

# Guía del Clúster de Salud

Una guía práctica para la implementación  
del Grupo Sectorial de Salud a nivel de país

## IASC

Inter-Agency Standing Committee

## Mundial Clúster de Salud



Organización  
Mundial de la Salud

Traducido al español por Maurizio Calderón-Ortiz con el apoyo de la Sociedad Española de Medicina Humanitaria (SEMHU) y financiación de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).

© Organización Mundial de la Salud, 2011

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

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

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

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

Esta publicación contiene la opinión colectiva de un grupo internacional de expertos y no representa necesariamente el criterio ni las políticas de la Organización Mundial de la Salud.

# Guía del Clúster de Salud

---

Una guía práctica para la  
implementación del Grupo Sectorial  
de Salud a nivel de país

**IASC**

Inter-Agency Standing Committee

Mundial  
**Clúster de Salud**

---

**La versión web de la Guía del Clúster de Salud está disponible a través de Internet en:**

**[http://www.who.int/hac/network/global\\_health\\_cluster/guide/es](http://www.who.int/hac/network/global_health_cluster/guide/es)**

**<http://oneresponse.info/GlobalClusters/Health>**

**La guía en la Web, en formato PDF, usa hipervínculos para dar acceso en línea inmediato a las versiones más recientes de los documentos de referencia citados en la guía y, así como a los sitios de Internet mencionados. También permite, de ser necesaria, la impresión de todo el documento.**

---

## AGRADECIMIENTOS

Esta versión provisional de la *Guía del Clúster de Salud* ha sido producida por el Grupo de Trabajo en Guías y Herramientas, co-liderado por Save the Children del Reino Unido y el Departamento de Acción Sanitaria en las Crisis (HAC) de la Organización Mundial de la Salud. Se ha enriquecido con las contribuciones de colegas de CARE, el Centro de Control de Enfermedades (CDC), International Medical Corps (IMC), International Rescue Committee (IRC), Merlin, Save the Children UK, Save the Children USA, UNFPA, ACNUR, UNICEF, la OMS y World Vision, y ha sido revisado por muchos otros socios de los Clústers a nivel de oficinas centrales, regionales y de país.

### Nos interesan sus comentarios

Esta versión provisional está pensada para ser probada ampliamente sobre el terreno durante la segunda mitad del 2009 y la primera de 2010, y se buscan los comentarios de parte de las autoridades sanitarias nacionales y de las organizaciones proveedoras de servicios de salud durante las crisis humanitarias, especialmente aquellas que participan en los Clústers de Salud y en otros grupos de coordinación del sector salud a nivel país y en niveles sub-nacionales. Después de un proceso de revisión durante el segundo semestre de 2010, se producirá una edición revisada y actualizada de la *Guía*.

***Por favor envíe sus comentarios  
y sugerencias***

al Secretariado del Cluster Global de Salud en:  
healthcluster@who.int indicando “Comentarios  
sobre la Guía del Clúster de Salud” en la línea de  
asunto del mensaje.



## CONTENIDO

<b>Agradecimientos</b>	<b>3</b>
<b>Contenido</b>	<b>5</b>
<b>Acerca de esta Guía</b>	<b>11</b>
<b>Siglas y abreviaturas</b>	<b>13</b>
<b>Glosario de términos clave</b>	<b>15</b>
<b>1. Rol y funcionamiento de un Clúster de Salud</b>	<b>21</b>
1.1 El enfoque de Clúster	23
1.2 El rol del Clúster de Salud	28
1.3 Roles de la agencia líder, del coordinador y los socios del Clúster	31
1.4 Actividades del Clúster durante las distintas fases de la respuesta en salud	40
<b>2. Coordinación efectiva</b>	<b>45</b>
2.1 Implicar a los socios – construir un Clúster de Salud efectivo	47
2.2 Elaborar el mapa de los actores sanitarios	54
2.3 Llevar a cabo reuniones del Clúster con éxito	58
2.4 Trabajar con otros Clústers y entidades coordinadoras	61
2.5 Asegurar el buen manejo de la información	63
2.6 Diseminar información – gestionar las comunicaciones externas	67
<b>3. Evaluación y monitoría de la situación de salud</b>	<b>69</b>
3.1 Necesidades, procesos y herramientas clave de información de salud	73
3.2 Mapeo de recursos y servicios – utilizando HeRAMS	80
3.3 Organización de una evaluación inicial rápida	84
3.4 Organización de evaluaciones y encuestas de seguimiento	91
3.5 Asegurar la alerta y la respuesta tempranas – establecimiento de un EWARS	94

3.6	Monitoría de la situación de salud – re-establecimiento de un sistema de información en salud convencional	96
3.7	Monitoría del desempeño de los servicios de salud	101
<b>4.</b>	<b>Análisis y priorización</b>	<b>105</b>
4.1	Identificación y análisis de problemas, riesgos y brechas	106
4.2	Priorización de los problemas y de las acciones de respuesta	113
<b>5.</b>	<b>Desarrollo de la estrategia y planificación</b>	<b>115</b>
5.1	Desarrollo de una estrategia de respuesta del sector salud durante una crisis	119
5.2	Preparación del componente de salud de un plan común de acción humanitaria	128
5.3	Apoyo a la recuperación del sistema de salud	133
5.4	Toma en cuenta los temas neurálgicos transversales	142
5.5	Desarrollo de planes para contingencias durante la crisis	145
<b>6.</b>	<b>Estándares</b>	<b>147</b>
6.1	Asegurar los estándares – promover las mejores prácticas	150
6.2	Definición y cobertura de las necesidades de formación – construcción de capacidades	156
<b>7.</b>	<b>Promoción y sensibilización para la movilización de recursos</b>	<b>159</b>
7.1	Preparación de los componentes de salud para un llamamiento urgente de ayuda flash	161
7.2	Propuestas de aplicaciones al CERF para el sector salud	164
7.3	Preparación, monitoría y revisión de un llamamiento consolidado de ayuda	165
7.4	Trabajo con los donantes – acceso a fondos de otras fuentes	169
<b>8.</b>	<b>Monitoría del desempeño del Clúster y lecciones aprendidas</b>	<b>173</b>
8.1	Monitoría de la implementación de la respuesta del Clúster de Salud	174
8.2	Organización de evaluaciones y ejercicios de lecciones aprendidas	176

## **9. Listas estándares de servicios y indicadores** **181**

---

9.1	Niveles de atención en salud, subsectores y servicios	181
9.2	Indicadores y valores de referencia	187

## **Lista de figuras**

---

1a	El Clúster de Salud y el panorama ampliado de la coordinación humanitaria	30
1b	Responsabilidades por las funciones principales del Clúster de Salud	35
1c	Roles dentro del Clúster de Salud a nivel país	36
1d	Actividades principales del Clúster durante las diversas fases de la respuesta de emergencia	42
1e	El proceso de planificación e implementación de una respuesta humanitaria del sector salud	44
3a	Necesidades, herramientas y productos esenciales de información	75
3b	Fases de recolección de datos, análisis y planificación después de una crisis de gran envergadura de inicio súbito	77
3c	Niveles de atención, sub-sectores y paquetes/ servicios esenciales iniciales	81
3d	Principales etapas de la organización y la realización de una evaluación rápida	86
3e	Productos esperados de una evaluación inicial rápida en relación con salud incluyendo variaciones entre áreas geográficas o grupos poblacionales	87
3f	Ejemplo de indicadores clave de desempeño de los servicios de salud y niveles de análisis geográfico durante las diversas fases de la respuesta	102
4a	Marco de referencia para el análisis de la situación de salud	107
4b	Ejemplo de plantilla de trabajo para la identificación de prioridades	114
5a	Del análisis a la estrategia de respuesta del sector salud	121

## **Lo que usted encontrará en el CD-ROM adjunto**

---

1. La versión electrónica de la *Guía del Clúster de Salud*
2. Las herramientas del Clúster de Salud

IRA (*Initial Rapid Assessment Toolkit*) – Kit de herramientas para la evaluación inicial rápida que incluye:

- *Guidance notes*
- *Assessment form*
- *Aide memoire*
- *Data entry and analysis tool*

HeRAMS (*Health Resource Availability Mapping System*)

– El sistema de mapeo de recursos sanitarios disponibles, que incluye:

- *Checklist* (versión en inglés y francés)
- *Data collection tool*
- *Darfur HeRAMS Case Study – Sudan, WHO, June 2008*

HANDS (*Health events Analysis & Nutrition Data Surveillance*)

– El aplicativo desarrollado por la HNTS para la “vigilancia de datos sobre eventos de salud para la nutrición, que incluye:

- *Guide* (versión en inglés y francés)
- *Data entry and analysis tool* (versión en inglés y francés)

### 3. Anexos a la *Guía del Clúster de Salud* (como están designados y referidos en el texto)

- A: Términos de referencia genéricos para un líder de Sector/ Clúster a nivel país
- B: Tipos y fases de la evaluación en una crisis humanitaria
- C: Principios generales para todas las actividades de recolección de datos – evaluaciones, encuestas y vigilancia
- D: Elaboración de un plan, una agenda, y un presupuesto de evaluación
- E: Análisis de grupos de interesados
- F: Asuntos transversales prioritarios
- G: Análisis de opciones de respuesta; ejemplos de efectos negativos
- H: Los estándares ESFERA (extractos del capítulo sobre salud)

### 4. Lectura complementaria (lista completa de documentos relevantes en la página 192)

Todos los documentos seleccionados estarán disponibles en versión española cuando sea posible.

## OBJETIVO DE LA RESPUESTA DEL SECTOR SALUD DURANTE LAS CRISIS HUMANITARIAS

**Reducir la mortalidad, morbilidad, y discapacidad evitables, y restaurar la provisión de, y el acceso equitativo a, atención en salud preventiva y curativa tan pronto como sea posible y de la manera más sostenible que sea factible.**

### RESULTADOS ESPERADOS DEL CLÚSTER DE SALUD

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mecanismos de coordinación del sector salud funcionando, contando con la participación de Agencias de las Naciones Unidas, ONGs, Organizaciones de Base Comunitaria, autoridades sanitarias, donantes, y miembros de la comunidad, incluyendo actores en el sitio de base y en el terreno, así como de otros sectores/Clústers</li> <li>✓ Mapa actualizado de los actores en salud, de los servicios de salud disponibles y de las actividades de provisión de servicios</li> <li>✓ Información actualizada sobre la situación y las necesidades de salud, disponible para todos los interesados; reportes de situación/boletines de salud con regularidad</li> </ul>	<p><i>Ver capítulo 2</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Evaluación inicial rápida y análisis de situación, acuerdo sobre problemas de salud y riesgos prioritarios</li> <li>✓ Actualizaciones regulares del análisis de situación, con base en la vigilancia de la situación y los servicios de salud provistos</li> </ul>	<p><i>Ver capítulos 3, 4</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Una estrategia conjunta para la respuesta en salud durante la crisis, actualizada frecuentemente, con prioridades y objetivos claros en relación con los problemas, los riesgos, y las brechas de salud prioritarios</li> <li>✓ Un plan de contingencia conjunto para responder a eventos futuros que puedan impactar sobre la salud de la población o las actividades de respuesta de los socios</li> <li>✓ Distribución de las responsabilidades entre los socios con base en las capacidades para ejecutar sobre el terreno</li> </ul>	<p><i>Ver capítulo 5</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Estándares, protocolos y guías consensuados para la provisión de atención en salud básica, con formatos y reportes estandarizados</li> <li>✓ Materiales de formación y oportunidades para entrenamiento disponibles para que todos los socios puedan, acorde a las necesidades, actualizar sus destrezas y estándares para la provisión de servicios</li> </ul>	<p><i>Ver capítulo 6</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Consenso sobre los elementos relativos al sector salud incluidos en los llamamientos de ayuda y las aplicaciones al CERF; acuerdo sobre las prioridades para la adjudicación de recursos agregados</li> <li>✓ Una estrategia y un plan de promoción/sensibilización comunes</li> </ul>	<p><i>Ver capítulo 7</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Visitas al terreno conjuntas para monitoría; evaluaciones y aprendizaje de lecciones conjuntas</li> </ul>	<p><i>Ver capítulo 8</i></p>



## ACERCA DE ESTA GUIA

### Su propósito

Esta *Guía* sugiere cómo la agencia líder, el coordinador y los socios del Clúster de Salud pueden trabajar juntos durante una crisis humanitaria para lograr los fines de reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad evitables, y restaurar tan pronto como sea posible la provisión y el acceso con equidad a/de servicios de salud preventivos y curativos.

Se resaltan los principios clave de la acción humanitaria en salud y como la coordinación y el esfuerzo conjunto entre los actores del sector salud, trabajando como aliados, pueden mejorar la efectividad y la eficiencia de las intervenciones de salud. Se nutre de documentación del IASC y otras fuentes, pero incluye también lecciones de la experiencia sobre el terreno.

Aunque está dirigida a las agencias líderes, a los coordinadores, y a los socios de Clúster de Salud, la *Guía* resulta igualmente válida para coordinadores y miembros de otros grupos de coordinación del sector salud que buscan lograr acción para la salud coordinada y efectiva en países en los cuales el Enfoque de Clúster no ha sido adoptado formalmente.

Al mencionar el “Clúster de Salud” a lo largo de esta *Guía*, puede entenderse como “Clúster o grupo de coordinación del sector salud”.

Debe resultar útil también en caso en los que se ha decidido combinar Salud y Nutrición en un solo clúster o grupo sectorial a nivel de país.

Esta *Guía* es “genérica” en tanto que debe resultar útil en diferentes contextos de crisis humanitaria, incluyendo crisis de desarrollo súbito así como crisis de gestación lenta y emergencias de desarrollo complejo y prolongado. No responde a todas las especificidades de los diferentes contextos. Después de ser probada sobre el terreno a lo largo de 2009 y la primera mitad del 2010, se incluirá más orientación específica relativa a los diversos contextos.

## Su estructura

El Capítulo 1 explica el rol del Clúster de Salud a nivel nacional y, cuando resulta necesario, a niveles sub-nacionales, y sugiere las acciones principales que es necesario llevar a cabo durante las diferentes de la respuesta. Una tabla en la sección 1.2 resume los principales roles y funciones del Coordinador del Clúster de Salud, la Agencia Líder del Clúster, y los socios del Clúster.

