perdido sus bienes y sus medios de subsistencia como consecuencia del desastre. Identificar iniciativas planificadas que reduzcan las barreras económicas, por ejemplo programas de atención médica gratuita materno-infantil, que posiblemente ya han sido introducidas dentro de las reformas para el sector de salud;
  - reducir las desigualdades nuevas y ya existentes concernientes al acceso de servicios tomando en consideración las nuevas y antiguas vulnerabilidades diferenciadas, las necesidades e intereses de los hombres y las mujeres de todas las edades y de los subgrupos de la población, al igual que los hallazgos que muestran los análisis de género; y
  - reparar las carreteras y los puentes que permiten el acceso a las instalaciones de salud que sí están funcionando, toda vez que esto puede ahorrar la habilitación de instalaciones temporales en áreas afectadas.

#### **RESTAURAR Y FORTALECER LA CAPACIDAD DE GOBERNANZA INCLUYENDO LA GESTIÓN DE RIESGOS DE DESASTRES.**

Si se ha interrumpido la funcionalidad gubernamental de las autoridades en la prestación de servicios a niveles nacionales y subnaciones, se debe restaurar,

incluyendo la participación de la comunidad tal y como existía antes del desastre. Esta capacidad debe coordinar y gestionar los procesos de respuesta y recuperación. En caso que ingrese al país un gran número de organismos internacionales de salud es necesario que se registren a nivel nacional de tal forma que se asegure que cumplen con los criterios de calidad. Asimismo, se deben implementar sistemas que aseguren la presentación adecuada y regular de informes por parte de los aliados nacionales e internacionales y que esta esté adaptada a condiciones de emergencia (por ejemplo, informes más regulares usando formatos simplificados de presentación de informes). Esto incluye la activación de sistemas de detección temprana.

Para las necesidades de gobernanza que tengan un enfoque de reconstruir mejor, la fase de recuperación plantea la oportunidad para integrar estrategias o para fortalecer los programas nacionales ya existentes de gestión de riesgos de desastres en coordinación con las autoridades de gestión nacional de desastres. La fase de recuperación puede usarse para ampliar la cobertura de los sistemas de salud existentes a gestión de emergencias y para proteger e incrementar la capacidad de resiliencia de los sistemas de salud y las comunidades. El PDNA por sí mismo no permite realizar una evaluación detallada sobre la capacidad de preparación frente a desastres y los planes para la reducción de riesgos de desastres; sin embargo, en la recuperación se puede planificar para que se realice ese tipo de análisis, así como incluir un presupuesto para abordar las insuficiencias evidentes.

Es posible que otras iniciativas de reconstruir mejor incluyan lo siguiente:

- Fortalecer las funciones de gobernanza de las autoridades de salud en una mejor administración de prestación equitativa de servicios, incluyendo la administración de información de salud y sistemas de detección temprana.
- Fortalecer el rol de las comunidades en la administración y la planificación de los servicios de salud y apoyar a la capacidad de resiliencia de la comunidad.
- Fortalecer la gobernanza para la gestión de riesgos de desastres, incluyendo la actualización de legislación sobre la gestión nacional de desastres. Podría ser necesario planificar una evaluación de la capacidad dependiendo de lo que ya se conoce acerca de la capacidad del Ministerio de Salud en la gestión de riesgos de desastres. Sucede con frecuencia que no sea factible realizar esto durante los primeros tres meses después de haber ocurrido el desastre; sin embargo, ese tipo de evaluación puede estar incluida en el plan de recuperación.
- Revisar y/o actualizar los planes de preparación y consolidar los sistemas de detección temprana.
- Asegurar que en la siguiente Evaluación conjunta anual y en la revisión del plan estratégico nacional de salud esté incluida la capacidad de riesgo de desastres, si es que no ha sido mencionada de forma específica en el plan estratégico nacional de salud.
- Promover con los interesados nacionales procesos de participación y sistemas de inclusión que estén dirigidos mujeres, niñas, niños y hombres.

#### **INTERVENCIONES QUE ABORDAN LOS RIESGOS DE SALUD Y LA REDUCCIÓN DE RIESGOS DE DESASTRES PARA FUTUROS RIESGOS.**

La necesidad inmediata después que ocurre un desastre es controlar y mitigar los efectos de los riesgos de salud nuevos y ya existentes y apoyar la capacidad de

resiliencia de la comunidad. Es necesario dividir los riesgos en programas de prevención y reducción de riesgos de desastres de la siguiente manera:

1. la probabilidad de ocurrencia del riesgo,
2. la gravedad de sus consecuencias cuando este ocurra,
3. la población que está expuesta a los riesgos y la forma en que está expuesta.

El análisis del PDNA debería examinar las causas principales del desastre, incluyendo la vulnerabilidad de los bienes, los sectores y las comunidades a las amenazas relacionadas. Esto debería realizarse con base en evaluaciones detalladas sobre vulnerabilidad y riesgos y en mapeo, cuando sea posible realizar ese tipo de análisis.

Para mitigar los riesgos más comunes se deberían llevar a cabo las intervenciones que se muestran a continuación:

- Prevenir brotes de enfermedades y asegurar la capacidad de detección temprana y la respuesta inmediata a las emergencias de salud pública a través del fortalecimiento de los sistemas de detección temprana y asegurar la preparación frente a los brotes y el posicionamiento anticipado de suministros.
- Reanudar servicios de vacunación lo más pronto posible y considerar vacunación masiva en asentamientos poblados, como los campamentos, o para cualquier otra población en alto riesgo.
- Llevar a cabo ejercicios de control de vectores e implementar medidas de prevención para reducir el riesgo de las enfermedades transmitidas por vectores.
- Intensificar la movilización social comunitaria, incluyendo la divulgación de los riesgos de salud, con el objeto de promocionar agua más saludable, prácticas de higiene y salud y mensajes de información importante. (Para consultar ejemplos, ingrese a: [www.cdacnet-work.org/i/20140728102420-genh0](http://www.cdacnet-work.org/i/20140728102420-genh0).). Apoyar servicios adecuados de salud maternal y neonatal asegurando la privacidad y la sensibilidad cultural contando con un registro en los campamentos, mediante la detección temprana y las remisiones a causa de complicaciones durante el embarazo y nacimientos, parto seguro y la provisión de insumos indispensables.
- Apoyar una alimentación apropiada de infantes y niños pequeños, el suministro de suplementos alimenticios para mujeres embarazadas y lactantes y el manejo de desnutrición, incluyendo la construcción de capacidad de los trabajadores de salud y el apoyo a la atención médica de remisión y a la atención hospitalaria para el tratamiento de desnutrición crónica en las comunidades.
- Asegurar la continuidad de tratamiento para las enfermedades crónicas (contagiosas y no contagiosas)
- Implementar programas que prevengan y respondan a la violencia sexual por motivos de género.

Para más ejemplos sobre intervenciones para la preparación y la reducción de riesgos de desastres, consulte el Anexo 9

## - **El Plan de Recuperación Sectorial**

### LA PRIORIZACIÓN Y SECUENCIACIÓN DE LAS NECESIDADES DE RECUPERACIÓN

Siguiendo la lógica de la estrategia de recuperación, primero es necesario identificar los resultados relevantes, el rendimiento y las intervenciones con base en las necesidades identificadas, luego priorizarlas y trabajarlas secuencialmente en un período

determinado (a corto, mediano y largo plazo) y, a su vez, distinguir aquellas intervenciones que están dirigidas a restaurar la situación a las condiciones previas al desastre de las que tienen un enfoque para reconstruir mejor.

El ejercicio de priorizar y secuenciar debería basarse en un proceso consultivo y debería incluir [sic]. Cuando se lleve a cabo la priorización se deberían tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- Estar informado y concorde a los objetivos nacionales para el desarrollo de la salud según se reflejan en las políticas nacionales de desarrollo para la salud, las estrategias de reducción de pobreza, entre otras, por ejemplo;
- Abordar y priorizar los riesgos relevantes y las vulnerabilidades que contribuyen a que se prolongue el impacto del desastre en las comunidades, los sistemas y la infraestructura. Identificar aquellos que pueden evitarse (un ejemplo claro es que la reconstrucción de infraestructura dañada siguiendo códigos de construcción adecuados y técnicas de reforzamiento frente a desastres es más probable que durante amenazas futuras asegure la continuidad en la prestación de servicios y salvaguarde la inversión que se hizo en la reconstrucción de la infraestructura)
- Cuando sea posible, las intervenciones que tengan un enfoque para reconstruir mejor, estas también deberían contribuir de una forma positiva a la recuperación del desastre de ese momento.

La necesidad de priorizar es el resultado de que, por lo general, la recuperación de salud "post desastre" necesita sopesar los recursos disponibles y no puede aspirar hacerse cargo de toda la agenda nacional para el desarrollo de la salud. El primer grupo de intervenciones prioritarias incluye aquellas que tienen por objeto reconstruir infraestructura dañada, asegurar acceso a los servicios, restaurar la gobernanza y abordar riesgos de salud. Luego es necesario determinar las prioridades respecto a las intervenciones que tengan un enfoque en reconstruir mejor según se vinculen con esas áreas prioritarias.