El Capítulo 2 describe los que debe hacerse para establecer y mantener un Clúster efectivo, mientras que los Capítulos 3 a 8 suministran orientación acerca de las funciones específicas mencionadas en la sección 1.2. Cada capítulo resalta los principios clave y resume los que se debe tener en cuenta y llevar a cabo, mencionando las herramientas y los lineamientos que se encuentran disponibles, e indicando los retos potenciales que se pueden encontrar y suministrando recomendaciones prácticas y referencias para mayor orientación. Las herramientas y las guías mencionadas, incluyen, pero no se limitan a, aquellas desarrolladas por el Clúster Global de Salud (*Global Health Cluster*).<sup>1</sup>

Loa anexos y documentos adicionales incluidos en el CD que acompaña la Guía, proveen información complementaria esencial.

Los diversos tipos de viñetas indican diferentes clases de información o guía:

- ✓ = principios; lo que se debe tener siempre en mente
- ☑ = puntos para actuar; lo que se debe hacer
- ⊗ = lo que se debe evitar
- 📖 = documentos de referencia; donde encontrar más información y guía
- = componentes del asunto que se está tratando
- 🌐 = dirección de sitio en la red global (Internet)

<sup>1</sup> Las recuadros con textos sobre las “brechas comunes” al comienzo de los Capítulos 2 al 8 se han tomado de: *Gap guidance materials: assisting the health sector coordination mechanism to identify and fill gaps in the humanitarian response*, GHC, 2008. Presentan brechas comunes encontradas en casos de estudio de operaciones sobre el terreno en diez países durante el período 2004 a 2007.

## SIGLAS Y ABREVIATURAS

3W	( <i>Who is Where doing What</i> ) Quién está Dónde , haciendo Qué
4W	( <i>Who is Where, When, doing What</i> ) Quién está, Dónde, Cuándo, haciendo Qué
ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
BEmOC	( <i>Basic Emergency Obstetric Care</i> ) Atención obstétrica básica de emergencia
CAF	( <i>Country Assistance Framework</i> ) Marco de asistencia de país
CAP	( <i>Consolidated Appeal Process</i> ) Proceso consolidado de llamamiento de ayuda (algunas veces usado erróneamente para llamamiento consolidado)
CDC	( <i>Centers for Disease Control and Prevention</i> ) Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Atlanta, EUA)
CEmOC	( <i>Comprehensive Emergency Obstetric Care</i> ) Atención obstétrica integral de emergencia
CERF	( <i>Central Emergency Response Fund</i> ) Fondo Central de Respuesta a Emergencias
CLA	( <i>Cluster Lead Agency</i> ) Agencia Líder del Clúster (a nivel de país)
CHAP	( <i>Common Humanitarian Action Plan</i> ) Plan común de acción humanitaria (componente de un documento de Llamamiento Consolidado de Ayuda)
ERC	( <i>Emergency Relief Coordinator</i> ) Coordinador de Ayuda de Emergencia
EWARS	( <i>Early Warning and Response System</i> ) Sistema de alerta y respuesta temprana
FTS	( <i>Financial Tracking Service</i> ) Servicios de seguimiento financiero (de OCHA)
GHC	( <i>Global Health Cluster</i> ) Clúster Global de Salud
HANDS	( <i>Health events Analysis &amp; Nutrition Data Surveillance</i> ) vigilancia de datos sobre eventos de salud para la nutrición
HCC	( <i>Health Cluster Coordinator</i> ) Coordinador del Clúster de Salud
HeRAMS	( <i>Health Resources Availability and Mapping System</i> ) Sistema de mapeo de la localización y disponibilidad de recursos de salud
HIC	( <i>Humanitarian Information Centre</i> ) Centro de información humanitaria
HINTS	( <i>Health Information and Nutrition Tracking System</i> ) Sistema de seguimiento de salud y nutrición
HIS/SIS	( <i>Health Information System</i> ) Sistema de Información en Salud
HNTS	( <i>Health and Nutrition Tracking Service</i> ) Servicio de seguimiento de salud y nutrición

IASC	<i>(Inter-Agency Standing Committee)</i> Comité Permanente entre Organismos <sup>2</sup>
iHeRAMS	<i>(Initial Health Resources Availability and Mapping System)</i> Sistema de mapeo de la localización y disponibilidad inicial de recursos de salud
IOM	Oficina Internacional de las Migraciones
IRA	<i>(Initial Rapid Assessment)</i> Evaluación Inicial Rápida
MDTF	<i>(Multi Donor Trust Fund)</i> Fondo Fiduciario de Donantes Múltiples
MinSalud	Ministerio de Salud
OCHA	<i>(Office for the Coordination of Humanitarian Affairs)</i> Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
PCNA	<i>(Post Conflict Needs Assessments)</i> Evaluaciones de necesidades post-conflicto
PDNA	<i>(Post Disaster Needs Assessments)</i> Evaluaciones de necesidades post-desastre
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PSIM	Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (para la salud reproductiva)
SADD	<i>(Sex- and Age-Disaggregated Data)</i> Datos desagregados por sexo y edad
SGBV	<i>(Sexual and other forms of Gender-Based Violence)</i> Violencia sexual y otras formas de violencia basada en el género
TdR	Términos de Referencia
UNDAC	<i>(United Nations Disaster Assessment and Coordination)</i> Equipo de las Naciones Unidas para Evaluación y Coordinación de Desastres
UNDAF	<i>(United Nations Development Assistance Framework)</i> Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo
UNFPA	Fondo de las Naciones Unidas para la Población
UNICEF	Fondo de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de América
WASH	<i>(Water, Sanitation and Hygiene)</i> Agua, higiene y saneamiento

<sup>2</sup> El Comité Permanente entre Organismos incluye a: OCHA, UNICEF, ACNUR, el Programa Mundial de Alimentos, PNUD, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, y la OMS. Son invitados permanentes: CICR, FICR, el Organismo Internacional para las Migraciones, el Consejo Internacional de Agencias Voluntarias (ICVA), Inter-Action, el SCHR (Comité Directivo de Respuesta Humanitaria), RSGIDP (el Representante del Secretario General para los Derechos Humanos de las Personas Desplazadas Internas), el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, y el Banco Mundial.

## GLOSARIO DE TERMINOS CLAVE

Actores sanitarios	Organizaciones e individuos que están involucrados, directa o indirectamente, en la provisión de servicios de salud.
Aliados – <i>Partners</i>  Alianza – <i>Partnership</i>	<p>Individuos y organizaciones que colaboran para conseguir objetivos acordados de manera conjunta.</p> <p>El concepto de “alianza” denota metas compartidas, responsabilidad en común por los resultados, y rendición específica de cuentas y obligaciones recíprocas.</p> <p>Los aliados pueden incluir a gobiernos, representantes de la sociedad civil, agencias del sistema de las Naciones Unidas, organizaciones no-gubernamentales, universidades, asociaciones profesionales y empresariales, organizaciones multilaterales, compañías privadas, etc. [<i>WFP Programme Guidance Manual</i>]</p>
Análisis	El examen metódico y detallado de los elementos constitutivos, la estructura y las inter-relaciones. [ <i>adaptado del Oxford English Dictionary</i> ]
Análisis de género	El análisis de género examina las relaciones entre mujeres y hombres y su acceso a, y control sobre los recursos, así como sobre sus roles y sobre las restricciones a las que se enfrentan comparativamente. Un análisis de género debe estar integrado en la evaluación de necesidades humanitarias y en todos los análisis sectoriales y de situación para asegurar que las injusticias y desigualdades de género no son exacerbadas por las intervenciones humanitarias y que siempre que sea posible se promueva una mayor igualdad y justicia en las relaciones de género. [ <i>IASC Gender Handbook, 2006</i> ]
Clúster	Grupo Sectorial – Un grupo de agencias, organizaciones y/o instituciones que trabajan juntas para lograr objetivos comunes – para responder a las necesidades en un determinado sector (como el de la salud). [ <i>Adaptado de la OMS</i> ]

Coordinación	<p>Un proceso (conjunto de actividades) que reúne diferentes elementos dentro de una relación eficiente o armoniosa [del Diccionario Inglés Oxford].</p> <p>En el contexto de la respuesta humanitaria, la finalidad es lograr que todas las organizaciones participantes trabajen juntas en una alianza para armonizar los esfuerzos y usar los recursos disponibles eficientemente dentro del marco de los objetivos, prioridades y estrategias acordados, para beneficio de la(s) población(es) afectada(s).</p>
	<p>...El proceso proactivo a través del cual la asignación de recursos materiales, humanos, financieros y técnicos se hace de manera más eficiente y efectiva... [Maletín de herramientas del Clúster de Refugio – <i>Shelter cluster tool kit</i>]</p>
Efectividad	<p>Una medida del grado en que se han logrado los objetivos deseados de una intervención (sus objetivos específicos).</p>
Eficiencia	<p>Una medida de la relación entre las salidas (lo producido – los productos elaborados o los servicios provistos por una intervención) y las entradas (los recursos utilizados en la intervención).</p>
Encuesta por Muestreo	<p>Un método estructurado de recogida de información sobre un asunto específico, que luego se puede analizar y comparar estadísticamente. Permite elaborar una semblanza de la situación y de las perspectivas de los encuestados en el momento en el que se realizó la recolección de información.</p>
Enfoque de Clúster ( <i>Cluster approach</i> )	<p>El Enfoque de Grupo Sectorial es una manera de organizar la coordinación y la cooperación entre los actores humanitarios para facilitar la planificación estratégica conjunta. A nivel de país, este enfoque:</p> <p>establece un sistema claro de liderazgo y de rendición de cuentas de la respuesta internacional en cada sector, bajo el liderazgo general del Coordinador Humanitario; y</p> <p>brinda un marco para lograr alianzas efectivas entre actores humanitarios nacionales e internacionales en cada sector.</p> <p>El objetivo es asegurar que las respuestas internacionales estén alineadas apropiadamente con las estructuras nacionales y facilitar vínculos sólidos entre las organizaciones internacionales, las autoridades nacionales, la sociedad civil nacional, y otros grupos de interesados.</p>

Equidad	El atributo de ser justo e imparcial. Disposición del ánimo que mueve a dar a cada uno lo que merece o necesita. [Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua]
Equipo humanitario de país	El equivalente a nivel de país del IASC a nivel global. Liderado por el Coordinador Residente/Humanitario, el equipo humanitario de país normalmente incluye a las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales que son miembros del IASC y tienen presencia en el país, junto con un número similar de ONGs (nacionales e internacionales) escogidas o elegidas como representativas de la comunidad de ONGs en general.
Estrategia	El enfoque o abordaje que será utilizado para conseguir uno o más objetivos definidos.
Evaluación	<p>Una valoración tan objetiva y sistemática como sea posible, del diseño, la implementación y los resultados de un proyecto, programa o política, que esté en curso o haya terminado.</p> <p>Un examen sistemático e imparcial (de la acción humanitaria) llevado a cabo con el objetivo de identificar lecciones para mejorar la práctica y la política y facilitar la rendición de cuentas. [ALNAP]</p> <p>La evaluación responde las siguientes preguntas: ¿Hemos conseguido lo que nos propusimos lograr? Si no, ¿por qué no? y ¿qué debemos cambiar? [Tear Fund]</p>
Evaluación inicial	<p>El grupo de actividades necesarias para comprender una situación dada, incluye la recolección, actualización y análisis de datos relativos a la población de interés (necesidades, capacidades, recursos, etc.), así como el estado de la infraestructura y las condiciones socio-económicas generales en una localización/área determinada. [ACNUR]</p> <p>Un proceso estructurado de recolección y análisis de datos para medir el impacto de la crisis, y proveer un entendimiento de la situación y de amenazas relacionadas existentes, para determinar si se requiere una respuesta y, de ser así, la naturaleza de dicha respuesta. Una evaluación es un ejercicio limitado en el tiempo que produce un reporte y recomendaciones para informar la toma de decisiones en un determinado momento.</p>

Gestión de la Información	El proceso de recibir y almacenar datos de una manera que permita su rápida recuperación cuando sea necesario, y de compilar y analizar de manera sistemática esos datos para generar información para la alerta temprana y con propósitos de gestión, evaluación, y promoción/ sensibilización.
Grupo de interesados – <i>Stakeholder</i>  Análisis de Grupos de Interesados	Una agencia, organización, grupo o individuo que tiene interés directo o indirecto en una actividad en particular, o en su evaluación. (Nota Bene: en lo concerniente a la salud, normalmente esto representa un grupo mucho más amplio que los “actores sanitarios”).  El análisis de grupos de interesados es un análisis de los intereses y de la influencia relativa de los diversos interesados que están involucrados.
Igualdad de género	La igualdad de género, o igualdad entre hombres y mujeres, se refiere al disfrute por igual por parte de mujeres, niñas, niños y hombres de sus derechos, oportunidades, recursos y recompensas. Igualdad no significa que mujeres y hombres sean idénticos, sino que su disfrute de derechos y oportunidades vitales no estén gobernados o limitados por el que sean o no del sexo femenino o masculino. [ <i>IASC Gender Handbook, 2006</i> ]
Impacto	El efecto sobre la población afectada (por ejemplo la reducción de la incidencia de sarampión). [ <i>Guidelines for CAP Mid-year Review</i> ]
Líder de Grupo Sectorial ( <i>Cluster Lead</i> )	Una agencia/organización que formalmente se compromete a asumir un rol de liderazgo dentro de la comunidad humanitaria internacional en un sector o área de actividad específico, para asegurar una respuesta adecuada y altos estándares de predecibilidad, rendición de cuentas y asociación, y para servir como Proveedor de Última Instancia cuando esto sea necesario. [ <i>IASC</i> ]

<p>Monitoría</p>	<p>El proceso/acto de observar y confirmar durante un período de tiempo; mantenimiento de vigilancia sobre algo de forma regular. Observar el curso de uno o varios parámetros para detectar posibles anomalías. (Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española)</p> <p>En el contexto de las operaciones humanitarias, se distinguen dos tipos de monitoría:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) monitoría (vigilancia) de la situación – recogida y análisis con regularidad de datos sobre condiciones y riesgos de salud, acceso a servicios, etc., para detectar y medir cambios.</li> <li>(ii) Monitoría de la implementación de programas y proyectos – recogida y análisis con regularidad de datos sobre insumos y resultados de los proyectos para contestar las siguientes preguntas: ¿Hemos hecho las cosas que dijimos que haríamos? Si no, ¿por qué no? y ¿qué debemos cambiar? [Tear Fund]</li> </ul>
<p>Objetivo</p>	<p>El estado deseado que se pretende lograr – el desenlace deseado.</p> <p>Los objetivos se definen a diferentes niveles: objetivos (o “metas”) generales del programa de emergencia, y objetivos (o “propósitos”) de proyectos individuales que contribuyen al logro de las metas superiores.</p> <p>Los objetivos deben ser específicos, medibles, precisos, realistas y definidos en el tiempo (“SMART” – <i>Specific, Measurable, Accurate, Realistic and Time-bound</i>).</p>
<p>Reforma Humanitaria</p>	<p>Un proceso iniciado por la comunidad humanitaria internacional en 2005 para mejorar la efectividad de la respuesta humanitaria a través de asegurar una mayor previsibilidad y rendición de cuentas y un mayor grado de asociación. Los elementos clave de la reforma son: (1) el Enfoque de Grupo Sectorial; (2) Un sistema del Coordinador Humanitario fortalecido; (3) una financiación humanitaria más adecuada, oportuna, flexible y efectiva; y (4) el desarrollo de alianzas fuertes entre representantes de las Naciones Unidas y otros actores externos a las Naciones Unidas.</p>

Resultado (Output)	Las acciones completadas a la fecha por un proyecto (por ejemplo, 10,000 niños vacunados). [ <i>Guidelines for CAP Mid-year Review</i> ]
Sector	Una parte distintiva de la economía o de la sociedad, o una esfera de actividad.  Conjunto de organizaciones que se engloban en un área diferenciada dentro de la actividad económica y productiva. [Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua]  En el contexto de la respuesta humanitaria, los sectores clave incluyen: agricultura; alimentos; salud; nutrición; protección; refugio; agua, etc.  Ver también “Clúster”.
Sistema de información en salud (HIS)	Un conjunto de actividades y procedimientos que recoge, procesa, analiza, disemina, cataloga y archiva datos provenientes de fuentes primarias y secundarias, y transforma esos datos en información útil para apoyar la toma de decisiones en el sector salud.
Sistema de Salud	Todas las organizaciones, instituciones y recursos dedicados para producir acciones en salud. [OMS 2000]
Vigilancia/ Supervisión	La recolección, análisis e interpretación sistemáticos de datos, con el fin de planificar, implementar y evaluar las intervenciones de salud pública. [OMS]

Ver ejemplos de glosarios más extensos relacionados con acción humanitaria y acción en salud, en:

 <http://www.who.int/hac/about/definitions/en/>

 <http://www.reliefweb.int/rw/lib.nsf/db900SID/AMMF-7HGBXR?OpenDocument>

## ROL Y FUNCIONAMIENTO DE UN CLÚSTER DE SALUD

### ***Puntos clave:***

- ✓ El Grupo Sectorial sirve como un mecanismo para llevar a cabo evaluaciones coordinadas y análisis conjuntos, y para el desarrollo consensuado de prioridades y objetivos generales y de una estrategia de respuesta en salud a las crisis, así como para la monitoría y la evaluación de la implementación y el impacto de dicha estrategia.
- ✓ El Grupo Sectorial debe habilitar el trabajo conjunto de las organizaciones participantes entre sí y con las autoridades sanitarias locales, para armonizar esfuerzos, integrar de manera efectiva el tratamiento de asuntos comunes, y utilizar de manera eficiente los recursos disponibles dentro del marco de los objetivos, las prioridades y las estrategias acordados.
- ✓ Se espera que las organizaciones participantes sean aliados proactivos en las labores de evaluación de necesidades, en el desarrollo de estrategias y planes para la respuesta general del sector; llevando a cabo la implementación de las actividades prioritarias acordadas, prestando la debida atención a los temas comunes clave y adhiriéndose a los estándares establecidos en la máxima medida posible.
- ✓ La Agencia Líder del Grupo Sectorial (CLA por su nombre en inglés: *Cluster Lead Agency*) tiene la responsabilidad ante el Coordinador Humanitario de asegurar el funcionamiento satisfactorio del Grupo Sectorial y debe ser proactiva en sus acciones para conseguir ese correcto funcionamiento.
- ✓ La agencia líder del Grupo Sectorial asigna un Coordinador del Grupo Sectorial de Salud (HCC por su nombre inglés: *Health Cluster Coordinator*) y tiene la responsabilidad de proveer el apoyo administrativo y los otros servicios de apoyo que el Coordinador del Clúster de Salud y el Grupo Sectorial requieran para su funcionamiento efectivo. En general la del Coordinador del Clúster de Salud debe ser una plaza de tiempo completo sin responsabilidad alguna por las actividades y programas propios de la agencia líder.

1 ROL Y FUNCIONAMIENTO DE UN CLÚSTER DE SALUD

2 COORDINACIÓN EFECTIVA

3 EVALUACIÓN Y MONITORÍA DE LA SITUACIÓN DE SALUD

4 ANÁLISIS Y PRIORIZACIÓN

5 DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN

6 ESTÁNDARES

7 PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN PARA LA MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

8 MONITORÍA DEL DESEMPEÑO DEL CLÚSTER Y LECCIONES APRENDIDAS

9 LISTAS ESTÁNDARES DE SERVICIOS Y INDICADORES

○ ANNEXOS

- ✓ El Coordinador del Grupo Sectorial de Salud facilita y lidera el trabajo del Grupo Sectorial, asegurando la coordinación con otros Grupos Sectoriales en cuanto a las actividades relevantes para la salud pública así como en relación con los temas intersectoriales de importancia clave.
- ✓ La organización del Grupo Sectorial, y sus relaciones con las autoridades nacionales varían de acuerdo al contexto.
- ✓ El Coordinador del Grupo Sectorial de Salud toma en consideración todos los temas relacionados con la salud para evitar el establecimiento de grupos independientes en sub-áreas de trabajo del Grupo Sectorial de Salud, como por ejemplo salud reproductiva o salud mental.

La misión del Clúster Global de Salud (GHC por su nombre en inglés: *Global Health Cluster*), liderado por la OMS, es lograr consenso sobre las prioridades humanitarias en salud y sobre las mejores prácticas relacionadas, y fortalecer las capacidades a través de todo el sistema para asegurar una respuesta predecible y efectiva. Tiene el mandato de construir la capacidad global de respuesta humanitaria de tres maneras: (1) suministrando orientación, herramientas, estándares y políticas, (2) estableciendo sistemas y procedimientos para el despliegue rápido de expertos y suministros, y (3) construyendo partenariados globales para implementar y promover este trabajo.

El GHC no brinda apoyo directo a los Clústers a nivel país, el cual debe provenir de las sedes regionales e internacionales de la CLA designada, pero el secretariado del GHC puede ayudar a poner a la Agencia Líder y al Coordinador del Clúster en contacto con fuentes relevantes de soporte técnico cuando esto sea necesario.

Para información sobre el rol, las actividades y los productos del GHC, ver:

 <http://www.humanitarianreform.org>

## 1.1 EL ENFOQUE DE CLÚSTER

### Principios básicos

#### *El porqué del Enfoque de Clúster*

Una revisión independiente encargada por el Coordinador de Ayuda de Emergencia de las NU en 2005 encontró importantes brechas en la respuesta humanitaria. El enfoque de Clúster fue adoptado por el IASC el mismo año para: mejorar la eficiencia y la efectividad de la respuesta humanitaria a las crisis; aumentar la predecibilidad y la rendición de cuentas de todos los sectores clave de la respuesta humanitaria; y asegurar que se responda a todas las brechas en la respuesta humanitaria.

El Enfoque de Clúster es uno de los tres pilares de la reforma humanitaria, junto con el fortalecimiento del sistema del Coordinador Humanitario y el fortalecimiento de la financiación humanitaria a través, entre otras cosas, de la mejora de los pedidos de ayuda y el Fondo Central de Respuesta a Emergencias (CERF, por su nombre en inglés: *Central Emergency Response Fund*). La OCHA ha establecido una sección de apoyo a la coordinación humanitaria (HCSS: *Humanitarian Coordination Support Section*), con base en Ginebra, para apoyar a los Coordinadores Humanitarios y a los miembros del IASC en la implementación de la reforma y la monitoría del progreso de la misma.

1 ROL Y FUNCIONAMIENTO DE UN CLÚSTER DE SALUD

2 COORDINACIÓN EFECTIVA

3 EVALUACIÓN Y MONITORÍA DE LA SITUACIÓN DE SALUD

4 ANÁLISIS Y PRIORIZACIÓN

5 DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN

6 ESTÁNDARES

7 PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN PARA LA MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

8 MONITORÍA DEL DESEMPEÑO DEL CLÚSTER Y LECCIONES APRENDIDAS

9 LISTAS ESTÁNDARES DE SERVICIOS Y INDICADORES

○ ANNEXOS

### ***¿Qué es el Enfoque de Grupo Sectorial?***

El Enfoque de Grupo Sectorial es una manera de organizar la coordinación y la cooperación entre actores humanitarios para facilitar la planificación estratégica conjunta. A nivel de país, este enfoque:

- (i) establece un sistema claro de liderazgo y rendición de cuentas para la respuesta internacional en cada sector, bajo el liderazgo general del coordinador humanitario; y
- (ii) provee un marco para establecer partenariados efectivos entre los actores humanitarios nacionales e internacionales en cada sector.

Más que reemplazar, fortalece los mecanismos de coordinación sectorial existentes.

Se busca asegurar que las respuestas internacionales están alineadas apropiadamente con las estructuras nacionales y facilitar que se establezcan vínculos entre las organizaciones internacionales, las autoridades nacionales, la sociedad civil nacional y otras partes interesadas.

### ***¿Cuándo debe ser utilizado el Enfoque de Grupo Sectorial?***

Se usa en países donde se ha nombrado un Coordinador Humanitario y debería utilizarse en cualquier país en el cual ocurra una nueva emergencia cuyas dimensiones requieran una respuesta multisectorial con la participación de una amplia gama de actores humanitarios internacionales. Donde existe un Grupo Sectorial debería también ser utilizado para la elaboración inter-agencias de planes de contingencia para nuevas emergencias potenciales de gran envergadura.

Los Clústers se basan en los principios humanitarios ampliamente aceptados y en los principios de alianzas acordados por la Plataforma Global Humanitaria<sup>3</sup> – ver los siguientes párrafos.

<sup>3</sup> La Plataforma Global Humanitaria (GHP: *Global Humanitarian Platform*) es un foro puesto en marcha en Julio de 2006 para reunir en igualdad de condiciones a las tres familias principales de la comunidad humanitaria: las organizaciones no-gubernamentales, el movimiento de la Cruz Roja y la Media Luna Roja y las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales relacionadas, con miras a facilitar la efectividad de la acción humanitaria.

## Los principios humanitarios

Según la Resolución 46/182 (de 19 de Diciembre de 1991) de la Asamblea General de las Naciones Unidas, la asistencia humanitaria debe ser provista de acuerdo a los principios de humanidad, neutralidad, e imparcialidad. La adherencia a estos principios está asociada con la rendición de cuentas por parte de la comunidad humanitaria.

- ✓ **Humanidad:** Se debe responder al sufrimiento humano dondequiera que ocurra, prestando atención particular a los miembros más vulnerables de la población, como los niños, las mujeres y los ancianos. Se deben proteger y respetar la dignidad y los derechos de todas las víctimas.
- ✓ **Neutralidad:** La asistencia humanitaria debe ser provista sin participar en hostilidades o tomar partido en controversias de carácter político, religioso, o ideológico.
- ✓ **Imparcialidad:** La asistencia humanitaria debe ser provista sin discriminación en relación a origen étnico, género, nacionalidad, opiniones políticas, raza o religión. El alivio para los que sufren debe estar guiado únicamente por la necesidad y se debe dar prioridad a los casos más urgentes de sufrimiento (OCHA).

## Los principios de alianza o partenariado

- ✓ **Igualdad:** la igualdad requiere respeto mutuo entre los miembros de la alianza independientemente de su tamaño y poder. Los aliados deben respetar entre sí sus correspondientes mandatos, obligaciones e independencia y reconocer las limitaciones y compromisos de cada uno. El respeto mutuo no precluye que las organizaciones participen en desacuerdos constructivos.
- ✓ **Transparencia:** la transparencia se logra a través del diálogo sin distinciones entre todos los aliados, con énfasis en la consulta temprana y el compartir información desde un comienzo. La comunicación y la transparencia, incluyendo la transparencia financiera, aumentan el nivel de confianza entre las organizaciones.
- ✓ **Enfoque orientado a los resultados:** La acción humanitaria efectiva debe estar basada en la realidad y orientada hacia la acción. Esto requiere coordinación orientada hacia la consecución de resultados basada en las habilidades efectivas y capacidades operativas concretas.

1 ROL Y FUNCIONAMIENTO DE UN CLÚSTER DE SALUD

2 COORDINACIÓN EFECTIVA

3 EVALUACIÓN Y MONITORÍA DE LA SITUACIÓN DE SALUD

4 ANÁLISIS Y PRIORIZACIÓN

5 DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN

6 ESTÁNDARES

7 PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN PARA LA MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

8 MONITORÍA DEL DESEMPEÑO DEL CLÚSTER Y LECCIONES APRENDIDAS

9 LISTAS ESTÁNDARES DE SERVICIOS Y INDICADORES

ANNEXOS

- ✓ **Responsabilidad:** Las organizaciones humanitarias tienen una obligación ética entre sí para llevar a cabo sus tareas de manera responsable, con integridad y de manera relevante y apropiada. Las organizaciones deben asegurarse de que se comprometen a llevar a cabo actividades sólo cuando tienen los medios, las competencias, las habilidades y la capacidad para poder cumplir esos compromisos. Se debe también hacer un esfuerzo constante para prevenir los abusos cometidos por humanitarios de manera decidida y robusta.
- ✓ **Complementariedad:** La diversidad de la comunidad humanitaria es un activo si se construye sobre la base de las ventajas comparativas y se complementan las contribuciones de cada uno de los aliados. La capacidad local es uno de los principales activos disponibles a resaltar y sobre los cuales construir. Siempre que sea posible, las organizaciones humanitarias deben esforzarse por hacer de la complementariedad una parte integral de la respuesta a las emergencias. Se deben superar las barreras culturales y de lenguaje.