Por lo general, la priorización se realiza con base en consensos entre opiniones de expertos, sin embargo no debería estar impulsada por expertos internacionales ni aliados de desarrollo. En las últimas etapas de la priorización, es común que los grupos de poder y los grupos con intereses políticos busquen desviar la atención de prioridades bien fundamentadas. Si bien es cierto que las discusiones y los argumentos en relación a la priorización deben estar apoyados por la evidencia disponible, por razones de tiempo generalmente no se realiza una clasificación fundamentada en forma detallada que sea el resultado del uso de cualquiera de los métodos de priorización, entre ellos análisis de decisión de múltiples criterios y el de criterio único. Los criterios que se utilizan en métodos de priorización se detallan a continuación:

#### **Análisis de criterio único**

1. Análisis de la carga de la enfermedad (por ejemplo las diez enfermedades más relevantes de morbilidad y mortalidad).
2. Análisis de eficiencia económica
3. Análisis de equidad y género

#### **Análisis de decisión de múltiples criterios (clasificación MCDA -por sus siglas en inglés)**

1. Población afectada
2. Gravedad del problema
3. Facilidad de implementación de las intervenciones que se requieren
4. Situación de emergencia
5. Carga de la enfermedad
6. Vulnerabilidad de la población
7. Efectividad económica

En relación a la secuenciación, los PDNA por lo general manejan tres intervalos de tiempo: corto, mediano y largo plazo. Las intervenciones a corto plazo o de recuperación temprana coinciden con la respuesta humanitaria. Por ejemplo, para la reconstrucción de infraestructura, es necesario estimar el período que se requiere para la reconstrucción gradual de las instalaciones y los servicios, tomando en cuenta la capacidad que tiene el sector de construcción y la disponibilidad para sustituir el equipo especializado.

La fase humanitaria y de recuperación debería asegurar el acceso a paquetes básicos de atención médica y programas de salud pública que reduzcan las vulnerabilidades y salven vidas. La fase de reconstrucción necesita restaurar y desarrollar más los paquetes de servicio, asegurar que de mediano a largo plazo se aborden las consecuencias en la salud que ocasionó el desastre y que el sistema de salud se reconstruya mejor.

### PRESUPUESTO

En esta sección encontrará la explicación de la lógica de cómo se calculan los costos para la reconstrucción y la recuperación con base en las necesidades proyectadas. Además ofrece enfoques realistas sobre el cálculo de costos para reconstruir mejor.

Es necesario que todas las suposiciones, posibles fórmulas y referencias que se usen para las unidades de costos para cada partida presupuestaria se hagan de forma explícita, inclusive lo relacionado con reconstruir mejor, y que se adjunten como anexo al capítulo del sector.

Para el realizar el presupuesto deberían tomarse en cuenta las siguientes consideraciones: El presupuesto total que se requiere debe ser realista y considerar la totalidad existente de gastos en salud y la capacidad de absorción que tiene el sector de salud en tanto que sea factible lograrlo dentro de un período de tres a cinco años.

- Los costos para reconstruir mejor deberían ser proporcionales a los costos de las necesidades de recuperación y reconstrucción, así como también al tipo de desastre (por ejemplo, es posible que una sequía de aparición lenta tenga muy pocas necesidades de reconstrucción, pero tenga grandes necesidades de inversión en la capacidad de resiliencia y en reconstruir mejor.)
- El costo de reconstruir mejor debería ser realista comparado con el presupuesto de recuperación del gobierno y el compromiso de apoyo económico por parte del gobierno y los aliados para el desarrollo internacional. Los planes de reconstruir mejor deben tener en cuenta que un gran porcentaje de los fondos será necesario destinarlo para reconstrucción física y compensación por pérdidas, aunque sea solamente de forma parcial.
- Los costos para reconstruir mejor también deberían ser realistas en términos de la capacidad de absorción del país.

La diferencia entre el costo de las necesidades de reconstrucción y recuperación propuestas y el valor de los daños y las pérdidas no debería ser muy grande. (Es importante acotar que el valor de las necesidades de recuperación y reconstrucción no es igual al total de daños y pérdidas, puede ser mayor o menor.)

Para las conferencias post-desastre de promesas de contribuciones de donantes, los aliados para desarrollo habitualmente toman como referencia la dimensión de los daños y las pérdidas para ofrecer un compromiso de contribución en relación a eso. Por lo general, existe un remanente mínimo de los fondos de las inversiones que se destinan a mejor acceso, en el mejoramiento del desempeño del gobierno y en las medidas de reducción de desastres.

El presupuesto de reconstrucción de infraestructura se determina por el valor de los daños más los costos adicionales derivados de la implementación de mejoras de calidad, innovaciones tecnológicas y medidas de reducción de riesgos.

**Necesidades de reconstrucción = valor de los daños + costo de (mejoras de calidad + modernización tecnológica + reubicación, cuando sea necesario + características de reducción de riesgos de desastres + inflación multianual)**

Planificar los costos adicionales para construir una infraestructura sanitaria que sea resiliente para cualquier tipo de amenaza depende de los criterios originales de diseño estructural para construcciones y del grado de mejora de los estándares y normas de construcción, tal y como se define en la estrategia de reconstrucción que se adoptó después del desastre. Se ha determinado que los costos adicionales oscilan en un rango entre 10 a 35 por ciento del costo de sustitución. Estos porcentajes los podrán definir ingenieros civiles y estructurales que estén familiarizados con los estándares de construcción resiliente a desastres. Además se deben considerar los costos adicionales de adquisición de un terreno y abastecimiento de agua, servicios sanitarios, electricidad y otros servicios cuando sea necesaria la reubicación del hospital o la clínica a un área más segura. Asimismo, la estrategia de reconstrucción puede incluir la racionalización de la red de salud, tomando en cuenta posibles traslados de población y la oportunidad para incrementar la eficiencia en la prestación del servicio. Esto puede ocasionar que el costo de reconstrucción incremente o disminuya.

También puede ser necesario un parámetro de reforzamiento estructural de hospitales e instalaciones de salud de tal forma que se asegure que las unidades no dañadas y las levemente dañadas puedan hacer frente al impacto de los futuros desastres y continúen funcionando de forma ininterrumpida. Quienes deberán estimar las necesidades financieras son Ingenieros civiles o estructurales especializados luego de definir los estándares de reforzamiento y el grado de resiliencia ante desastres que se desea alcanzar, en especial en los casos de terremotos.

La seguridad de las instalaciones de salud no se limita a edificios resilientes ante desastres. No solo es indispensable que los edificios sigan de pie después del desastre, sino además que las instalaciones sean capaces de continuar siendo mente funcionales e incluso poder hacer frente al incremento de número de pacientes. Un plan exhaustivo de

recuperación para las instalaciones de salud no solo abarcará la resiliencia de los edificios ante desastres, sino también debe estar enfocado en la preparación frente emergencias a nivel de la institución de salud, incluyendo plan de respuesta y movilización de los equipos de respuesta médica inmediata, la capacitación para el personal de las instalaciones de salud y la realización de simulacros. Debería integrarse la acción de hospitales particulares a un programa nacional de tal forma que se creen hospitales más seguros y más preparados ante desastres.

A continuación se presenta una escala indicativa del presupuesto que se requiere para desarrollar un programa nacional en materia de seguridad y preparación de hospitales (no se incluye la implementación de medidas estructurales amplias o no estructurales):

Evaluación de riesgo, incluyendo evaluación socioeconómica	US\$50,000 - US\$200,000
Evaluación rápida sobre la seguridad de las instalaciones médicas	USD\$50,000 - USD\$200,000 por año
Implementación de programa nacional de hospitales seguros	USD\$100,000 - USD\$500,000 por año
Capacitación y desarrollo de capacidades	USD\$30,000 - USD\$100,000 por año
<b>TOTAL</b>	<b>USD\$230,000 - USD\$1millón</b>

#### PRESUPUESTO PARA RECUPERACIÓN DEL SECTOR SALUD

Los costos de proporcionar servicios de salud bajo condiciones temporales mientras que se reparan o reconstruyen las infraestructuras dañadas (lo que algunos casos dura varios años) -ya sea la implementación de hospitales y clínicas de campaña, arrendar locales o servicios móviles- deben estimarse cuidadosamente. Adicionalmente, se necesitan fondos para reestablecer servicios básicos lo que conlleva asumir inconvenientes fundamentales como el acceso y la calidad dentro de un contexto de posiblemente mayor morbilidad y menor poder adquisitivo, y apoyar la capacidad de gobernanza y administración y la gestión de riesgos de salud.

Los costos de las necesidades básicas de recuperación se determinan por el valor estimado en los cambios en el flujo, los cuales no podrán ser cubiertos por el presupuesto ordinario del gobierno sin que esto repercuta de forma negativa en las actividades normales de desarrollo del sector.

**Necesidades de recuperación =  
valor estimado de los cambios de flujo sobre el total del período hasta que se complete la reconstrucción -la cantidad de fondos disponibles dentro del presupuesto del gobierno para este propósito.**

El presupuesto para las inversiones que tienen que ver con reconstruir mejor para el sistema de salud es más complicado y se deben tomar en cuenta las consideraciones para reconstruir mejor mencionadas con anterioridad. Por lo general, no es posible realizar un presupuesto ascendente de forma detallada o utilizar fórmulas para los propósitos del plan de recuperación. En el Cuadro 4 y en el **Anexo 2** se presentan

algunos ejemplos de intervenciones de recuperación y enfoques subsiguientes de reconstruir mejor. Para explicar cómo se realiza la estimación de costos, incluyendo aquellos destinados a reconstruir mejor se usa una hoja de cálculo. (consulte **Anexos 3 y 4**)

### ESTRUCTURA DEL PLAN DE RECUPERACIÓN

De acuerdo con las guías del PDNA presentadas en la estrategia de recuperación en el Volúmen A, el plan de recuperación del sector debería formularse siguiendo un modelo basado en resultados, y por consiguiente incluir: 1) necesidades prioritarias; 2) intervenciones requeridas; 3) rendimiento esperado; 4) costos de recuperación; 5) resultados esperados. Puede consultar en el **Anexo 10** una tabla que puede usarse para el plan de recuperación.