[Documento de compromiso, Plataforma Global Humanitaria, Julio de 2007, <http://www.icva.ch/ghp.html>]

### Decisiones a nivel país

Las decisiones acerca de *qué Clústers son necesarios* a nivel de país se toman caso por caso por el Coordinador Humanitario en consulta cercana con las agencias del IASC presentes y después de consultar con las autoridades nacionales. Son aprobadas por el Coordinador de la ONU para Ayuda de Emergencia velando por el cumplimiento de los principios del IASC.

Las *agencias líderes de Clúster* se designan con base en las capacidades para desarrollar las funciones requeridas de las diferentes agencias presentes en el país. Pueden, o no, coincidir con el liderazgo del Clúster a nivel global.

Cuando se establecen varios centros de coordinación humanitaria para la planificación y la gestión general de la respuesta humanitaria en diferentes zonas de un área geográfica grande, se pueden establecer los Clústers “zonales” correspondientes con los puntos focales designados por las respectivas agencias líderes de Clúster.

Cuando se establecen Clústers zonales/sub-nacionales, el Clúster a nivel nacional normalmente se concentra en asuntos de política y planificación estratégica, mientras que los Clústers zonales se centran en asuntos de planificación e implementación local.

Aunque los Clústers son establecidos por sectores se reconoce que hay asuntos transversales que son importantes para todos los sectores. Típicamente estos incluyen el género, la edad, VIH/SIDA, y el medioambiente.

La coordinación entre Clústers en estos y otros temas se asegura por un *Grupo de Coordinación Inter-Clústers*, convocado por el líder de equipo de OCHA. Este comité reúne a los coordinadores de todos los Clústers.

## Lecturas complementarias

El documento clave del Enfoque de Clúster, desarrollado tras extensas consultas entre agencias a nivel internacional y validado por los principales socios del IASC es:

 IASC. *Guidance note on using the cluster approach to strengthen humanitarian response*. (Documento de orientación del IASC sobre el uso de la estrategia de los grupos de sectores para fortalecer la respuesta humanitaria). Comité Permanente entre Organismos (IASC), 24 de Noviembre 2006. El Anexo I de este documento presenta los términos de referencia genéricos para los líderes de sector/Clúster a nivel de país.

Para consultar información adicional, ver:

 IASC. *Operational guidance on designating sector/cluster leads in major new emergencies*. Comité Permanente entre Organismos (IASC), 2007.

 IASC. *Operational guidance on designating sector/cluster leads in ongoing emergencies*. Comité Permanente entre Organismos (IASC), 2007.

 IASC. *Operational guidance for cluster lead agencies on working with national authorities*. Comité Permanente entre Organismos (IASC), borrador, Diciembre 2008.

 IASC. *Working Group. Rome statement on cluster roll-out*. Comité Permanente entre Organismos (IASC), 5-7 Noviembre 2007.

 IASC. *Strengthening NGOs participation in the IASC, a discussion paper*. *Inter-Agency Standing Committee*, 24 de Abril 2006.

 IASC. *Principles of partnership, a statement of commitment*. Comité Permanente entre Organismos (IASC), 28 de Marzo 2007.

Para información sobre la Reforma Humanitaria, ver:

 <http://www.humanitarianreform.org/>

1 ROL Y FUNCIONAMIENTO DE UN CLÚSTER DE SALUD

2 COORDINACIÓN EFECTIVA

3 EVALUACIÓN Y MONITORÍA DE LA SITUACIÓN DE SALUD

4 ANÁLISIS Y PRIORIZACIÓN

5 DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN

6 ESTÁNDARES

7 PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN PARA LA MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

8 MONITORÍA DEL DESEMPEÑO DEL CLÚSTER Y LECCIONES APRENDIDAS

9 LISTAS ESTÁNDARES DE SERVICIOS Y INDICADORES

10 ANEXOS



## 1.2 EL ROL DEL CLÚSTER DE SALUD

---

### El propósito del Clúster de Salud

El Clúster de Salud a nivel de País (o el grupo de coordinación existente que adopta el “Enfoque de Clúster”) debe servir como un mecanismo para que las organizaciones participantes trabajen juntas en una alianza para *armonizar esfuerzos y utilizar los recursos disponibles eficientemente* dentro del marco acordado de objetivos, prioridades y estrategias, para beneficio de la(s) población(es) afectada(s). Esto incluye evitar las brechas y/o las redundancias en los recursos (humanos y financieros) y en la respuesta humanitaria internacional en salud.

El Clúster debe proveer un marco para alianzas efectivas entre actores humanitarios en salud nacionales e internacionales, la sociedad civil y otras partes interesadas, asegurando que la respuesta en salud internacional está alineada apropiadamente con las estructuras nacionales.

Los productos específicos que se esperan usualmente del Clúster de Salud están reseñados en la página 9.

### Miembros del Clúster de Salud

A nivel *nacional* el Clúster de Salud normalmente debe incluir:

- Las organizaciones que prestan o apoyan la prestación de servicios de salud en las áreas afectadas – las agencias de las Naciones Unidas (OMS, UNICEF, UNFPA), otras organizaciones internacionales (por ejemplo: OIM, FICR), la sociedad nacional de la Cruz Roja o la Media Luna Roja, ONGs nacionales e internacionales, y los representantes de proveedores clave de servicios de salud privados; y
- Los principales donantes al sector salud así como otras partes interesadas importantes.

Los Clústers a nivel *zonal* (sub-nacional) deben normalmente incluir a las agencias de salud activas en la zona y a los representantes de cualquier donante u otro actor en salud relevante a ese nivel.

## El Clúster, las autoridades sanitarias nacionales y los mecanismos de coordinación existentes

La agencia líder del Clúster de Salud (CLA) sirve como puente entre las autoridades sanitarias nacionales y locales y las ONGs y otros actores humanitarios internacionales. Una responsabilidad clave de la CLA es asegurar que los actores humanitarios internacionales construyan sobre la base de las capacidades locales y que desarrollen y mantengan vínculos apropiados con el gobierno y las autoridades competentes (en particular el MinSalud) y con las organizaciones de la sociedad civil local que ejecuten actividades relacionadas con la salud.

La naturaleza de dichos vínculos dependerá de la situación en el país y de la voluntad y capacidad de esas organizaciones para liderar o participar en actividades humanitarias:

- Cuando el MinSalud tiene una posición fuerte para ejercer el liderazgo general de la respuesta humanitaria en salud, el Clúster debe organizar la respuesta humanitaria internacional en apoyo a los esfuerzos del gobierno huésped. Esta es la situación típica después de un desastre natural.
- En otros casos, particularmente en situaciones de conflicto en curso, puede estar comprometida la voluntad o capacidad de las instituciones del Gobierno o el Estado – incluyendo el MinSalud – para liderar las actividades humanitarias o contribuir a ellas, y esto influirá claramente en la naturaleza de las relaciones que puedan establecer con los actores humanitarios internacionales (IASC, *Guidance note on using the cluster approach to strengthen humanitarian response*, 2006).

En la práctica los acuerdos varían de acuerdo a cada situación. Con frecuencia ha resultado apropiado que un representante del MinSalud y la agencia líder del Clúster de Salud (CLA) codirijan las reuniones tanto a nivel nacional como sub-nacional. Algunas ideas útiles al respecto se encuentran en:

-  IASC. *Advocating with national authorities* (Abogacía con autoridades nacionales). Cluster-Sector Leadership Training Tip Sheet (Consejos y recursos, Formación del IASC sobre liderazgo de grupos). Comité Permanente entre Organismos (IASC), 6 de Julio 2007.

Las relaciones entre el representante de la agencia líder del Clúster de Salud (Rep. CLA), el Coordinador del Clúster de Salud, el

1 ROL Y FUNCIONAMIENTO DE UN CLÚSTER DE SALUD

2 COORDINACIÓN EFECTIVA

3 EVALUACIÓN Y MONITORÍA DE LA SITUACIÓN DE SALUD

4 ANÁLISIS Y PRIORIZACIÓN

5 DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN

6 ESTÁNDARES

7 PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN PARA LA MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

8 MONITORÍA DEL DESEMPEÑO DEL CLÚSTER Y LECCIONES APRENDIDAS

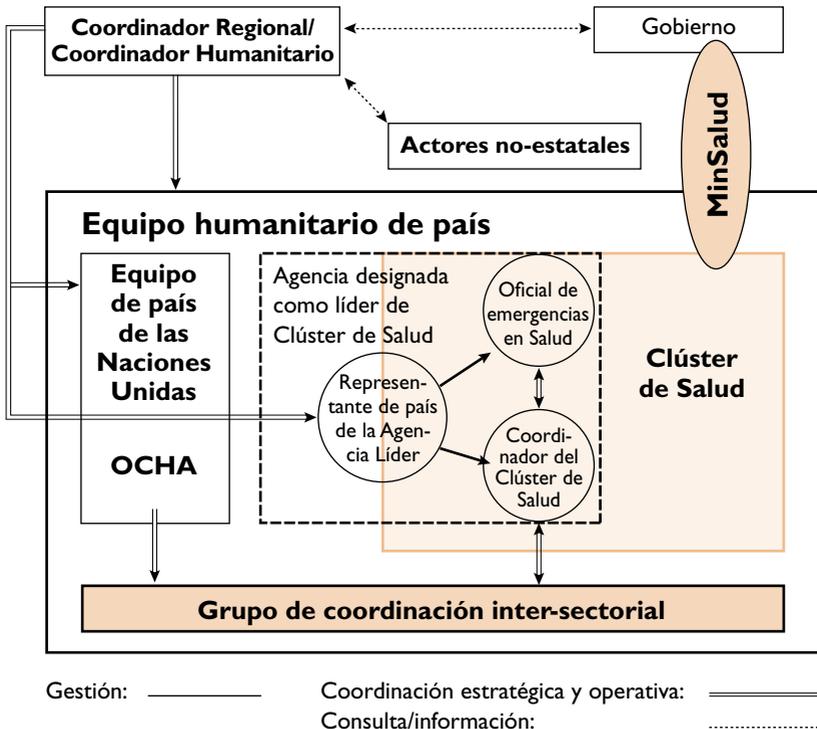
9 LISTAS ESTÁNDARES DE SERVICIOS Y INDICADORES

○ ANNEXOS

Clúster, el Coordinador Regional/Humanitario y el Gobierno/MinSalud se ilustran en la Figura 1a. Resaltando que:

- El representante de la agencia líder del Clúster de Salud rinde cuentas al Coordinador Regional/Humanitario sobre el desempeño satisfactorio del funcionamiento general de la agencia líder del Clúster.
- El Coordinador del Clúster de Salud es un miembro del staff de la agencia líder del Clúster que reporta al Representante de la CLA en representación general del Clúster.
- Como uno de los aliados en salud con actividades programadas que contribuyen a la respuesta general en salud, la CLA normalmente debe estar representada en el Clúster de Salud por el Oficial de Salud en Emergencias de la CLA.
- La coordinación entre los distintos Clústers se asegura en los siguientes dos niveles:

**Figura 1a El Clúster de Salud y la arquitectura ampliada en países afectados por una crisis humanitaria**



- A nivel de las políticas, los representantes/directores de las Agencias Líderes de Clústers se reúnen bajo la dirección del Coordinador Regional/Humanitario ya sea en el contexto del equipo humanitario de país, o en reuniones por separado cuando esto resulte necesario.
- En los niveles estratégico y operativo, los Coordinadores de todos los Clústers se reúnen regularmente bajo la dirección del líder de equipo de la OCHA en el contexto de un grupo de coordinación entre Clústers.

El Grupo de Coordinación entre Clústers (ICCG: *Inter Cluster Coordination Group*) es un mecanismo clave para el trabajo conjunto de los Clústers, para identificar necesidades humanitarias que requieren una respuesta multisectorial, y para trazar las estrategias y planes correspondientes. Este Grupo es el organismo en el cual los Coordinadores de Clúster deben reportar y discutir cómo los diferentes temas transversales y otras necesidades humanitarias han sido puestos de relieve y priorizados entre sectores, y considerar cómo y cuándo es necesaria la acción concertada con otros Clústers.

Esto es relevante particularmente para la respuesta al VIH, la violencia sexual, las discapacidades y los servicios de salud mental y apoyo psicosocial.



### 1.3 ROLES DE LA AGENCIA LÍDER, DEL COORDINADOR Y LOS SOCIOS DEL CLÚSTER

#### Responsabilidades de la agencia líder del Clúster de Salud

La Agencia Líder del Clúster de Salud debe asegurar el establecimiento de un mecanismo de coordinación adecuado para el sector salud. Esto incluye: adaptar los Términos de Referencia (TdR) genéricos para el Coordinador del Clúster de Salud a nivel de país; asegurar que se establezcan relaciones apropiadas con el MinSalud y evitar la duplicación de mecanismos de coordinación del sector salud ya existentes. asegurando la gestión de la información y otros servicios de apoyo necesarios para el funcionamiento satisfactorio del Clúster; designando puntos focales del Clúster de Salud a nivel sub-nacional (zonal) donde esto sea necesario; y abogando por recursos para todos los socios en la acción humanitaria en salud. La Agencia Líder del Clúster de Salud sirve también como “Proveedor de Última Instancia” – ver la viñeta abajo.

1

ROL Y  
FUNCIONAMIENTO  
DE UN CLÚSTER  
DE SALUD

2

COORDINACIÓN  
EFECTIVA

3

EVALUACIÓN  
Y MONITORÍA  
DE LA SITUACIÓN  
DE SALUD

4

ANÁLISIS Y  
PRIORIZACIÓN

5

DESARROLLO DE  
LA ESTRATEGIA Y  
PLANIFICACIÓN

6

ESTÁNDARES

7

PROMOCIÓN Y  
SENSIBILIZA-  
CIÓN PARA LA  
MOVILIZACIÓN  
DE RECURSOS

8

MONITORÍA  
DEL DESEMPEÑO  
DEL CLÚSTER  
Y LECCIONES  
APRENDIDAS

9

LISTAS ESTÁNDAR-  
ES DE SERVICIOS  
Y INDICADORES

ANNEXOS

Las responsabilidades genéricas de los líderes de Clúster a nivel de país están especificadas en:

 IASC. *Guidance note on using the cluster approach to strengthen humanitarian response*. (Documento de orientación del IASC sobre el uso de la estrategia de los grupos de sectores para fortalecer la respuesta humanitaria). Comité Permanente entre Organismos (IASC), 24 de Noviembre 2006. El Anexo I de este documento presenta los términos de referencia genéricos para los líderes de sector/Clúster a nivel de país.

El representante en el país de la Agencia Líder del Clúster rinde cuentas al Coordinador Humanitario por el cumplimiento de esas obligaciones.

Las responsabilidades específicas de la Agencia Líder del Clúster de Salud se ilustran en las primeras dos columnas de las Figuras 1b y 1c.

Simultáneamente, la Agencia Líder del Clúster es un socio más del Clúster y debe estar representada en las reuniones de Clúster por su propio gestor responsable del programa de salud en emergencias.

### ¿Qué se espera del Coordinador del Clúster de Salud?

Los TdR genéricos para un Coordinador de Clúster de Salud se muestran abajo en la segunda columna de la Figura 1c. En resumen, se espera que el Coordinador:

- Habilite que, en coalición, los socios del Clúster sean más efectivos a través del trabajo conjunto de lo que serían individualmente, maximizando el beneficio aportado a la población objetivo por las contribuciones y esfuerzos de cada uno de los socios del Clúster.
- Proveer liderazgo al Clúster en su totalidad, y trabajar en su beneficio, facilitando todas las actividades del Clúster y manteniendo una visión estratégica.
- Asegurar que las necesidades, los riesgos, las capacidades, y las oportunidades son evaluadas y comprendidas de la mejor manera posible, durante todas las etapas de la respuesta humanitaria, y que toda la información es compartida.
- Generar el consenso más amplio posible acerca de las prioridades y de la estrategia de la respuesta en salud a la crisis, respondiendo a las necesidades prioritarias y a los riesgos del sector, incorporando estrategias y promoviendo estándares apropiados.
- Trabajar con los miembros del Clúster tanto colectivamente como de manera individual para identificar las brechas en la respuesta e intentar asegurar que los recursos disponibles estén dirigidos a resolver los problemas prioritarios y que la asistencia y los servicios sean provistos equitativa e imparcialmente a los grupos de población de diferentes áreas con base en sus necesidades.

## PROVISIÓN DE ÚLTIMA INSTANCIA

Cuando sea necesario, y dependiendo del acceso, la seguridad y la disponibilidad de fondos, el líder del Clúster, como Proveedor de Última Instancia, debe estar preparado para asegurar la provisión de los servicios requeridos para llenar las brechas críticas identificadas por el Clúster. Esto incluye las brechas relativas a las necesidades de Recuperación Temprana dentro del sector salud.

Cuando haya brechas críticas persistentes a pesar de los esfuerzos conjuntos para resolverlas, el líder del Clúster tiene la responsabilidad de trabajar junto con las autoridades nacionales, el Coordinador Humanitario y los donantes, para abogar por que se lleven a cabo las acciones apropiadas por los actores relevantes y de movilizar los recursos necesarios para una respuesta adecuada y apropiada.

La responsabilidad de la Agencia Líder del Clúster de Salud por la “Provisión de Última Instancia” debe ser activada cuando se cumplan las siguientes tres condiciones:

1. El Clúster de Salud está de acuerdo en que existe en la respuesta del sector salud una brecha que pone en peligro vidas humanas,
2. no se están cumpliendo uno o más de los indicadores acordados para la respuesta integral del sector salud, y
3. hay evidencia que sugiere que una parte significativa de la población objetivo está en riesgo de muerte evitable si la brecha no se cubre de manera urgente.

- Asegurar la integración efectiva de temas transversales dentro de las estrategias y actividades del Clúster.
- Asegurar la coordinación con otros Clústers en todas las actividades relevantes para la salud pública.

El rol es “facilitar” y “liderar”, no dirigir. El Coordinador del Clúster de Salud no debe ser el mismo administrador del programa de emergencias en salud de la agencia líder del Clúster.

### ¿Qué se espera de los socios del Clúster?

Se espera que los socios del Clúster de Salud se suscriban al objetivo general del Clúster (ver página 9) y que se comprometan también a:

- ✓ Ser proactivos en el intercambio de información, llamando la atención sobre las necesidades y las brechas de servicios, y reportando los progresos, movilizando recursos, y construyendo capacidad local;

1 ROL Y FUNCIONAMIENTO DE UN CLÚSTER DE SALUD

2 COORDINACIÓN EFECTIVA

3 EVALUACIÓN Y MONITORÍA DE LA SITUACIÓN DE LA SALUD

4 ANÁLISIS Y PRIORIZACIÓN

5 DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN

6 ESTÁNDARES

7 PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN PARA LA MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

8 MONITORÍA DEL DESEMPEÑO DEL CLÚSTER Y LECCIONES APRENDIDAS

9 LISTAS ESTÁNDAR DE SERVICIOS Y INDICADORES

○ ANNEXOS

- ✓ Compartir la responsabilidad por las actividades del Clúster de Salud incluyendo la evaluación de necesidades y el desarrollo de planes y guías de actuación, así como la organización de actividades conjuntas de formación; y
- ✓ Respetar y adherirse a los principios, políticas y estándares acordados, e implementar actividades que estén en línea con las prioridades y objetivos acordados.

Sin embargo, corresponde a cada una de las organizaciones determinar sus niveles de participación. El Enfoque de Clúster no requiere que los actores humanitarios rindan cuentas al Coordinador del Clúster de Salud o a la Agencia Líder de Clúster. Sólo las organizaciones que individualmente hayan establecido compromisos específicos con la Agencia Líder de Clúster, deberán rendir cuentas relativas a dichos compromisos.

Los roles y responsabilidades del Representante de la Agencia Líder de Clúster, el Coordinador del Clúster del Salud, y de los aliados del Clúster se resumen más adelante en las Figuras 1b y 1c.

### Lecturas complementarias

- 📖 IASC. *Guidance note on using the cluster approach to strengthen humanitarian response*. (Documento de orientación del IASC sobre el uso de la estrategia de los grupos de sectores para fortalecer la respuesta humanitaria). Comité Permanente entre Organismos (IASC), 24 de Noviembre 2006.
- 📖 IASC. *Operational guidance on the concept of “Provider of Last Resort”* (Documento de orientación del IASC sobre el concepto de “Proveedor de Última Instancia”). Comité Permanente entre Organismos (IASC), Borrador de Mayo de 2008.

### Marco de referencia para la rendición de cuentas dentro del Clúster de Salud a nivel país: definiciones del diagrama RASCI

<b>RESPONSABILIDAD</b>	Aquellos que realizan el trabajo para completar la tarea. Puede haber múltiples recursos responsables.
<b>ATRIBUCIÓN</b>	La persona/personas con la responsabilidad final de que la tarea se ejecute de manera correcta y completa.
<b>SERVICIO</b>	Aquellos que pueden ayudar mientras la tarea se lleva a cabo.
<b>CONSULTA</b>	Aquellos de quienes se buscan sus opiniones. Comunicación de doble-vía.
<b>INFORMACIÓN</b>	Aquellos a quienes se mantiene actualizados sobre el progreso. Comunicación en una sola dirección.

**Figura 1b Diagrama RASCI para las funciones del Clúster de Salud a nivel país**

Funciones	Representante de la Agencia Líder del Clúster	Coordinador del Clúster de Salud	Miembros del Clúster
1. Mecanismos de coordinación e inclusión de actores clave dentro del Clúster de Salud y el mecanismo de coordinación entre Clústers	<b>A</b>	<b>R</b>	<b>R, S</b>
2. Relaciones con otros interesados clave	<b>A, R</b>	<b>R</b>	<b>S, C, I</b>
3. Evaluación de necesidades, monitoría y análisis de la situación, incluyendo la identificación de brechas en la respuesta en salud	<b>A</b>	<b>R</b>	<b>R, S, C</b>
4. Desarrollo de estrategia y eliminación de las brechas	<b>A</b>	<b>R</b>	<b>R, S</b>
5. Planificación para las contingencias	<b>A, R</b>	<b>R</b>	<b>R</b>
6. Aplicación de estándares	<b>R, S</b>	<b>R, S</b>	<b>A, R</b>
7. Formación y refuerzo de las capacidades, incluyendo preparación previa para las emergencias	<b>A</b>	<b>S</b>	<b>R, S, C</b>
8. Monitoría y reporte	<b>A, R</b>	<b>R</b>	<b>R, S</b>
9. Promoción/Sensibilización y movilización de recursos	<b>A, R</b>	<b>S, C</b>	<b>S, C</b>
10. Proveedor de Última Instancia	<b>A, R</b>	<b>S</b>	<b>S, C</b>

La Figura 1b presenta un ejemplo de la atribución a las distintas audiencias dentro del Clúster del Salud de los roles definidos en el diagrama RASCI, incluyendo la rendición de cuentas y la responsabilidad, entre otros. El contexto específico del país puede requerir diferentes atribuciones de roles y responsabilidades a los principales miembros del Clúster de Salud. Esta consideración debe hacer parte de las discusiones que se han de llevar a cabo entre los miembros del Clúster, tanto al inicio del trabajo como de manera periódicamente durante la ejecución.

Figura 1c Roles dentro del Clúster de Salud a nivel país

Funciones (1)	Agencia Líder del Clúster		Miembros del Clúster (4)
	Representante de la Agencia Líder del Clúster [Rep.CLA] (3)	Coordinador del Clúster de Salud (2)	
<p>1. Mecanismos de coordinación e inclusión de todos los actores dentro del Clúster de Salud y el mecanismo de coordinación entre Clústers (1+2)</p> <p><i>Ver Capítulos 1 y 2</i></p>	<p>Nombrar un Coordinador del Grupo Sectorial de Salud y asegurar los servicios de apoyo necesarios para el funcionamiento efectivo del Clúster. [Rep.CLA]</p> <p>Cuando sea necesario, usar las relaciones de trabajo existentes con las autoridades nacionales y las organizaciones internacionales, la sociedad civil y los actores no-estatales activos en el sector salud para facilitar su participación en el Clúster y sus relaciones con el Coordinador del Clúster de Salud. [Rep.CLA/Administrador de Programa de Respuesta Sanitaria a las Emergencias]</p> <p>Asegurar que los mecanismos de coordinación sectorial se adapten a medida que pasa el tiempo para reflejar la evolución de la crisis y de las capacidades de los actores locales y el compromiso de los aliados en el proceso de desarrollo. [Rep.CLA]</p> <p>Trabajar dentro del Equipo Humanitario del País para ayudar a asegurar un entendimiento y una priorización apropiados de los problemas de salud y que cuando sean necesarias se realicen acciones inter-sectoriales/ dentro del Clúster. [Rep.CLA]</p>	<p>1a. Identificar y contactar a las partes interesadas del sector salud así como a los mecanismos de coordinación existentes, incluyendo las organizaciones internacionales.</p> <p>2. Organizar reuniones de coordinación regularmente con los miembros del Clúster de Salud a nivel país, construyendo siempre que sea posible sobre la base de foros ya existentes de coordinación del sector salud.</p> <p>3. Recoger información proveniente de todos los miembros, sobre ¿Quién está?, ¿Dónde?, ¿Desde? Hasta Cuándo?, ¿Haciendo Qué?, y regularmente alimentar la base de datos gestionada por OCHA (4VV). Proveer retroalimentación con información consolidada a todos los miembros y a los otros Clústers.</p> <p>10. Representar al Clúster de Salud en los mecanismos de coordinación intersectorial a nivel de país y sobre el terreno, contribuyendo a la identificación conjunta de asuntos críticos que requieran respuestas multisectoriales, y planificar con los otros Clústers las intervenciones sinérgicas correspondientes.</p>	<p>Participar activamente en las reuniones y actividades del Clúster a nivel nacional y local.</p> <p>Coordinar con las autoridades y los actores sanitarios locales en las áreas en que están trabajando.</p> <p>Compartir información sobre la situación y sobre las actividades de su propia organización.</p> <p>Favorecer la participación de los actores locales del sector salud en los mecanismos periféricos de coordinación relevantes, cuando estos últimos existan.</p> <p>Proponer maneras en las que el Clúster puede ser más efectivo en su apoyo a la provisión de servicios de salud en el terreno, y al acceso con equidad a los mismos.</p>
<p>2. Coordinación con las Autoridades Nacionales y otros actores locales (3)</p> <p><i>Ver Capítulo 1</i></p>	<p>En coordinación con el Coordinador Humanitario, mantener enlaces y diálogo apropiados con otras autoridades nacionales y locales, así como con instituciones estatales, la sociedad civil local y otros actores de importancia (por ej.: fuerzas militares locales, nacionales e internacionales, fuerzas de paz y actores no-estatales) cuyas actividades afectan el espacio humanitario y los programas de salud relacionados. [Rep.CLA]</p>	<p>1b. Identificar y contactar a las autoridades nacionales, así como a las ONGs nacionales y a los representantes de la sociedad civil.</p>	<p>Consultar con el Coordinador del Clúster de Salud y la Agencia líder de Clúster acerca de las relaciones propias con las partes interesadas clave en el terreno donde se actúa.</p>
<p>3. Evaluación y análisis de necesidades, incluyendo la identificación de brechas (6)</p> <p><i>Ver Capítulos 3 y 4</i></p>	<p>Según sea necesario, poner la experiencia técnica de la Agencia Líder del Clúster, así como otros recursos, a disposición para llevar a cabo las evaluaciones de: necesidades, del Clúster, y de la acción inter-sectorial. [Rep.CLA]</p> <p>Participar activamente en el análisis de la información disponible sobre el estado y los riesgos de salud, los recursos sanitarios, y el desempeño de los servicios de salud, y en la vigilancia continuada de estos aspectos clave. [Administrador de Programa de Respuesta Sanitaria a las Emergencias]</p>	<p>4. Evaluar y monitorizar la disponibilidad en las áreas de crisis de los recursos y servicios de salud provistos por todos los actores de salud utilizando la herramienta HeRAMS (Sistema de mapeo de la localización y disponibilidad de Recursos de Salud), del Clúster Global de Salud.</p>	<p>Participar en las evaluaciones y en el análisis de datos conjuntos, poniendo a disposición cuando sea posible su personal y otros recursos disponibles que se requieran.</p> <p>Proveer reportes mensuales regulares de actividad sobre los servicios de salud apoyados en los diferentes niveles de atención.</p>