No existe un plan de acción para la planificación de la recuperación. Las limitaciones de tiempo comprometerán en gran medida la profundidad del análisis de respuesta. El PDNA puede identificar situaciones que requieren evaluarse y analizarse con más detalle en una etapa posterior antes de tomar una decisión más explícita de política y planificación que conlleve implicaciones imposibles de prever. Esto incluye, por ejemplo, la racionalización de la red de salud en los lugares que ha habido mayor traslado de población, temas de políticas de producción y redistribución del recurso humano, o financiamiento para la salud para abordar la capacidad de pago reducida. Las posibles políticas de respuesta deben formularse con base en las limitaciones principales en el sistema de salud (consulte: Manual titulado “Analizando Sectores de Salud Perturbados”, de la Organización Mundial de la Salud, Modulo 12: Formulación de estrategias para la recuperación del sector de salud y el Anexo 13, páginas 382-385). El Cuadro 4 y el **Anexo 2** incluyen ejemplos de respuestas comunes desde tempranas hasta de largo plazo, con base en PDNA anteriores.

La reconstrucción y el plan de recuperación para el sector de salud del PDNA deberían seguir los mismos títulos que se usaron para describir los efectos del desastre. A su vez, las intervenciones del plan deberían plantearse con base en las prioridades de las necesidades identificadas. Asimismo, deben añadirse los indicadores de rendimiento y resultados esperados.

### - **Implementación de acuerdos**

#### ALIANZAS, COORDINACIÓN Y ADMINISTRACIÓN

Los mecanismos que deben llevarse a cabo para la implementación de una estrategia de recuperación obedecen los mismos principios que se discutieron en la sección 1.2. La administración de la estrategia de recuperación de salud debería ser dirigida por el Ministerio de Salud y formar parte de una implementación multisectorial realizada por la entidad gubernamental competente.

Dependiendo de los mecanismos de financiamiento, es posible que se necesiten establecer estructuras adicionales de administración, por ejemplo, cuando se crean fondos de recuperación con aliados múltiples (como sucedió en Haití en el 2010 después del terremoto).

Los mecanismos de implementación deberían involucrar autoridades de salud a nivel regional y departamental y asegurar enlaces con aliados de desarrollo, que puedan usar la estrategia de recuperación para actualizar y revisar sus planes operacionales anuales a nivel nacional y local en áreas afectadas de forma significativa por el desastre. Cuando se revisen los planes de salud a nivel departamental, pueden integrarse las necesidades de recuperación para proporcionar planes de implementación más detallados que vincularán la recuperación con el desarrollo utilizando presupuestos ascendentes. Durante el proceso, es realista expandir las consultas e involucrar autoridades de salud locales y comunidades.

Muchas organizaciones de salud humanitaria ofrecen su ayuda al país después de un gran desastre. Adicionalmente, algunas organizaciones con el objeto de apoyar las intervenciones de rescate de vidas también apoyarán las propuestas de recuperación temprana y/o los programas de recuperación del Ministerio de Salud. Es necesario informar a los aliados de salud humanitaria acerca del PDNA, la cual puede servirles como guía para integrar propuestas de recuperación temprana dentro de sus programas humanitarios para apoyar el proceso de recuperación.

### MONITOREO Y EVALUACIÓN

Establecer un sistema de monitoreo -si es posible con base en el sistema de administración de información de salud existente- permitirá un proceso de evaluación y efectividad en las intervenciones de recuperación. El plan de monitoreo y evaluación (M&E) debería:

- enfocarse en algunos indicadores cruciales;
- tener una frecuencia y un cronograma claramente definidos; y
- preferiblemente, ser implementada por un equipo multisectorial conformado por expertos y evaluadores.

Para ver un ejemplo de ese tipo de sistema de monitoreo, consulte Sistema de Evaluación y Monitoreo de la Recuperación del Impacto del Tsunami (<http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/a91183.pdf>). Para este propósito, debería apartarse un presupuesto de, por lo general, alrededor del 5 al 10 por ciento del presupuesto de recuperación y reconstrucción.

### TRASLADO DE FONDOS Y MECANISMOS DE FINANCIAMIENTO

Llegar a acuerdos en cuanto los mecanismos de financiamiento frecuentemente representa grandes retos en la fase de recuperación. La decisión de cuál mecanismo de financiamiento escoger debería hacerse considerando el contexto local y tener por objetivo lograr la mayor eficiencia. Esas decisiones inician con un diálogo entre el gobierno nacional y los aliados internacionales donde consideran las ventajas y desventajas de cada acuerdo que se propone hasta llegar a un mecanismo que resulte atractivo para todas las partes involucradas. Las modalidades financieras por lo general son influenciadas por la Evaluación de Gestión Financiera que realiza el Banco Mundial y por las preferencias de contribuciones de donantes específicos. El resultado es frecuentemente una mezcla entre mecanismos de financiamiento presupuestarios y mecanismos de financiamiento extra-presupuestarios y puede incluir acuerdos de financiamiento mancomunado, tales como Fondos Fiduciarios de Recuperación de Asociados Múltiples. Las modalidades que se escojan deberían favorecer la función de gobernanza del Ministerio de Salud en la gestión financiera. Es necesario establecer mecanismos de seguimiento de fondos para los compromisos financieros, desembolsos y gastos actuales.

## RETOS PARA LA PLANIFICACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA RECUPERACIÓN DEL SECTOR

- Algunos de los retos que hay que tener en cuenta al momento de planificar la recuperación e implementarla se presentan a continuación.
- Enfocarse solamente en la infraestructura y los servicios y descuidar los elementos de apoyo que permiten el acceso a los servicios.
- Empezar planes ambiciosos de inversión sin haber realizado un análisis exhaustivo de la capacidad de absorción y los recursos disponibles.
- Reproducir los mismos sistemas políticos y sociales que representaron los puntos medulares de la crisis o no abordar las debilidades y desigualdades subyacentes que pudieron haber contribuido al impacto del desastre.
- Especialmente cuando la formulación de políticas nacionales es débil, permitir que los interesados internacionales presionen por opciones de políticas políticamente sesgadas, así como aplicar soluciones generales que tal vez han funcionado en otro lugar pero son inapropiadas para el país.
- Trabajar en un período de tiempo limitado y, por lo general, irreal ocasionando consultas inadecuadas con todos los interesados.
- La información no confiable e incompleta es siempre uno de los mayores retos para los países en situaciones delicadas.
- El riesgo que las evaluaciones y la planificación de la recuperación se trabajen de forma aislada, no estando lo suficientemente integradas con la coordinación humanitaria ni vinculadas con los mecanismos de cooperación para el desarrollo a largo plazo.

## **ANEXO 1: PASOS A SEGUIR EN EL PROCESO DE PDNA PARA EL SECTOR SALUD**

---

### **Cuando acontece un desastre:**

- Empiece a recopilar información de referencia: esto se puede hacer en el propio país, así como de forma remota (c) (fuera del lugar); comience a cumplimentar la matriz analítica con información relevante.
- Establezca una base de datos con los servicios de salud pre-existentes.
- Recopile información sobre la funcionalidad/daño de las instalaciones sanitarias.
- Inicie la compilación de información sobre tendencias de enfermedades, pre-existentes y posibles nuevos riesgos para la salud, anteriores y nuevos grupos vulnerables e intervenciones de respuesta para mitigar las consecuencias sanitarias de la catástrofe.
- Recopile los informes pertinentes que describen el sistema de salud y su rendimiento previo al desastre.
- Prepárese para enviar experto(s) en recuperación sanitaria para ayudar al país.

### **Cuando el gobierno solicita un PDNA:**

- El Gobierno designará puntos focales en los ministerios cuyos sectores se incorporarán en el PDNA; esto debe incluir un punto focal de recuperación en el Ministerio de Salud.
- Los expertos en salud del Banco Mundial, la Unión Europea y la Organización Mundial de la Salud colaboran con el punto focal del Coordinador del Ministerio

de Salud. Se establecerá un Comité Directivo para supervisar el proceso de PDNA y la división de tareas.

- Prepare la formación sobre el componente salud del PDNA como parte del habitual taller de uno o dos días que supone el inicio formal de la PDNA y dé formación a actores relevantes y grupos de interés.
- Convoque una reunión con los socios de desarrollo, identifique los actores clave que pueden ayudar en la evaluación y establezcan un acuerdo sobre cómo este grupo estará vinculado a la planificación de la recuperación.
- Presente el proceso PDNA y objetivos del proceso al órgano de coordinación humanitaria para la salud, identifique los socios humanitarios, incluidos los donantes con interés y capacidad para apoyar el proceso de recuperación (temprana).
- En base a los plazos generales de PDNA, desarrolle un calendario que contemple:
  - visitas a terreno para verificar los informes de daños y pérdidas;
  - talleres nacionales y sub-nacionales o grupos focales con las autoridades sanitarias para debatir las necesidades y limitaciones en las funciones del sistema de salud, las necesidades prioridades de recuperación;
  - reuniones periódicas del Comité Directivo;
  - compromiso regular y estable con otros sectores relevantes y temas transversales;
  - reuniones periódicas con el mecanismo de coordinación humanitaria;
  - informes periódicos para el órgano nacional de coordinación del sector de desarrollo de la salud; y
  - taller de validación del anteproyecto.
- Cuando se organice la conferencia de donantes, brinde asistencia al Ministerio de Salud para su preparación.
- Mantenga reuniones con los donantes y con el gobierno para abogar y defender la importancia de la salud en la estrategia de recuperación.
- Incluya el Ministerio de Salud entre las estructuras de gobierno para la gestión de la asignación de fondos al y/o en el seno del sector salud.
- Establezca un acuerdo respecto a las modalidades de financiación y ejecución y defina un sistema de Monitoreo & Evaluación para la recuperación del sistema sanitario basado en la estrategia de recuperación.