Funciones (1)	Agencia Líder del Clúster		Miembros del Clúster (4)
	Representante de la Agencia Líder del Clúster [Rep.CLA] (3)	Coordinador del Clúster de Salud (2)	
	En coordinación con las autoridades sanitarias nacionales, asegurar el establecimiento rápido de un sistema apropiado de alerta y respuesta temprana (EWARS) [Rep.CLA/OMS]	<p>5. Asegurar que se identifican las necesidades humanitarias de salud a través planificar y coordinar evaluaciones iniciales rápidas realizadas de manera intersectorial conjunta, adaptando la herramienta IRA de Evaluación Inicial Rápida al contexto local, así como las evaluaciones de seguimiento de mayor profundidad a nivel de sub-sectores sanitarios que sean necesarias.</p> <p>6. Movilizar a los miembros del Clúster de Salud para contribuir a establecer y mantener un sistema de alerta y respuesta temprana (EWARS) y reportar regularmente sobre los servicios de salud provistos a la población afectada y sobre la situación en las áreas en que se prestan esos servicios.</p>	Colaborar en el reporte pronto y oportuno al sistema de alerta y respuesta temprana (EWARS) por parte de las instituciones de salud seleccionadas como sitios centinelas.
<p>4. Desarrollo de estrategia y planificación [8], incluyendo: enfoques basados en las comunidades [4], atención a temas transversales prioritarios [5] y eliminación de brechas <i>Ver Capítulo 5</i></p>	<p>Participar activamente en el análisis de brechas, la definición de prioridades, y el desarrollo de una estrategia de respuesta en salud a la crisis y un plan de acción para el Clúster. Asegurar que las respuestas humanitarias se construyen desde la base de las capacidades locales, y que se responde a las necesidades, contribuciones y capacidades de los grupos vulnerables. [Administrador de Programa de Respuesta Sanitaria a las Emergencias]</p> <p>Asegurar que los planes de Sector/ Clúster tienen en cuenta las políticas y estrategias nacionales y las lecciones aprendidas localmente, e incorporan estrategias apropiadas de salida o transición. [Rep.CLA/Administrador de Programa de Respuesta Sanitaria a las Emergencias]</p> <p>Asegurar que son identificadas y se le saca partido desde el momento más temprano posible a las oportunidades para promover la recuperación y reconstrucción apropiada del sistema de salud, y que las medidas de reducción de riesgos son incorporadas en las estrategias y planes del Clúster. [Rep.CLA/Administrador de Programa de Respuesta Sanitaria a las Emergencias]</p>	<p>7. Liderar y contribuir al análisis conjunto por el Clúster de Salud de la información sobre el sector salud y de los datos (ver puntos 3, 4, 5, y 6) conducentes a la identificación conjunta de brechas en la respuesta sectorial y a lograr acuerdos sobre las prioridades para informar el desarrollo (o la adaptación) de una estrategia de respuesta a la crisis en salud.</p> <p>12a. Proveer liderazgo y direccionamiento estratégico al Clúster de Salud para llegar a acuerdos sobre las prioridades y estrategias, y para la planificación conjunta en respuesta a las brechas críticas no cubiertas.</p> <p>15. Durante las crisis prolongadas o en el contexto de recuperación del sector salud, asegurar vínculos apropiados entre las acciones humanitarias y los planes sectoriales de largo plazo, incorporando el concepto de "reconstruir mejor", así como medidas específicas de reducción de riesgos.</p>	<p>Participar en el análisis de brechas, el establecimiento de prioridades y la elaboración de una estrategia de respuesta en salud a la crisis y un plan de acción del Clúster.</p> <p>Asegurar que las actividades de los proyectos propios contribuyen a la estrategia de respuesta de salud acordada y tomar debida cuenta de los asuntos transversales prioritarios.</p> <p>Planificar/adaptar las actividades propias para contribuir a llenar las brechas identificadas.</p> <p>Asegurar que las actividades de los proyectos propios de la organización promueven la recuperación y contribuyen a la reducción de riesgos, siempre que sea posible y desde el momento más temprano.</p>
<p>Planificación para las contingencias [7] <i>Ver la sección 5.5</i></p>	Participar activamente a nivel de Clúster/ interagencias en la planificación para las contingencias y en la preparación para nuevos eventos o degradación de la situación. [Administrador de Programa de Respuesta Sanitaria a las Emergencias]	11. Liderar la planificación conjunta por el Clúster de Salud para responder cuando sea preciso a nuevos eventos potenciales o a degradación de la situación.	Llevar a cabo la planificación de contingencia en las áreas de operación conjunta con otros miembros del Clúster para posibles eventos futuros/degradaciones de la situación.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

Funciones (1)	Agencia Líder del Clúster		Miembros del Clúster (4)
	Representante de la Agencia Líder del Clúster [Rep.CLA] (3)	Coordinador del Clúster de Salud (2)	
6. Aplicación de estándares [9] <i>Ver Capítulo 6</i>	Asegurar que todos los miembros del Clúster están al tanto de los lineamientos políticos nacionales y estándares técnicos relevantes, y de las mejores prácticas reconocidas a nivel internacional. [Rep.CLA/Administrador de Programa de Respuesta Sanitaria a las Emergencias]  Donde los estándares nacionales no estén alineados con los estándares y mejores prácticas internacionales, negociar la adopción de estas últimas en las áreas en crisis. [Rep.CLA]	13. Promover la adherencia por parte de todos los miembros del Clúster de Salud a estándares y mejores prácticas, teniendo en cuenta la necesidad de adaptación local. Promover el uso de la Guía del Clúster de Salud para asegurar la aplicación de enfoques, herramientas y estándares comunes.	Adherirse a los estándares y protocolos acordados y siempre que sea posible promover su adopción para la provisión de servicios de salud.
7. Formación y desarrollo de las capacidades] <i>Ver Capítulo 6</i>	Promover/apoyar la formación del personal y el fortalecimiento de las capacidades de los socios humanitarios, y apoyar los esfuerzos de las autoridades nacionales y de la sociedad civil para asegurar servicios de salud apropiados y sostenibles. [Rep.CLA/Administrador de Programa de Respuesta Sanitaria a las Emergencias]	14. Identificar las necesidades urgentes de formación sobre los estándares técnicos y los protocolos para la provisión de servicios de salud claves, para asegurar su adopción y aplicación uniforme por parte de todos los miembros del Clúster de Salud.  Coordinar la diseminación de materiales técnicos clave y la organización de talleres esenciales o actividades de capacitación interna continuada dentro de las organizaciones.	Asegurar que el personal propio está adecuadamente entrenado para las actividades asumidas.  Identificar y hacer conocer las necesidades propias de formación, y asignar personal para que atienda las oportunidades de formación cuando estas estén disponibles.  Colaborar en la organización de actividades de formación para los actores sanitarios locales y otros aliados, poniendo a disposición formadores y otros recursos disponibles cuando sea posible.
8. Monitoría y reporte [10] <i>Ver Capítulo 8</i>	Producir y diseminar los reportes de situación del Clúster y los reportes de salud regulares utilizando información provista por el Coordinador del Clúster de Salud. [Administrador de Programa de Respuesta Sanitaria a las Emergencias/Oficial de Comunicaciones]	9. Asegurar la contribución activa y la participación de los miembros en la vigilancia conjunta de los planes de acción individuales y colectivos para las intervenciones en salud; revisar, clasificar y diseminar esta y otra información relacionada con el sector salud a través de los reportes de situación del Clúster y/o en los reportes de salud regulares.	Participar y estar de acuerdo en la definición de la información y los reportes que los miembros del Clúster deban suministrar al Coordinador del Clúster de Salud, y proveer dicha información y reportes a tiempo.
9. Promoción/sensibilización u movilización de recursos [11] <i>Ver Capítulo 7</i>	Proveer información de manera regular a los medios de comunicación y, cuando haya puntos de consenso acordados entre los miembros del Clúster, representar al Clúster en ruedas de prensa, entrevistas, etc. [Rep.CLA/Oficial de Comunicaciones]  Abogar porque los donantes financien actividades de salud prioritarias realizadas por todos los miembros del Clúster. [Rep.CLA]	12b. Proveer liderazgo y direccionamiento estratégico al Clúster de Salud para el desarrollo de los componentes del sector salud para el llamamiento urgente de ayuda (flash appeal), así como para las propuestas para el plan común de acción humanitaria (CHAP), el proceso consolidado de llamamiento de ayuda (CAP), el Fondo Central de Respuesta a Emergencias (CERF) y para otros documentos de planificación y financiación interagencias.	Contribuir a los esfuerzos generales del Clúster de abogar por que se dé atención apropiada a todas las necesidades de salud pública (y a los principios humanitarios en general)  Siempre que sea posible y apropiado, presentar las actividades propias dentro del contexto general de los esfuerzos del sector salud.

Funciones (1)	Agencia Líder del Clúster		Miembros del Clúster (4)
	Representante de la Agencia Líder del Clúster [Rep.CLA] (3)	Coordinador del Clúster de Salud (2) <sup>2</sup>	
	Representar los intereses del sector salud en las discusiones sobre prioridades, movilización de recursos y promoción/sensibilización, con el Coordinador Humanitario y con otras partes interesadas. [Rep.CLA]		Resaltar la importancia de – y su propio compromiso con – la coordinación y la colaboración.
10. Proveedor de Última Instancia [13]	Actuar como proveedor de última instancia (dependiendo del acceso, la seguridad, y la disponibilidad de fondos) para responder a necesidades prioritarias acordadas. Informar al Coordinador Humanitario y a las oficinas centrales propias de la Agencia Líder del Clúster sobre las necesidades de recursos y trabajar con ellos para asegurar la disponibilidad de los recursos necesarios. [Rep.CLA/Administrador de Programa de Respuesta Sanitaria a las Emergencias]	8. Informar al Representante de la Agencia Líder del Clúster sobre las brechas prioritarias que no pueden ser cubiertas por ninguno de los miembros del Clúster y requieren la acción de la Agencia Líder del Grupo como proveedor de última instancia.	Cuando esto sea necesario, llamar la atención sobre la necesidad de activar la Función de Proveedor de Última Instancia.

**Notas:**

<sup>1</sup> En esta primera columna, [#] = puntos correspondientes en los Términos de Referencia genéricos para las Agencias Líderes de Clúster.

<sup>2</sup> Una vez el Enfoque de Clúster se ha activado y se ha designado a la Agencia Líder de Clúster, el representante de país y la oficina local de la Agencia Líder tienen la responsabilidad de asumir, de la manera más amplia posible, las funciones del Coordinador de Clúster, hasta tanto se designe y se haga presente un Coordinador de Clúster asignado.

<sup>3</sup> El Representante de la Agencia Líder de Clúster (Rep.CLA) tiene la responsabilidad de asegurar que todas estas funciones se lleven a cabo satisfactoriamente. Ciertas funciones pueden ser delegadas, como resulte apropiado, al Administrador del Programa de Respuesta Sanitaria a las Emergencias y a otro personal de la Agencia, pero aquellas funciones marcadas [Rep.CLA] deben ser realizadas en persona por el Representante, o ser delegadas al Coordinador de Clúster de Salud.

<sup>4</sup> Los socios del Clúster normalmente estarán representados en las reuniones del Clúster por sus directores de país o sus responsables de programa de respuesta sanitaria de emergencia. La Agencia Líder de Clúster normalmente estará representada como uno de los miembros del Grupo por su administrador de programa de emergencias.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10



## 1.4 ACTIVIDADES DEL CLÚSTER DURANTE LAS DIVERSAS FASES DE LA RESPUESTA EN SALUD

---

La Figura 1d menciona las principales acciones que deben realizarse durante cuatro distintas fases de la respuesta. El marco temporal y el foco de la respuesta durante cada fase dependen de la naturaleza de la situación de crisis/desastre. Se debe tener en cuenta que:

- La Fase 1 necesita completarse muy rápidamente en caso de una catástrofe de inicio súbito. Aunque las actividades a realizar son similares, estas pueden tomar un poco más de tiempo en el caso de una crisis de gestación lenta.
- Para algunas emergencias, puede haber una fase de alerta temprana con anterioridad al inicio de la crisis.
- En algunos casos, en particular cuando se trata de emergencias complejas (conflictos), la situación puede evolucionar de manera distinta en diversas partes del país; la fase aguda puede durar más en algunas áreas que en otras, y puede haber retrocesos francos en algunas de las áreas.

La Figura 1e ilustra los procesos de planificación y administración de programas que los miembros del Clúster deben tener en mente y que el Coordinador debe facilitar. Se debe recordar que:

- La evaluación, el análisis, la definición de común acuerdo de objetivos, prioridades y estrategias, y la monitoría de la implementación de la estrategia de respuesta en salud a la crisis son responsabilidad del *Clúster como un todo, con el liderazgo del Coordinador de Clúster de Salud*.
- La planificación, implementación, monitoría, y evaluación detalladas de proyectos individuales son responsabilidad de la *organización ejecutora correspondiente*. Sin embargo, donde se ha adoptado por completo el “Enfoque de Clúster” y las organizaciones trabajan en alianza, el Coordinador de Clúster de Salud y los miembros del Clúster pueden organizar monitoría conjunta y patrocinar conjuntamente evaluaciones de proyectos independientes, incluyendo evaluaciones concurrentes (o “en tiempo real”), con el liderazgo del Coordinador del Clúster.
- El proceso de evaluación, análisis, y planificación es *iterativo*: se llevan a cabo mejoras y ajustes a medida que se dispone de información actualizada – ver Capítulo 3, especialmente la Figura 3b.

Vale anotar que la Figura 1e refleja un proceso ideal para consensuar una estrategia de respuesta de salud a una crisis (paso 2), seguido del establecimiento por cada organización de sus propios planes dentro del contexto de esa estrategia de respuesta (Paso 3). Esto debe ser posible desde un comienzo en dos situaciones: (i) en caso de una crisis de gestación lenta; y (ii) cuando se había preparado de antemano un plan de contingencias inter-agencias.

En otros casos, los pasos 2 y 3 se llevarán a cabo en paralelo durante las fases iniciales:

- El Coordinador de Clúster de Salud tendrá que trabajar para reunir la mayor cantidad posible de actores de salud claves para compartir información y progresivamente ir desarrollando un análisis compartido de la situación y de las necesidades, así como acuerdos sobre las metas generales y las estrategias de respuesta, y, eventualmente, un plan estratégico global de respuesta de salud a la crisis. Paralelamente,
- Las organizaciones elaboran sus propios planes iniciales de actuación, teniendo en cuenta el plan estratégico general acordado por el Clúster de Salud así como lo que se conoce de los planes de respuesta de otros actores, al tiempo que mantienen la flexibilidad necesaria para ajustar sus planes si/cuando resulta necesario, para responder mejor a las necesidades prioritarias.