## **ANEXO 2: MATRIZ DE ANÁLISIS BASADA EN LOS ÁMBITOS DE RESPUESTA DEL SECTOR SALUD Y ELEMENTOS FUNDAMENTALES**

---

	Líneas base pre-desastre y desafíos – Indicadores clave	Impacto del desastre – Cuestiones clave	Posibles respuestas humanitarias	Posibles respuestas de recuperación (temprana)
<b>Resultados/Productos en materia de salud</b>	<p>Tasa bruta de mortalidad ; Tasa de mortalidad con menos de 5 años;</p> <p>Discapacidad.</p> <p>Mortalidad proporcional.</p> <p>Esperanza de vida (por sexo).</p> <p>Pautas de morbilidad.</p>	<p>Mayor número de muertes por el impacto inmediato del desastre.</p> <p>Nuevos riesgos para la salud (por ejemplo, posibles brotes o interrupción de los servicios para enfermedades crónicas).</p> <p>Efectos sobre la salud en relación con los ODM.</p>	<p>Priorizar en las intervenciones de salud cinco principales causas de mortalidad y morbilidad y ajustarlas a medida que las pautas de morbilidad evolucionan con el tiempo.</p> <p>Gestión adecuada de los cadáveres (ver Gestión de cadáveres en situaciones de desastre. Guía práctica para equipos de respuesta. OPS, OMS, CICR y FICR 2006)</p>	<p>Rehabilitación de personas con discapacidad.</p>
<b>Prestación de servicios 1: Organización y gestión (incluyendo infraestructura, equipamiento y transporte)</b>	<p>Base de datos de instalaciones sanitarias (por ejemplo, SARA).</p> <p>Disponibilidad de funcionamiento 24/7 del sistema de derivación o remisión entre niveles de atención.</p> <p>Población promedio cubierta por el funcionamiento del centro de salud, medida por tipo de instalación sanitaria y por unidad administrativa.</p> <p>#de camas de hospital por 10,000 habitantes por unidad administrativa.</p> <p>#de consultas externas por persona por año por unidad administrativa.</p> <p>#de consultas clínicas por día por unidad administrativa.</p> <p>Costes por caso (tratamiento, transporte, etc.)</p> <p>Costes de campañas.</p> <p>Ingresos promedio por paciente</p> <p>Mortalidad proporcional y</p> <p>#% de instalaciones de salud que cumplen con los estándares básicos de capacidad de servicio.</p>	<p>Disponibilidad de recursos y servicios de salud:</p> <p>Instalaciones de salud dañadas / destruidas, incluidos equipamiento, muebles y registros.</p> <p>Evaluar daños y pérdidas.</p> <p>Estimar los costes de reconstrucción por tipo y alcance de la destrucción (\$).</p> <p>Repercusiones en el transporte, logística de suministros y derivación entre niveles de atención, incluyendo la red de comunicación y la accesibilidad por caminos que pueda ser bloqueada, etc.</p> <p>Bancos de sangre destruidos.</p> <p>Personal muertos, herido o desplazado.</p> <p>Aumento de la demanda de servicios sanitarios en áreas no afectadas debido a movimientos de población.</p>	<p>(Re) establecer la prestación de paquetes esenciales de servicios sanitarios: coste por caso/per cápita / por año.</p> <p>Cuando se presente necesario, se establecerán instalaciones temporales de salud y desplegarán brigadas médicas, con apoyo y asistencia internacional.</p> <p>Apoyo a las instalaciones de salud en áreas que reciben un número elevado de desplazados internos.</p> <p>Unidades temporales pre-hospitalaria para el tratamiento de lesiones y/o evacuación médica.</p> <p>(Temporal) Incrementar los servicios de divulgación.</p> <p>Disponibilidad de suministros y equipos médicos de emergencia; establecimiento de estructuras semipermanentes, unidades móviles de salud.</p>	<p>Apoyo al proceso de descentralización cuando forme parte de la política nacional de salud.</p> <p>Apoyo a la gestión de servicios e instalaciones de salud.</p> <p>Reparación de las instalaciones sanitarias.</p> <p>Reemplazo o reposición del equipamiento médico y sanitario (basado en el concepto de hospital seguro).</p> <p>Sustitución de muebles.</p> <p>Reubicación de instalaciones.</p> <p>Restablecer los bancos de sangre.</p> <p>Cuando sea apropiado, se revisará la red de salud y se racionalizará el número, tipo y distribución de los servicios de salud.</p>

	Líneas base pre-desastre y desafíos - Indicadores clave	Impacto del desastre - Cuestiones clave	Posibles respuestas humanitarias	Posibles respuesta de recuperación (temprana)
--	--	--	-------------------------------------	--

	Líneas base pre-desastre y desafíos - Indicadores clave	Impacto del desastre - Cuestiones clave	Posibles respuestas humanitarias	Posibles respuestas de recuperación (temprana)
<b>Prestación de servicios 1: Organización y gestión (incluyendo infraestructura, equipamiento y transporte) (continuación)</b>	#instalaciones sanitarias con Atención Obstétrica de Urgencia (AOU) / 500,000 personas por unidad administrativa. #instalaciones sanitarias con Atención Obstétrica de Emergencia (AOE). /500,000 personas por unidad administrativa. % instalaciones sanitarias con disponibilidad de gestión clínica de supervivientes de violación + Anticonceptivos de Emergencia + Profilaxis Post-Exposición. % de nacimientos asistidos por personal auxiliar capacitado			

**Prestación de servicios 2: Ámbitos de respuesta del sector salud**

<p><b>Salud Infantil</b></p>	<p>Tasa de mortalidad con menos de 5 años Tasa mortalidad infantil La proporción de niños/as de 1 año vacunados contra el sarampión (y estimación del promedio para 6 meses -15 años). Cobertura de DPT3 (<i>mezcla de tres vacunas que inmunizan contra la difteria, Bordetella pertussis (la tos ferina) y el tétanos</i>) en menores de 1 año por unidad administrativa.</p>	<p>Aumento de la mortalidad infantil/ tasa de mortalidad de menores de 5 años / mortalidad neonatal. Interrupción en los servicios rutinarios de vacunación. Aumento en desnutrición /interacción de enfermedad entre niños y niñas vulnerables.</p>	<p>Casos totales de infección de las vías respiratorias + coste por caso. Casos totales de diarrea en menores de 5 años + coste por caso. Campañas de vacunación contra el sarampión (combinadas con vitamina A, mosquiteras y desparasitación, etc.). Cuidado básico neonatal para recién nacidos relacionado con partos en instalaciones de salud - ver Paquete Mínimo de Servicios Iniciales (PMSI) para la (AOU).</p>	<p>Restablecer la vacunación sistemática. Campañas de desparasitación s en las escuelas 2 x/ año. Ampliar la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia como parte de un paquete esencial de servicios de salud, con la inclusión de un componente de comunidad reforzado.</p>
	<p><b>Líneas base pre-desastre y desafíos - Indicadores clave</b></p>	<p><b>Impacto del desastre - Cuestiones clave</b></p>	<p><b>Posibles respuestas humanitarias</b></p>	<p><b>Posibles respuestas de recuperación (temprana)</b></p>
<p><b>Prestación de servicios 2: Ámbitos de respuesta del sector salud</b></p>				
<p><b>Nutrición</b></p>	<p># Admisiones para Terapia Centrada en Soluciones y Centro de Alimentación Terapéutica (edad/sexo). Proporción/número de casos de niños/as menores de 5 años con desnutrición global aguda y desnutrición aguda severa detectados en el departamento de consultas externas/servicio de hospitalización. Prevalencia de niños/as menores de cinco años con bajo peso. Proporción de población por debajo del</p>	<p>Escasez de alimentos, falta de acceso a los alimentos por parte de las poblaciones vulnerables, diversidad reducida en la dieta.  Cambios en las prácticas de lactancia materna como resultado del desastre.  Tratamiento para la desnutrición interrumpido.</p>	<p>Incorporar vitamina A, zinc y hierro fólico en las campañas de vacunación en curso.  Detección de malnutrición en centros de salud y población.  Programas de alimentación suplementaria y terapéutica.  Tratamiento de las complicaciones</p>	<p>Monitoreo del crecimiento.  Programas de nutrición en el ámbito de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia</p>

	nivel mínimo de consumo de energía alimentaria	Mayor riesgo de desnutrición	médicas en la infancia desnutrida.	
	<b>Líneas base pre-desastre y desafíos – Indicadores clave</b>	<b>Impacto del desastre – Cuestiones clave</b>	<b>Posibles respuestas humanitarias</b>	<b>Posibles respuestas de recuperación (temprana)</b>
<b>Prestación de servicios 2: Ámbitos de respuesta del sector salud</b>				
<b>Enfermedades contagiosas (continuación)</b>	Prevalencia del VIH entre población de 15-24 años. #de pacientes con Terapia Antirretroviral. Uso de preservativo en la última relación sexual de alto riesgo. Proporción de población entre 15-24 años con un correcto conocimiento del VIH/SIDA. Relación de asistencia escolar de huérfanos con asistencia escolar de no huérfanos de 10 a 14 años. Proporción de población con infección avanzada por VIH con acceso a medicamentos antirretrovirales.			
<b>Salud sexual y reproductiva</b>	% de nacimientos asistidos por personal cualificado. % partos previstos por los Servicios Clínicos por unidad administrativa. #de casos o incidencia de violencia sexual (por sexo y edad). Tasa de mortalidad materna; tasa de fertilidad. Tasa de uso de anticonceptivos. Tasa de natalidad entre las adolescentes. Cobertura de atención prenatal (al menos una visita y al menos cuatro visitas). Necesidad insatisfecha de planificación familiar.	Mayor riesgo de mortalidad materna e infantil.  Aumento del riesgo de violencias sexuales y otras formas de violencia basadas en el género.  Interrupción en el acceso a la planificación familiar.  Alteración de los regímenes de Prevención de la Transmisión de Madre a Hijo (PTMH) para mujeres embarazadas + VIH.	Asegurar la provisión de servicios de salud reproductiva, garantizando la disponibilidad de PMSI y su posible expansión.  Gestión clínica de la AOU (básica e integral) y servicios de violación.  Protección financiera a los servicios de maternidad de: acceso gratuito a los partos, AOU y seguimiento post parto.	Asegurar la prestación sostenible de Paquetes Mínimos de Servicios Iniciales (PMSI). Establecer una mínima disponibilidad de PMSI, incluyendo la Atención Obstétrica de Urgencia (AOU). Integración de las intervenciones, incluyendo el cuidado prenatal, Prevención de la Transmisión de Madre a Hijo (PTMH), nutrición y vacunación. Fortalecimiento del programa nacional de planificación familiar.

<b>Enfermedades no transmisibles</b>	Prevalencia de la hipertensión y la diabetes, salud mental, diálisis renal.	Interrupción del tratamiento.  Pacientes que pierden el tratamiento en hipertensión y diabetes, diálisis renal. Empeoramiento de los estados de diabetes e hipertensión después del desastre causado por cambios en la dieta y el estrés.	Garantizar la continuidad del tratamiento para enfermedades crónicas.  Seguimiento de casos de pacientes con hipertensión, diabetes o tratamiento de salud mental y diálisis renal.	Reestablecer sistema de datos para pacientes en tratamiento.  Fortalecer la atención domiciliaria de pacientes con enfermedades crónicas (contagiosas y no transmisibles).
	<b>Líneas base pre-desastre y desafíos - Indicadores clave</b>	<b>Impacto del desastre - Cuestiones clave</b>	<b>Posibles respuestas humanitarias</b>	<b>Posibles respuestas de recuperación (temprana)</b>
	<b>Prestación de servicios 2: Ámbitos de respuesta del sector salud</b>			
<b>Lesiones</b>	% de población con dificultades severas o extremas de funcionamiento.	Número potencialmente alto de lesiones.  Mayor número de personas con discapacidad.  Las heridas e infecciones de heridas que no han sido tratadas suponen un problema importante de salud pública, riesgo de tétanos.	Tratamiento de lesiones - prevención de la discapacidad a largo plazo. #de total de casos de lesiones y coste por caso. Hospitales de campaña y cirugía ginecológica básica. Establecer un mecanismo de derivación, incluyendo la evacuación de pacientes internacionales. Campañas de vacunación que incluyan el Tétanos. . Atención al seguimiento de amputaciones el primer nivel de atención.	Rehabilitación de personas con discapacidad.  Fortalecer la capacidad para proveer prótesis y rehabilitación.  Tener en consideración la atención de la discapacidad en el nuevo sistema de salud.
	% de población con dificultades severas o extremas de funcionamiento.  Trastorno grave (p. ej., psicosis, depresión)	Interrupción del tratamiento de enfermedades de salud mental.  Descenso en el funcionamiento.	Fortalecer la autoayuda en la comunidad y el apoyo social.  Garantizar el acceso a primeros	Inicie el desarrollo de un sistema comunitario y sostenible de salud mental:

**Salud mental y apoyo psicosocial**

severa, discapacidad en forma de trastorno de ansiedad): 2-3%

Trastorno mental leve o moderado (p. ej., formas de trastornos depresivos y ansiedad, incluyendo trastorno por estrés postraumático leve y moderado): 10%

En promedio la prevalencia de trastorno mental severo aumenta un 1%.

En promedio las tasas de trastorno mental leve o moderado aumenta un 5-10%.

Leve o moderado: 15-20%.

auxilios psicológicos a personas en señal de necesidad aguda.

Garantizar la continuidad del tratamiento, gestionando los nuevos y los preexistentes trastornos mentales graves en los servicios generales de atención sanitaria.

Abordar la seguridad, las necesidades básicas y derechos de las personas en los hospitales psiquiátricos + coste por caso.

construcción largo plazo de servicios comunitarios básicos de salud mental en zonas afectadas por emergencias.

En los distritos sin atención psiquiátrica hospitalaria, los planes para nuevos hospitales generales y como parte de la inversión de recuperación de la salud, deben considerar la planificación de una unidad de hospitalización psiquiátrica aguda.

Incorporar la salud mental en el Currículo del personal de servicios de atención primaria.

	Líneas base pre-desastre y desafíos – Indicadores clave	Impacto del desastre – Cuestiones clave	Posibles respuestas humanitarias	Posibles respuestas de recuperación (temprana)
	<b>Prestación de servicios 2: Ámbitos de respuesta del sector salud</b>			
<b>Salud ambiental</b>	<p>Proporción de personas con menos de 15 litros de agua al día.</p> <p>% población urbana /rural, acceso a fuentes mejoradas de agua y saneamiento por sexo.</p> <p>Distancia al punto de agua más cercano por sexo y edad.</p> <p>Distancia al centro sanitario más cercano, por sexo y edad.</p>	<p>Destrucción del suministro de agua limpia.</p> <p>Peligros para la salud resultantes de las aguas estancadas y deterioro de la calidad del agua.</p>	<p>Provisión de agua potable.</p> <p>Disposición de aguas residuales y residuos sólidos.</p> <p>Control de vectores ambientales (en lugares muy concurridos).</p> <p>Eliminación de desechos médicos.</p>	<p>Drinking water supply restoration to prevent the further spread of water-borne diseases.</p> <p>Reconstrucción de las (plantas de) aguas residuales y desechos sólidos.</p>
<b>Gobernanza y Liderazgo</b>	<p>Capacidades de gestión de desastres y riesgo de emergencia en el Ministerio de Salud.</p> <p>Existencia de un documento de preparación y estrategia de respuesta del sector sanitario ligado a las prioridades y necesidades nacionales que incluya el papel de las agencias líder y socias.</p> <p>Existencia de un mecanismo de coordinación funcional a nivel central y sub-nacional en el sector sanitario y en los temas transversales (desde el desarrollo del sector salud hasta la Gestión del Riesgo de Desastres).</p> <p>Políticas y directrices del sector, procedimientos operativos estándar para la respuesta; supervisión y regulación; capacidad de gobernanza.</p>	<p>Reducción de la capacidad nacional para responder al desastre.</p> <p>La presencia e incorporación de nuevos actores implica una mayor dificultad en la coordinación sanitaria.</p> <p>Probabilidad de que los gobiernos envíen asistencia técnica/expertos para fortalecer las funciones del Ministerio de Salud de largo plazo</p> <p>La infraestructura y capacidad de gobernabilidad del Ministerio de Salud se ve comprometida (pérdida de recursos humanos, infraestructura y equipos dañados).</p>	<p>Mecanismo de coordinación en la respuesta/ liderazgo (clúster de salud humanitaria - gobierno)</p> <p>Asegurar el cumplimiento de las políticas nacionales y las directrices de actores internacionales.</p> <p>Asegurar/promover las capacidades nacionales.</p>	<p>Vincular la planificación de recuperación con la coordinación con los socios de desarrollo (p.ej. SWAp - Enfoque Sectorial, IHP+ - International Health Partnership, UNDAF).</p> <p>Estrategia de salida para ONGs internacionales humanitarias, y/o uso de la capacidad de (I) las ONGs para apoyar el proceso de recuperación y desarrollo de capacidades de las autoridades de salud centrales y de distrito.</p> <p>Integración de la gestión y reducción de desastres en la estrategia de salud.</p> <p>Estrategias de preparación y planes de: identificación de peligros, vulnerabilidades y capacidades, sistemas de alerta</p>

		PDNA/Marco de recuperación como oportunidad para orientar nuevas inversiones 6-18 meses.		temprana de riesgos, implantación de la gestión del riesgo de desastres, conciencia del riesgo y programas de educación para desastres y riesgo de emergencia, programas de prevención y evitación y programa de preparación.
--	--	--	--	---