En cada situación, los aliados del Clúster de Salud (liderados por el Coordinador del Clúster) deberán lograr acuerdos generales sobre qué procesos, sean conjuntos o colaborativos, se deben seguir para la evaluación, el análisis, el desarrollo de estrategias y la planificación.

**1** ROL Y FUNCIONAMIENTO DE UN CLÚSTER DE SALUD

**2** COORDINACIÓN EFECTIVA

**3** EVALUACIÓN Y MONITORÍA DE LA SITUACIÓN DE SALUD

**4** ANÁLISIS Y PRIORIZACIÓN

**5** DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN

**6** ESTÁNDARES

**7** PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN PARA LA MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

**8** MONITORÍA DEL DESEMPEÑO DEL CLÚSTER Y LECCIONES APRENDIDAS

**9** LISTAS ESTÁNDARES DE SERVICIOS Y INDICADORES

**○** ANNEXOS

## Figura 1d Actividades principales del Clúster durante las diversas fases de la respuesta de emergencia

<p><b>Fase 1</b></p> <p><b>Crisis de inicio súbito:</b> Primeras 24-72 horas</p> <p><b>Crisis de gestión lenta:</b> Primeras 1-2 semanas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Contactos preliminares, activación del plan de contingencias inter-agencias (si existe)</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Indagaciones preliminares y consolidación de la información</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Primera(s) reuniones para coordinar el Clúster de Salud – a nivel nacional y sub-nacional             <ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Escenario de trabajo preliminar (necesidades y riesgos de salud anticipados)</li> <li>↳ Inventario preliminar de recursos “Quién-Dónde-Cuándo-Qué” (4W) y análisis preliminar de brechas</li> <li>↳ Identificación de prioridades y acciones iniciales con perspectiva de género</li> </ul> </li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Establecimiento de una oficina y una base de datos para la coordinación de salud</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Preparación y disseminación del primer boletín de Clúster/Sector de Salud.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Participación en las reuniones iniciales de coordinación entre Clústers/Sectores; contribución al análisis y la planificación inicial entre Clústers/Sectores</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Recolección de información sobre la situación previa a la crisis</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Planificación de la evaluación rápida inicial (IRA)</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Iniciar el sistema de alerta y respuesta temprana (EWARS)</li> </ul>
--	--



<p><b>Fase 2</b></p> <p><b>Crisis de inicio súbito:</b> Primeros 4-10 días</p> <p><b>Crisis de gestión lenta:</b> Primer mes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Implementación del Sistema de Mapeo y Disponibilidad Inicial de Recursos de Salud (iHeRAMS)</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Lanzamiento de la Evaluación Inicial Rápida (IRA)</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Implementación completa del Sistema de Alerta y Respuesta Temprana</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Establecimiento de sistema de información sanitaria de emergencia (notificación desde el terreno)</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Definición de estándares y protocolos</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Reuniones regulares de coordinación en salud – a nivel nacional y subnacional             <ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Escenario de trabajo, inventario de recursos y análisis de brechas actualizados</li> <li>↳ Acuerdo actualizado sobre prioridades y acciones con perspectiva de género</li> </ul> </li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Formulación de plan estratégico inicial para el sector salud</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Preparación del componente de salud del llamamiento urgente de ayuda de Naciones Unidas-OCHA (si lo hay)</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Preparación de propuestas para financiación CERF (si se hacen)</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Preparación y disseminación de boletines regulares del sector salud</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Participación continuada en las reuniones de coordinación entre Clústers/Sectores; contribución al análisis y la planificación entre Clústers/Sectores y a la integración efectiva alrededor de temas transversales, incluyendo la igualdad de género</li> </ul>
--	--

<p><b>Fase 3</b></p> <p><i>Crisis de inicio súbito:</i> 4 a 6 semanas en caso de desastre, y hasta 3 meses en caso de conflicto</p> <p><i>Crisis de gestación lenta:</i> 2-3 meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☑ Implementación completa del Sistema de Mapeo y Disponibilidad de Recursos de Salud (HeRAMS) y del Sistema de Información en salud</li> <li>☑ Coordinación de las contribuciones a la vigilancia y a la alerta y respuesta tempranas</li> <li>☑ Continuación de reuniones de coordinación de salud con regularidad (por ej. semanalmente)</li> <li>☑ Desarrollo de la estrategia de respuesta sanitaria de emergencia</li> <li>☑ Escenario de planificación (problemas y riesgos en salud identificados)</li> <li>☑ Objetivos, estrategias, y plan de acción globales del Clúster de Salud</li> <li>☑ Implementación y monitoría de la respuesta inicial (con indicadores sensibles a la perspectiva de género)</li> <li>☑ Preparación del plan común de acción humanitaria (CHAP) y del proceso consolidado de llamamiento de ayuda (CAP).</li> <li>☑ Movilización de recursos</li> <li>☑ Actualización frecuente del inventario de recursos y de los análisis de brechas</li> <li>☑ Establecimiento de grupos técnicos de trabajo cuando sean necesarios</li> <li>☑ Organización de formación conjunta cuando esta sea necesaria</li> <li>☑ Coordinación de apoyo logístico para las actividades de salud</li> <li>☑ Monitoría de la implementación de la estrategia de respuesta sanitaria a la crisis y del plan de acción del Clúster</li> </ul>
↓	
<p><b>Fase 4</b></p> <p>(Respuesta humanitaria continuada y recuperación progresiva)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☑ Continuación de reuniones de coordinación de salud con regularidad (por ejemplo cada dos semanas)</li> <li>☑ Actualización periódica del escenario de planificación, del Sistema de Mapeo y Disponibilidad de Recursos de Salud y de los análisis de brechas</li> <li>☑ Coordinar el reemplazo de equipos internacionales que se marchan</li> <li>☑ Establecimiento/suspensión de grupos técnicos de trabajo, según sea necesario</li> <li>☑ Mantenimiento de Sistema de Información en Salud, de la vigilancia y del Sistema de Alerta y Respuesta Temprana</li> <li>☑ Evaluación concurrente o intermedia/de medio-término de la respuesta del sector salud</li> <li>☑ Evaluación exhaustiva de conjunto/evaluaciones en profundidad de subsectores, según sea necesario</li> <li>☑ Actualización del plan estratégico/de acción con énfasis progresivo en la recuperación</li> <li>☑ Planificación de contingencia para posible cambios en la situación</li> </ul>
↓	
<p><b>Retirada progresiva paulatina</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☑ Plan de retirada progresiva de los programas de emergencia a medida que aumentan los programas de recuperación</li> <li>☑ Evaluación final (ex-post) y ejercicio de lecciones aprendidas</li> </ul>

1

2

3

4

5

6

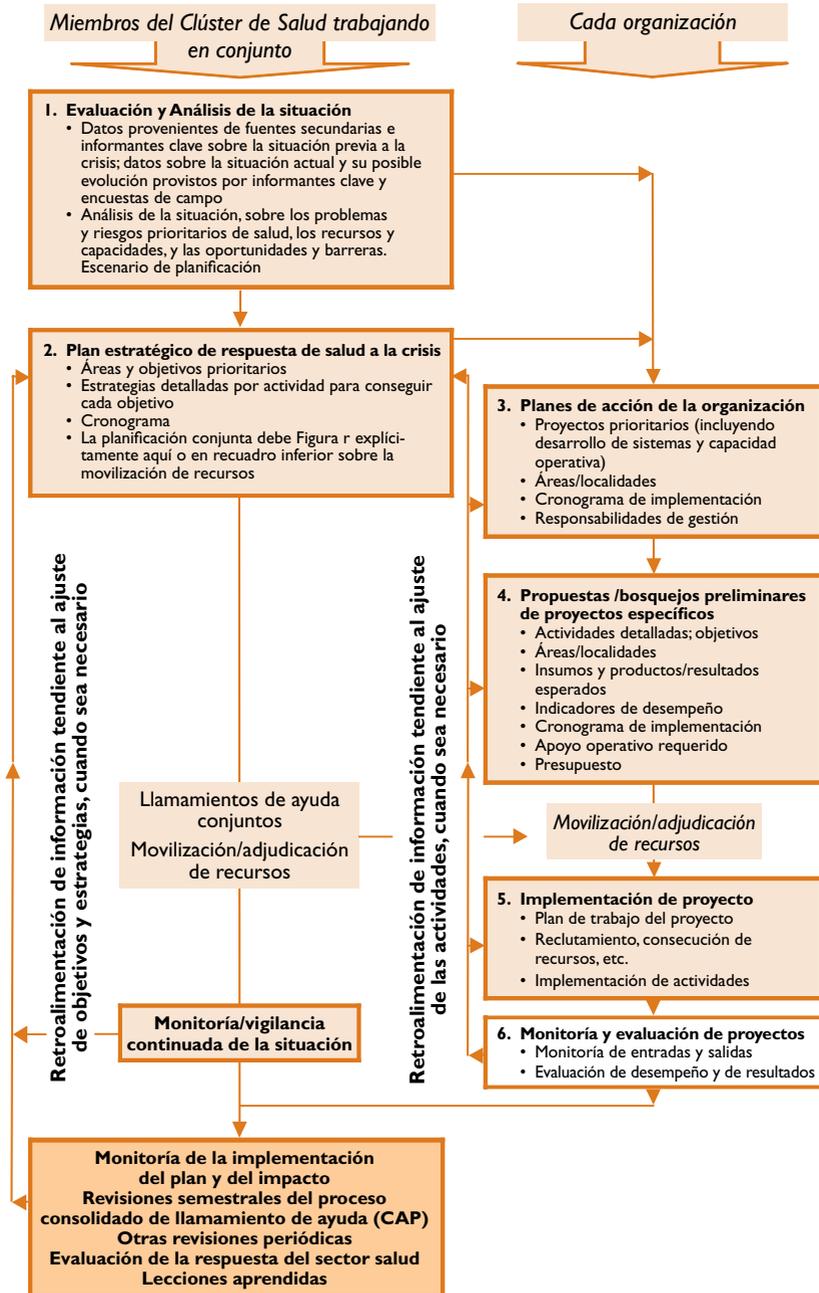
7

8

9

○

**Figura 1e Proceso de planificación e implementación de una respuesta humanitaria del sector salud**



## 2

## COORDINACIÓN EFECTIVA

**Puntos clave:**

- ✓ Todos los miembros del Grupo Sectorial de Salud deben estar comprometidos con el objetivo global de responder a los problemas y riesgos de salud prioritarios y de proveer los mejores servicios de salud posibles a la población afectada – y de evitar las brechas en la respuesta – a través de acción colaborativa coordinada.
- ✓ La Agencia Líder, el Coordinador, y los miembros del Grupo Sectorial de Salud deben cumplir sus respectivos roles y responsabilidades, descritos en la sección 1.2.
- ✓ El Coordinador del Grupo Sectorial de Salud debe ser un facilitador, y al mismo tiempo, proveer liderazgo. él/ella debe, entre otras cosas, mantener comunicaciones directas con cada uno de los miembros del Grupo Sectorial con regularidad, así como con el Representante de país de la Agencia Líder del Grupo Sectorial, y el Coordinador de Emergencias del MinSalud.
- ✓ Se debe asegurar una buena disponibilidad y gestión de la información incluyendo, en particular, la información sobre: ¿Quién está?, ¿Dónde?, ¿Desde/Hasta Cuando? y ¿Haciendo Qué? (4W). Datos desagregados y actualizados sobre la situación y las actividades de respuesta en salud deben estar disponibles permanentemente a todas las partes interesadas.

**Productos esperados del Clúster de Salud**

- ✓ Mecanismos de coordinación del sector salud funcionando, incluyendo la coordinación entre la sede y el terreno, así como con otros sectores, y contando con la participación de las agencias de las Naciones Unidas, las ONGs, las organizaciones de base comunitaria, las autoridades sanitarias, los donantes y los miembros de la comunidad.

1

ROL Y  
FUNCIONAMIENTO  
DE UN CLÚSTER  
DE SALUD

2

COORDINACIÓN  
EFECTIVA

3

EVALUACIÓN  
Y MONITORÍA  
DE LA SITUACIÓN  
DE SALUD

4

ANÁLISIS Y  
PRIORIZACIÓN

5

DESARROLLO DE  
LA ESTRATEGIA Y  
PLANIFICACIÓN

6

ESTÁNDARES

7

PROMOCIÓN Y  
SENSIBILIZA-  
CIÓN PARA LA  
MOVILIZACIÓN  
DE RECURSOS

8

MONITORÍA  
DEL DESEMPEÑO  
DEL CLÚSTER  
Y LECCIONES  
APRENDIDAS

9

LISTAS ESTÁNDAR-  
ES DE SERVICIOS  
Y INDICADORES

○

ANNEXOS

- ✓ Mapa actualizado de los actores sanitarios y las actividades de provisión de servicios de salud.
- ✓ Información actualizada sobre la situación y las necesidades de salud disponible para todas las partes interesadas; emisión regular de reportes de situación y boletines de salud.