	Líneas base pre-desastre y desafíos – Indicadores clave	Impacto del desastre – Cuestiones clave	Posibles respuestas humanitarias	Posibles respuestas de recuperación (temprana)
<b>Prestación de servicios 2: Ámbitos de respuesta del sector salud</b>				
<b>Fuerza de trabajo sanitaria</b>	<p>Políticas de mano de obra nacional y planes de inversión; normativa de recursos humanos, estándares e información; distribución y competencias de los trabajadores/as de la salud.</p> <p>Infraestructura para la formación/producción de recursos humanos y capacidades para la salud.</p> <p>Mecanismos de supervisión o monitoreo.</p> <p>#de personal sanitario (médico, enfermera/o, partera) por 10.000 habitantes por unidad de administrativa (por sexo).</p> <p>Nº de agentes comunitarios de salud por 10.000 habitantes por unidad administrativa.</p> <p>Número anual de graduados/as en profesiones de la salud por parte de instituciones educativas por 100.000 habitantes por nivel y ámbito de educación.</p>	<p>Pérdida de fuerza de trabajo, personal de salud afectado por el desastre - (desplazados/as, cuidado de miembros familiares, etc.).</p> <p>#de personal sanitario restante (médico, enfermera/o, partera) por 10.000 habitantes por unidad administrativa (por sexo); repercusión en los recursos humanos para el traslado de la salud en la distribución.</p> <p>Daños en las escuelas de trabajadores/as sanitarios, número de instalaciones afectadas.</p> <p>Daños en institutos de salud pública e investigación e impactos sobre la capacidad de las instituciones formativas.</p>	<p>Sustitución, fortalecimiento y reactivación de mano de obra.</p> <p>Incentivos financieros para la reactivación laboral del personal sanitario.</p> <p>Formación y despliegue de trabajadores/as de alcance comunitario (con equilibrio por sexo y edad).</p>	<p>Sustitución/fortalecimiento/reactivación laboral.</p> <p>Reconstrucción y reapertura de centros de capacitación.</p> <p>Adaptación de los programas de capacitación en nuevas cuestiones.</p> <p>Delegación de funciones.</p> <p>Capacitación en primeros auxilios, preparación para desastres, respuesta y recuperación.</p>
<b>Información</b>	<p>Directrices y formatos nacionales para instalaciones e información basada en la población y sistemas de vigilancia.</p> <p>#de instalaciones de salud que recopilan</p>	<p>Caída del sistema de información y reducida capacidad de análisis para la toma de decisiones.</p>	<p>Fortalecer el sistema de alerta temprana, incluyendo la vigilancia y monitoreo de las enfermedades.</p>	<p>Restablecer el sistema de información sanitaria y los informes/reportes por edad y sexo (según corresponda).</p> <p>Evaluación del riesgo, incluyendo</p>

e informan sobre datos relevantes habitualmente.

Coordinar la recopilación de información y análisis con y por todos los socios.

amenazas, vulnerabilidades y capacidades.

	Líneas base pre-desastre y desafíos – Indicadores clave	Impacto del desastre – Cuestiones clave	Posibles respuestas humanitarias	Posibles respuestas de recuperación (temprana)
<b>Prestación de servicios 2: Ámbitos de respuesta del sector salud</b>				
<b>Financiamiento</b>	<p>Políticas nacionales de financiamiento de salud.</p> <p>Existencia de una cuota de protección del usuario para aquellas personas que no pueden pagar.</p> <p>Herramientas e información sobre gastos en salud (cuentas nacionales).</p> <p>Costeo de servicios; barreras financieras para acceder a servicios; capacidad de pago, gastos de salud catastróficos.</p> <p>Recursos externos para la salud como un % del gasto privado en salud.</p> <p>Gasto per cápita total en salud al tipo de cambio promedio.</p> <p>Gasto gubernamental per cápita en salud al tipo de cambio promedio (US\$).</p> <p>Gastos corrientes cómo % del gasto privado en salud.</p>	<p>Mayor pérdida de los medios de vida y capacidad reducida para pagar por los servicios de salud.</p> <p>Mayor dependencia de la financiación externa.</p> <p>Pérdida de ingresos debida a la no funcionalidad de las instalaciones sanitarias y exención temporal.</p> <p>Incremento de los gastos de tratamientos, entre otras razones debido a la mayor demanda.</p> <p>Aumento de los costes de transporte, etc.</p>	<p>Sustitución, fortalecimiento y reactivación de mano de obra.</p> <p>Incentivos financieros para la reactivación laboral.</p> <p>Formación y despliegue de trabajadores/as de alcance comunitario (con equilibrio por sexo y edad).</p>	<p>Establecer la capacidad de analizar las posibles consecuencias en la calidad y el acceso a los servicios en situación de exención de pago de cuotas de usuarios/as.</p> <p>Establecimiento de un mecanismo para compensar la pérdida de ingresos, en particular en el sector privado sin ánimo de lucro que trabaja sobre la base de planes de recuperación de costes.</p> <p>Creación de solidaridad social o fondo de emergencia para financiar la compra de servicios.</p> <p>Reforma del sistema de financiación a medio - largo plazo, explorando diferentes modalidades de mecanismos de prepago (mixto), que incorpore una protección social adecuada de la salud e incluya todas agrupaciones de prestadores de servicios.</p>
	<p>Existencia de una lista de medicamentos esenciales que satisface la atención de las necesidades de salud prioritarias para la población y que resulta adecuada para el nivel de competencia de los/as trabajadores/as sanitarios.</p> <p>Infraestructura farmacéutica nacional y farmacias para la capacidad de producción. Adquisiciones y cadenas de suministro; garantía de calidad; directrices para las donaciones de medicamentos; transporte sanitario y</p>	<p>Caída de la cadena de suministros y logística médica.</p> <p>Daños en fábricas farmacéuticas, farmacias, almacenes, equipamiento y existencias.</p> <p>(Inapropiada) donación de medicamentos.</p> <p>Nota: considerar el impacto en farmacias privadas cuando los medicamentos donados son proporcionados</p>	<p>Suministro de kits, medicamentos e insumos médicos; reemplazo de kits de medicamentos, medicamentos vitales.</p> <p>Abogar por la aplicación de una lista nacional de medicamentos esenciales a través de proveedores de servicios.</p> <p>Libre acceso a los medicamentos durante la fase de emergencia (primeros tres meses, luego revisar).</p>	<p>Restablecer el sistema de información sanitaria y los informes/reportes por edad y sexo (según corresponda).</p> <p>Evaluación del riesgo, incluyendo amenazas, vulnerabilidades y capacidades.</p>

	logística, almacenes, cadena de frío. % de instalaciones sanitarias sin existencias de fármaco esenciales seleccionados en 4 grupos de medicamentos por uni. admist. administrativa.	gratuitamente. Posible aumento de ventas de medicamentos falsificados; Incremento de medicinas tradicionales, también debido a la ausencia de recursos financieros.	Supresión de las tasas de aduana para los suministros médicos para los socios humanitarios.	
--	---	---	---	--

### ANEXO 3: FICHA DE TRABAJO DE COSTES UNITARIOS PARA LA LÍNEA BASE EN BIENES E INFRAESTRUCTURAS PARA LA ESTIMACIÓN DE DAÑOS (EJEMPLO)

Costes unitarios de la línea base en bienes e infraestructura para la estimación del coste de daños en el sector sanitario

Centro de Salud	Tipo de centro*	Número de unidades	Coste de reposición, US\$	Mobiliario, US\$**	Equipamiento***, US\$	Suministros médicos, US\$****	Propiedad	
							Pública	Privada
<b>Destrucción Total</b>								
	1							
	2							
	3							
<b>Daño Parcial</b>								
	1							

Costes unitarios de referencia para la estimación de pérdidas en el sector de la salud	Supuestos / Hipótesis	Coste Estimado,	Propiedad
2			
3			
<b>Totales</b>			

**Fuentes:**

\* Defina cada tipo de centro.

\*\* Defina el mobiliario del centro, usando listas estandar y los costes asociados a cada tipo de instalación sanitaria.

\*\*\* Defina el equipamiento, usando listas normalizadas y los costes asociados a cada tipo de instalación sanitaria.

\*\*\* Defina los insumos médicos, utilizando listas estándar de suministros médicos y existencias para cada tipo de instalación sanitaria.

**ANEXO 4: FICHA DE TRABAJO DE COSTES UNITARIOS PARA LA LÍNEA BASE PARA LA ESTIMACIÓN DE PÉRDIDAS (EJEMPLO)**

---

	Componente	Ítem	Explicación para cada estimación de coste unitario	US\$	Pública	Privada
Infraestructura	Derribo y eliminación de escombros	Coste promedio para el derribo y eliminación escombros por tipo de instalación sanitaria				
Acceso y prestación de servicios	Instalaciones sanitarias temporales	Coste de carpas u otras infraestructuras temporales para hospital de emergencia y otras instalaciones sanitarias (tanto para reemplazar infraestructura dañada, como para instalaciones adicionales en los asentamientos de personas desplazadas internas)				
		Coste promedio de alquiler de locales temporales				
	Costes de un aumento temporal de provisión servicios de salud	Transporte de heridos a otros centros y coste promedio por paciente herido				
		Pago de salarios al personal por tiempo/horas extras				
		Utilización de insumos médicos por encima de lo normal				
		Coste por paciente por atención médica y psicológica a medio - largo plazo				
		Coste promedio por paciente por el aumento general de sobrecarga de casos relacionados con el desastre				
	Duración del periodo de con mayor carga de casos y número adicional de pacientes estimados por mes					
Costes relacionados con la pérdida de ingresos	Coste promedio por paciente para el cual ha habido una pérdida de ingresos en las instalaciones de salud o personas incapaces de pagar la prima del seguro médico					
Duración y número de pacientes por pérdida de ingresos						
Gobernanza	Costes para cubrir necesidades de mayor coordinación y gestión de desastres	Coste promedio por unidad administrativa en las zonas afectadas de personal y otros recursos necesarios en la gestión del proceso de respuesta y recuperación, incluyendo la participación de la comunidad.				
		Coste para la gestión de respuesta y recuperación de desastres a nivel nacional				
		Coste de detección de aumento de la mortalidad en los sistemas de alerta temprana y otros sistemas de información sanitaria temporales de emergencia relacionadas con la salud (por unidad admin. o # estándar de población objetivo)				
Riesgos	Intervenciones por encima de las asignaciones presupuestarias para	Costes de promoción de la salud y campañas de sensibilización (por unidad admin. y/o # estándar de población objetivo)				
		Control de los costes de posibles brotes, por ejemplo campañas de vacunación (por cada enfermedad por unidad admin. o # estándar de población objetivo)				

	mitigar riesgos relacionados con el desastre.	Coste de control de vectores (para cada intervención por unidad admin. y/o # estándar de población objetivo)				
--	---	--	--	--	--	--

## ANEXO 5: FORMATO DE RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN DEPARTAMENTAL (EJEMPLO)

Sector: Salud

Provincia: Agregue nombre de la provincia

Departamento: Agregue nombre del departamento

Información proporcionada por: Agregue nombre del personal

Información proporcionada por: Agregue fecha

Tipo de institución	Número de referencia	Número (y %) de infraestructura	Mobiliario**	Equipo***		Suministros médicos	Propiedad (no. o %)	
				Destrucción total	Dañado parcialmente	Destruído	Pública	Privada
Hospital								
Centro de Salud								
Clínica de Salud								
Banco de Sangre								
Dispensario								
Laboratorio								
Unidad móvil de Salud etc								
	3							
Totales								

### Estimación de pérdidas

Duración del período de reconstrucción, meses.

Costos de demolición y retiro de escombros.

Aumento de gastos por tratamiento a los heridos.\*

Menores ingresos como resultado de atender menor número de pacientes.

Número de pacientes antes del desastre:

Número de pacientes después del desastre:

Diferencia:

Promedio del costo de tratamiento por paciente:  
Pérdida de ingresos:  
Duración de morbilidad incrementada y/o consecuencias:  
Costo de la Red de Alerta y Respuesta Temprana y vigilancia  
Costo de las campañas de promoción para la salud  
Costo del control de vectores:  
Costo de la prevención (vacunación, etc.)  
Aumento de gastos por incremento de carga de casos:  
·Morbilidad pre-desastre, #  
·Morbilidad post-desastre, #  
·Morbilidad incrementada, #  
Costo del tratamiento por persona.  
Total del costo estimado

## **ANEXO 6: HOJA DE TRABAJO PARA ESTIMAR LOS COSTOS DE DAÑOS Y PÉRDIDAS (EJEMPLO)**

---

			Daños en millones de US\$				Pérdidas en millones de US\$		
			Daños	Pública	Propiedad		Pérdidas	Propiedad	
					Privada	Pérdidas		Pública	Privada
<b>Infraestructura y activos</b>	<b>Estimación del daño</b>								
	a) Instalaciones totalmente destruidas	Hospitales							
		Centros de Salud							
		Otros							
	b) Instalaciones parcialmente destruidas	Hospitales							
		Centros de Salud							
		Otros							
	c) Equipo								
	d) Mobiliario								
	e) Medicamentos y suministros destruidos								
	f) Otros activos destruidos								
	g) Resumen de los daños estimados en millones de US\$								
	<b>Estimación de pérdidas</b>								
<b>Infraestructura</b>	Costo de demolición y retiro de escombros	Hospitales							
	Creación de	Centros de Salud							

	instalaciones temporales								
	Arrendamiento de un lugar temporal para instalaciones de salud	Otros							
Prestación de servicios y acceso	Duración del período de reconstrucción, meses								
	Aumento de gastos por tratamiento a los heridos.*								

			Daños en millones de US\$				Pérdidas en millones de US\$		
			Daños	Pública	Propiedad		Pérdidas	Propiedad	
					Privada	Pérdidas		Pública	Privada
	gastos más elevados en pacientes remitidos a otros centros**								
	Disminución de ingresos por cierre provisional a pacientes en instalaciones dañadas/disfuncionales.	Número de pacientes que pagaban antes del desastre:							
		Número de pacientes que pagaban después del desastre:							
		Diferencia							
		Promedio del costo del tratamiento por paciente, US\$/persona							
		Pérdida de ingresos							
	Aumento de gastos por incremento de carga total de casos:	Número de pacientes que pagaban antes del desastre/mes							
		Número de pacientes que pagaban después del desastre/mes							

		Diferencia							
		Promedio del costo del tratamiento por paciente							
		Aumento de costo							
	Disminución de ingresos en caso que se deja de exigir el pago de cuotas a los usuarios, o disminuye la capacidad de costear un seguro médico premium								
<b>Gobernanza</b>	Costos de coordinación adicional y manejo de necesidades del desastre.	Costos promedio por cada unidad de administración en las áreas afectadas en cuanto al personal y otros recursos necesarios para gestionar el proceso de respuesta y recuperación, incluyendo la participación de la comunidad.							
		Costos de la gestión de respuesta y							

		recuperación de desastres a nivel nacional en millones de US\$							
		Costos de Sistemas de Alerta Temprana para detectar el incremento en morbilidad y otra emergencia temporal relacionada con el sistema de información de salud, en millones de US\$							

Riesgos	Aumento de gastos para mitigar los riesgos relacionados con el desastre	Duración del período con riesgos incrementados para resultados	Daños en millones de US\$				Pérdidas en millones de US\$		
			Daños	Pública	Propiedad		Pérdidas	Propiedad	
					Privada	Pérdidas		Pública	Privada
		Costo de las campañas de promoción para la salud en millones de US\$							
		Costo del control de vectores en millones de US\$							
		Costo de la prevención (vacunación, etc.) en millones de US\$							
		Mitigación de otros riesgos de salud identificados							
	Resumen de pérdidas estimadas en millones de US\$								

\*Lesiones físicas y psicológicas; costos por encima del presupuesto ordinario, incluyendo pago de horas extras a personal cuando sea necesario.

\*\*Costos de transporte o de tratamiento de los pacientes heridos que fueron enviados a instalaciones no dañadas ya sean públicas o privadas.

### Información adicional para la estimación del impacto macroeconómico

Porcentaje del valor de los elementos importados para la reconstrucción.

Porcentaje del valor de los elementos importados para el equipo y los materiales.

### ANEXO 7: FORMATO PARA CALCULAR PÉRDIDAS PROGRESIVAS EN EL SECTOR DE SALUD (EJEMPLO)

Pérdida por componente Duración del período de recuperación, meses	Meses después del desastre																	Total	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		18
a.- Pérdida de ingresos 1.-Número de pacientes antes del desastre: 2.- Número de pacientes después del desastre (en instalaciones dañadas): 3.-Menor número de pacientes después del desastre (1 - 2) 4.-Ingreso promedio por																			

paciente; \$/paciente 5.-Pérdida de ingresos, \$ (3*4)																		
b.- Costos de servicios incrementados 6.-Aumento de costos de tratamientos médicos de pacientes heridos durante la etapa de emergencia, \$ 7.-Aumento de costos de tratamientos por el aumento de morbilidad, \$ 8.-Aumento de costos en tratamientos médicos en instalaciones privadas más onerosas. 9.-Aumento de costos en la vigilancia de enfermedades después del desastre, \$ 10.-Aumento de costos en las campañas de promoción para la salud y la prevención de enfermedades, \$ 11.-Aumento de costos en las campañas de control de vectores, \$ 12.-Costos de tratamientos psicológicos y por incapacidad de largo plazo, \$ 13.-Aumento total en costos, \$ (6+7+ 8 + 9 + 10 + 11 + 12)																		
c.- Otras pérdidas 14.-Costos por demolición																		

y retiro de escombros 15.- Costos por reforzamiento de infraestructura, instalaciones temporales																			
Pérdidas totales (5 + 13 + 14 + 15 + 16)																			

## ANEXO 8: INTERVENCIONES PARA HOSPITALES SEGUROS (EJEMPLOS)

---

- Desarrollo de políticas nacionales generales así como también políticas específicas enfocadas en la construcción segura y preparación de las instalaciones y el personal de salud para situaciones de emergencia.
- Coordinación de programas relacionados con la seguridad de las instalaciones de salud y la preparación para situaciones de emergencia dirigidos al Ministerio de Salud, otras organizaciones de salud, organizaciones que prestan servicios de emergencia y protección civil y otros sectores como el de agua, energía, transporte y comunicaciones.
- Asegurar propuestas de desarrollo y planes para instalaciones de salud nuevas, incluyendo evaluaciones de vulnerabilidades y amenazas.
- Evaluación de las instalaciones de salud existentes para identificar las prioridades de reforzamiento y cualquier otra acción (por ejemplo usando el Índice de Seguridad Hospitalaria)
- Implementación de mecanismos independientes de supervisión y control de proyectos de infraestructura, tales como que profesionales calificados se involucren a trabajar con un equipo de trabajo para un proyecto.
- Desarrollo y aplicación de sistemas de diseño amplios e integrados, que incluyan plan de ordenamiento territorial, diseño arquitectónico, y estándares de códigos de construcción para el desarrollo y el mantenimiento de las instalaciones de salud.
- Guía y promoción de las buenas prácticas de:
  - Evaluación y mantenimiento de la seguridad de las instalaciones de salud antes y después de desastres, incluyendo seguridad funcional estructural y no estructural;
  - programas de preparación para las situaciones de emergencia en las instalaciones de salud;
  - capacitación con un enfoque multitarea para manejar intervenciones quirúrgicas y de conocimientos básicos de emergencia que salvan vidas;
  - desarrollo de instalaciones de salud seguras y resilientes en ubicaciones seguras;
  - reforzamiento y reconstrucción de las instalaciones vulnerables existentes;
  - medioambientes de trabajo saludables para los trabajadores de salud; y
- Infraestructura segura para instalaciones de salud, incluyendo la continuidad de servicios esenciales de energía, agua y eliminación de desechos, así como suministros médicos y de salud durante una situación de emergencia.
- Desarrollo y facilitación de cursos de capacitación en seguridad y preparación para situaciones de emergencia para estudiantes universitarios, profesionales y educación profesional continua en sectores de construcción, salud y otros.
- Estudio de casos de desarrollo y promoción de buenas prácticas en seguridad y preparación para situaciones de emergencia en instalaciones de salud.

## ANEXO 9: INTERVENCIONES DE PREPARACIÓN Y REDUCCIÓN DE RIESGOS DE DESASTRES (EJEMPLOS)

- Integración de la gestión de desastres y emergencias en marcos legislativos, políticas y planes.
- Creación de una unidad multidisciplinaria en el Ministerio de Salud con la jurisdicción, competencia y recursos necesarios para coordinar en todos los niveles la gestión de actividades de emergencias de salud dentro del sector salud y en relación con otros sectores
- Evaluación de riesgos, incluyendo identificación de peligros y vulnerabilidades (población vulnerable y debilidades del sistema de salud) y evaluaciones de capacidad en colaboración con la autoridad multisectorial encargada de la gestión de desastres.
- Capacidad nacional de desarrollo de programas para las emergencias de salud y la gestión de riesgos de desastres con recursos necesarios.
- Capacidad del sector salud para llevar a cabo campañas de concientización de riesgos, incluyendo educación en salud, promoción en salud y movilización social para reducir riesgos y prepararse para responder en situaciones de emergencia.
- Sistemas de detección temprana de cualquier tipo de amenaza, los cuales deben considerar los riesgos de la salud pública y del sector salud.
- Integración de la gestión de riesgos de desastres y de situaciones de emergencia en la educación en salud y recursos humanos relevantes a nivel universitario, especializado y profesional para el sector salud y otros sectores.
- Programas para reducir los factores de riesgo subyacentes (tales como el mejoramiento de la seguridad y la preparación de las instalaciones de salud).
- Programas de reducción de riesgos y preparación para control y prevención de enfermedades epidémicas y pandémicas, salud reproductiva, sistemas de manejo de víctimas en masa, nutrición, salud medio ambiental, salud mental y otras enfermedades no contagiosas, salud materno-infantil, prevención y prestación de servicios para víctimas de violencia sexual por motivos de género, manejo de cadáveres y desaparecidos.
- Planificación de respuesta y recuperación del sector salud y otros elementos del programa de preparación, incluyendo el posicionamiento anticipado de suministros y ejercicios para poner a prueba los planes con otros sectores.

## ANEXO 10: HOJA DE TRABAJO PARA UN PLAN DE RECUPERACIÓN BASADO EN RESULTADOS (EJEMPLO)

Necesidades de recuperación	Intervenciones			Rendimiento esperado	Costos de recuperación			Resultados esperados
	Corto	Mediano plazo	Largo		Corto	Mediano plazo	Largo	

n prioritarias	plazo	plazo	plazo	plazo	plazo	plazo	plazo
Por región	Para reparar/reconstruir infraestructura dañada y activos físicos, y reconstruir mejor						
Por región	Para reanudar prestación de servicios y el acceso a los bienes y servicios, y reconstruir mejor						
Por región	Para reconstruir la gobernanza y procesos sociales y reconstruir mejor						
Por región	Para abordar nuevos riesgos inmediatos y la reducción de riesgos de desastres						

## ANEXO 11: GLOSARIO

Las definiciones que se presentan a continuación son de la Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres (UNISDR) 2009.

**DESASTRE:** Una seria interrupción en el funcionamiento de una comunidad o sociedad que ocasiona una gran cantidad de muertes al igual que pérdidas e impactos materiales, económicos y ambientales que exceden la capacidad de la comunidad o la sociedad afectada para hacer frente a la situación mediante el uso de sus propios recursos.

**RIESGO DE DESASTRES:** Las posibles pérdidas que ocasionaría un desastre en términos de vidas, las condiciones de salud, los medios de sustento, los bienes y los servicios, y que podrían ocurrir en una comunidad o sociedad particular en un período específico de tiempo en el futuro.

**REDUCCIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES:** El concepto y la práctica de reducir el riesgo de desastres mediante esfuerzos sistemáticos dirigidos al análisis y a la gestión de los factores causales de los desastres, lo que incluye la reducción del grado de exposición a las amenazas, la disminución de la vulnerabilidad de la población y la propiedad, una gestión sensata de los suelos y del medio ambiente, y el mejoramiento de la preparación ante los eventos adversos.

**RECUPERACIÓN:** La restauración y el mejoramiento, cuando sea necesario, de los planteles, instalaciones, medios de sustento y condiciones de vida de las comunidades afectadas por los desastres, lo que incluye esfuerzos para reducir los factores del riesgo de desastres.

**RESILIENCIA:** La capacidad de un sistema, comunidad o sociedad expuestos a una amenaza para resistir, absorber, adaptarse y recuperarse de sus efectos de manera oportuna y eficaz, lo que incluye la preservación y la restauración de sus estructuras y funciones básicas.

**RESPUESTA:** El suministro de servicios de emergencia y de asistencia pública durante o inmediatamente después de la ocurrencia de un desastre, con el propósito de salvar vidas, reducir los impactos a la salud, velar por la seguridad pública y satisfacer las necesidades básicas de subsistencia de la población afectada.

**REFORZAMIENTO:** El refuerzo o la modernización de las estructuras existentes para lograr una mayor resistencia y resiliencia a los efectos dañinos de las amenazas

## **ANEXO 12: REFERENCIAS Y LECTURAS ADICIONALES**

---

Health Metrics Network. Guidance on recommended Indicators for HIS Strengthening. [www.who.int/healthmetrics/tools/GFGuidanceOnRecommendedIndicators09.pdf](http://www.who.int/healthmetrics/tools/GFGuidanceOnRecommendedIndicators09.pdf)

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2008). Humanitarian Action and Older Persons: An essential brief for humanitarian actors.

IASC, Needs Assessment Task Force (2010). Operational Guidance for Coordinated Assessments in Humanitarian Crises.

IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings (2010). Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know? Geneva,

Pan American Health Organisation (PAHO) (2010). Health Sector Self-Assessment Tool for Disaster Risk Reduction. Washington, D.C.

PAHO, WHO, ICRC and IFRC (2006). Management of dead bodies after disasters. A field manual for first responders.

United Nations Development Group (2009).

Integrating Disaster Risk Reduction into the Common Country Assessment and United Nations Development Assistance Framework. Guidance Note for United Nations Country Teams,

World Bank (2008). Data against natural disasters: establishing effective systems for relief, recovery and reconstruction. Editors Samia Amin and Markus Goldstein.

World Bank GFDRR (2010). Damage, Loss and Needs Assessment guidance notes, volume 1, 2 and 3.,

World Bank (July 2008). Good Practice Notes 1 Health.

World Health Organisation (WHO) (2009). Analysing Disrupted Health Sectors, Module 12: Formulating strategies for the recovery of a disrupted health sector. [www.who.int/hac/techguidance/tools/disrupted\\_sectors/en/](http://www.who.int/hac/techguidance/tools/disrupted_sectors/en/).

WHO (2007). Everybody's Business. Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. WHO's Framework for Action. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596077\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596077_eng.pdf).

World Health Report (2000). Health Systems: Improving Performance.

Guidance Note for Integration of Disaster Risk Reduction in Bank Projects in the Health Sector 16 March 2009. Work in progress.

WHO. Health Cluster Guide. A practical guide for country-level implementation of the Health Cluster. [www.who.int/hac/network/global\\_health\\_cluster/guide/en/index.html](http://www.who.int/hac/network/global_health_cluster/guide/en/index.html)

WHO. Global Health Cluster tools. [www.who.int/hac/global\\_health\\_cluster/guide/tools/en/index.html](http://www.who.int/hac/global_health_cluster/guide/tools/en/index.html).

**Further reading:**

- Early Warning Systems, World Health Organisation [www.who.int/csr/labepidemiology/projects/ewarn/en/](http://www.who.int/csr/labepidemiology/projects/ewarn/en/)
- Emergency Risk Management for Health, World Health Organisation [www.who.int/hac/techguidance/preparedness/en/index.html](http://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/en/index.html)
- Hospitals Safe from Disasters, 2008-2009 World Disaster Reduction Campaign [www.unisdr.org/2009/campaign/wdrc-2008-2009.html](http://www.unisdr.org/2009/campaign/wdrc-2008-2009.html).
- The Hospital Safety Index, tool developed by the Pan American Health Organisation [new.paho.org/disasters/index.php?option=com\\_content&task=view&id=964&Itemid=911](http://new.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&task=view&id=964&Itemid=911)