### “Brechas” comunes en relación con la coordinación del sector salud

Hallazgos provenientes de 10 estudios de caso de país (2004-2007)

Ejemplos	Algunas propuestas de solución
<p>Mecanismo inefectivo de coordinación del sector salud, que no logra incluir ya sea a la comunidad afectada, o a los gobiernos nacional y locales, a los gobiernos donantes, a las agencias multilaterales, a las ONGs nacionales e internacionales, a las instituciones académicas, a las fuerzas militares, o a los medios de comunicación, así como al sector privado y a los grupos religiosos.</p> <p>Fallos en la coordinación de los planes y la comunicación sobre las actividades entre la capital y el mecanismo de coordinación de la actuación sobre el terreno.</p> <p>Múltiples mecanismos de coordinación operando simultáneamente. Reuniones que implican exigencias de tiempo considerables, y que sólo resultan en compartir información en lugar de planificar las acciones.</p> <p>Pobre distinción entre los roles de liderazgo de las diferentes agencias de las Naciones Unidas.</p> <p>Coordinación intersectorial inadecuada.</p>	<p>Establecer liderazgo y autoridad basados en capacidades de facilitación de grupos para actuar como un coordinador con dedicación exclusiva, sin otras responsabilidades de implementación durante la fase temprana de la crisis aguda.</p> <p>Nombrar coordinador(es) a nivel de terreno así como un coordinador central como indique la situación. Considerar la implementación de un Enfoque de Clúster, y designando Agencia Líder para el trabajo sobre el terreno, llevando a cabo una planificación sectorial amplia de la acción sobre el terreno, la cual luego es trasladada al nivel central para su revisión y soporte.</p> <p>Orientar las reuniones hacia la acción común; diseminara los actores asociados estándares, guías y documentos de planificación a nivel país (en CD por ejemplo).</p> <p>Establecer cartas de entendimiento entre agencias acerca de las operaciones de terreno, para clarificar los roles y las responsabilidades acordados sobre los que pueda haber confusión.</p> <p>Sostener reuniones regulares de coordinación intersectorial, asegurando la asistencia de los representantes sectoriales con capacidad para la toma de decisiones.</p>

## 2.1 IMPLICAR A LOS SOCIOS – CONSTRUIR UN CLÚSTER DE SALUD EFECTIVO

### Algunos principios básicos

- ✓ *Ser inclusivo*: identificar e implicar a todos los actores de salud incluyendo a las organizaciones y a las autoridades locales. Cuando sea necesario, asegurar la disponibilidad de traducción en todas las reuniones.
- ✓ *Complementar y fortalecer las estructuras y procesos de coordinación existentes* tanto a nivel nacional como sub-nacional. Evitar los sistemas paralelos.
- ✓ *Comenzar con objetivos realistas*: demostrar el valor agregado y construir confianza, obteniendo así el compromiso, y luego ampliar el alcance (ver recuadro más adelante). Enfocarse en las prioridades clave en salud, empezando con lo que sea más viable y expandiendo incrementalmente para responder a otros problemas cuando y como sea posible.
- ✓ *Asegurar que todos los socios del grupo tiene algo que ganar*. Los beneficios pueden incluir el acceso, tanto a nivel nacional como subnacional, a más y mejor información y experiencia, a mejores oportunidades para la definición de estrategias y la planificación conjuntas, a la facilitación del acceso a las zonas afectadas, el acceso a recursos clave desde una plataforma común (transporte, fondos, etc.), y a la identificación de oportunidades para compartir recursos.
- ✓ *Aprender del pasado*. Investigar como los procesos de coordinación del sector salud funcionaron en el país durante situaciones previas de emergencia, qué funcionó bien y que no lo hizo, y porqué.
- ✓ *Asegurar la transparencia* en todas las actividades del Clúster y en el uso de los recursos.

### Identificar posibles socios del Clúster

- Obtener a través del MinSalud las listas de los actores en salud – y de sus contactos – así como de los mecanismos de coordinación del sector salud existentes, de las organizaciones que llevan

1

ROL Y  
FUNCIONAMIENTO  
DE UN CLÚSTER  
DE SALUD

2

COORDINACIÓN  
EFECTIVA

3

EVALUACIÓN  
Y MONITORÍA  
DE LA SITUACIÓN  
DE SALUD

4

ANÁLISIS Y  
PRIORIZACIÓN

5

DESARROLLO DE  
LA ESTRATEGIA Y  
PLANIFICACIÓN

6

ESTÁNDARES

7

PROMOCIÓN Y  
SENSIBILIZA-  
CIÓN PARA LA  
MOVILIZACIÓN  
DE RECURSOS

8

MONITORÍA  
DEL DESEMPEÑO  
DEL CLÚSTER  
Y LECCIONES  
APRENDIDAS

9

LISTAS ESTÁNDA-  
RES DE SERVICIOS  
Y INDICADORES

○

ANNEXOS

un largo tiempo trabajando en el sector, y del “boca a boca” sectorial. Contactar las organizaciones listadas, explicar los objetivos del Clúster e invitarles a la primera/próxima reunión.

### **Involucrar a los socios y conseguir su aprobación y compromiso**

- Construir relaciones y mantener contacto con regularidad con todos los actores sanitarios.<sup>4</sup> Estimular el diálogo.
- Construir confianza a través de la transparencia y la franqueza. Reconocer las limitaciones y los obstáculos.
- Respetar los diferentes mandatos, prioridades y enfoques. Buscar el consenso sobre las necesidades, los riesgos y los objetivos y sobre cómo responder a estos con equidad dentro de las limitaciones de los recursos disponibles.
- Comprender las expectativas y limitaciones de los miembros de los socios; asegurar que las expectativas sean realistas y buscar maneras para ayudarles a superar las dificultades.
- Mantener un registro actualizado de las organizaciones involucradas en actividades sanitarias, incluyendo información sobre operaciones y capacidades.
- Establecer claramente cuál es la información requerida a los miembros del Clúster y a otros actores sanitarios, especificando su formato y la frecuencia con la que debe ser presentada.
- Usar la preparación del llamamiento flash de fondos de emergencia, así como la del plan común de acción humanitaria (CHAP) y del proceso consolidado de llamamiento de ayuda (CAP), y de otros procesos de planificación interagencias como oportunidades para construir una cultura de colaboración, participación y asociación. Asegurar que todos los asociados del Clúster tienen la oportunidad de contribuir a la definición de las prioridades generales y pueden desarrollar sus actividades propias acorde con esas prioridades.
- Asegurar que la información sobre reuniones, decisiones y asuntos de salud actualmente prioritarios, está disponible a todos los actores. Asegurar que todas las reuniones sean productivas – ver la sección 2.2.

---

<sup>4</sup> Lograr la coordinación depende particularmente del comportamiento y el talento para las relaciones interpersonales.

Permitir que los asociados contribuyan en la definición de las agendas de las reuniones.

- ☑ Buscar retroalimentación de parte de los asociados del Clúster sobre la efectividad del Grupo, y sobre cómo podría mejorar esta.

## Involucrar a los actores de salud locales

La participación de las ONGs nacionales y locales con frecuencia se ve dificultada por la falta de recursos para su financiación, así como por el lenguaje, la cultura organizacional, el acceso a la información y la capacidad organizacional general de la sociedad civil. Para estimular su participación:

- ☑ proveer información y recursos en el idioma local;
- ☑ mantener la sencillez de las herramientas de reporte y de gestión de información;
- ☑ trabajar en el seno de las estructuras locales existentes; y
- ☑ facilitar las alianzas entre los asociados con mayor experiencia y las ONGs nacionales y locales menos experimentadas, a través de la formación, la financiación a pequeña escala, y de compartir responsabilidades dentro del Clúster.

## Asegurar la acción coordinada en subsectores específicos

El área de Salud Reproductiva (incluyendo los tres subsectores de ETS y VIH, salud materna y neonatal y violencia sexual) requiere especial atención en los contextos humanitarios. Para asegurar la cobertura adecuada de estos servicios esenciales, se debe asignar la responsabilidad de apoyar, promover, defender y liderar las acciones en el área de Salud Reproductiva a una organización que sea miembro del Clúster de Salud y tenga experiencia específica en ese campo y capacidad para actuar en el país. La designación de una agencia que funcione como punto focal para el área de Salud Reproductiva debe ser discutida y acordada con todos los asociados a nivel del Clúster de Salud, decidiendo conjuntamente cuáles han de ser los Términos de Referencia y la organización que se comprometa a cumplir dichos términos. Los Términos de Referencia deben estar en concordancia con la estrategia y el plan de acción acordados para la respuesta de salud a la crisis. Deben ser

1 ROL Y FUNCIONAMIENTO DE UN CLÚSTER DE SALUD

2 COORDINACIÓN EFECTIVA

3 EVALUACIÓN Y MONITORÍA DE LA SITUACIÓN DE SALUD

4 ANÁLISIS Y PRIORIZACIÓN

5 DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN

6 ESTÁNDARES

7 PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN PARA LA MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

8 MONITORÍA DEL DESEMPEÑO DEL CLÚSTER Y LECCIONES APRENDIDAS

9 LISTAS ESTÁNDARES DE SERVICIOS Y INDICADORES

○ ANNEXOS

consistentes con los estándares mínimos establecidos (PSIM) teniendo en cuenta la situación y las capacidades técnicas y operativas disponibles.

Se necesita establecer acuerdos conjuntos específicos entre el Clúster de Salud y otros Clústers – en especial el de Refugio – para la coordinación de las actividades para la prevención y respuesta en violencia de género con aquellas para la salud mental y el apoyo psicosocial (MHPSS). Estos acuerdos deben ser inclusivos y se deben discutir los aspectos sanitarios de estos temas transversales en el seno del Clúster de Salud. Para información técnica adicional, consultar:

- 📖 IASC. *Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes*. Comité Permanente entre Organismos (IASC), 2007.
- 📖 IASC. *Directrices aplicables a las intervenciones contra la violencia por razón de género en situaciones humanitarias enfoque sobre la prevención y la respuesta contra la violencia sexual en situaciones de emergencia*. Comité Permanente entre Organismos (IASC), Septiembre 2005.

## Una ruta progresiva hacia una coordinación efectiva

La coordinación es producto del trabajo de equipo: se debe asegurar que cada miembro del Clúster se sienta parte del equipo.

Sin que sea necesario seguir la secuencia estrictamente, se puede adoptar una ruta o enfoque progresivo:

Para empezar, hay que hacer que los miembros del grupo *compartan información* sobre:

- mandatos, objetivos, roles y responsabilidades;
- recursos y capacidades;
- áreas de operación, prioridades y proyectos;
- fuentes de datos y percepción del contexto general.

Como siguiente paso, hacer que los miembros del grupo *trabajen juntos* en:

- la evaluación de necesidades, la definición de estándares y la movilización de recursos externos;
- asegurar el acceso a las poblaciones afectadas;
- construir las capacidades locales y nacionales, y en la formación de su propio personal.

En una fase más avanzada se encuentra que los miembros del grupo pueden *compartir sus planes y recursos* a través de:

- la planificación conjunta: planificación estratégica y operativa conjunta, así como para actuar en respuesta a las contingencias;
- la implementación de operaciones conjuntas;
- compartir sus expertos, sus sistemas de seguridad y sus mecanismos y capacidades logísticos.

### Dónde buscar apoyo técnico y operativo

Una Agencia Líder de Clúster (CLA por su nombre en inglés: *Cluster Lead Agency*) tiene la responsabilidad de asegurar el apoyo necesario. La CLA debe buscar los recursos (conocimientos, experiencia, competencias, orientación técnica, fondos, personal, etc.):

- primero, en el país – dentro de su propia oficina, dentro de los otros miembros del Clúster, y dentro de la comunidad humanitaria en general a través del Equipo Humanitario de País y del Coordinador Humanitario;
- segundo, a través de sus oficinas a nivel regional e internacional;
- finalmente, si se necesita apoyo adicional, se puede hacer una solicitud a la agencia líder a nivel global (la OMS).

1 ROL Y FUNCIONAMIENTO DE UN CLÚSTER DE SALUD

2 COORDINACIÓN EFECTIVA

3 EVALUACIÓN Y MONITORÍA DE LA SITUACIÓN DE LA SALUD

4 ANÁLISIS Y PRIORIZACIÓN

5 DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN

6 ESTÁNDARES

7 PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN PARA LA MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

8 MONITORÍA DEL DESEMPEÑO DEL CLÚSTER Y LECCIONES APRENDIDAS

9 LISTAS ESTÁNDARES DE SERVICIOS Y INDICADORES

○ ANNEXOS

## Anticipar y superar las barreras para la coordinación

Barreras comunes para la coordinación	Consejos para superarlas
<p><b>“La autonomía está amenazada”:</b> La percepción de que la coordinación reducirá la libertad de los participantes para tomar decisiones y llevar a cabo sus propios programas</p>	<p>Tener discusiones francas y abiertas acerca de metas compartidas.</p> <p>Mostrar cómo resolver problemas y definir estrategias colectivamente puede beneficiar a todos los involucrados, sin dejar de permitir la libertad de acción dentro de la estrategia general de la respuesta a la crisis sanitaria.</p>
<p><b>“Hay demasiados actores”:</b> Preocupación de que el proceso será complicado y que será difícil lograr cualquier consenso o acuerdo debido al elevado número de organizaciones involucradas.</p>	<p>Establecer grupos de trabajo pequeños con representación de todos los grupos de interesados para manejar asuntos específicos y hacer recomendaciones a todo el Clúster.</p>
<p><b>Los tomadores de decisiones no asisten a las reuniones,</b> de manera que los participantes tienen que consultar constantemente a sus administradores/oficinas centrales antes de comprometer a sus organizaciones, o los acuerdos no son ratificados.</p>	<p>Indicar claramente cuando se deben tomar las decisiones, comunicar esto tempranamente y usar el medio de comunicación apropiado.</p> <p>Establecer mecanismos de coordinación descentralizada a nivel sub-nacional.</p> <p>Establecer fechas límite para la toma de decisiones.</p>
<p><b>Las decisiones son impuestas; unas pocas organizaciones dominan:</b> El proceso de toma de decisiones no es transparente. Muchos miembros no tienen la oportunidad de contribuir.</p>	<p>Asegurar el liderazgo y la facilitación apropiados para al Clúster.</p> <p>Formar grupos de trabajo pequeños con representación de todos los grupos de interesados y con rotación de jefes de grupo, para manejar asuntos específicos y hacer recomendaciones a todo el Clúster.</p> <p>Documentar todas las decisiones, junto con las razones para las mismas.</p>
<p><b>Acciones unilaterales:</b> Ciertas organizaciones ignoran los procesos establecidos para la coordinación y no respetan las decisiones conjuntas.</p>	<p>Discutir con la organización de la que se trate evitando la confrontación.</p> <p>Involucrar al Clúster (incluso a los donantes) en la aclaración del rol del Clúster, renovando los acuerdos sobre prioridades y mejores prácticas, y encontrando vías para evitar las acciones unilaterales disruptivas en el futuro.</p>

Barreras comunes para la coordinación	Consejos para superarlas
<p><b>“Si no hay beneficio – es una pérdida de tiempo”:</b> Muchos miembros sienten que el proceso no provee suficientes beneficios para justificar el tiempo invertido en el mismo.</p>	<p>Suministrar información y servicios útiles.</p> <p>Establecer un plan de acción con objetivos acordados y con entregables concretos sobre los que se pueda actuar.</p> <p>Si los recursos (humanos o financieros) son insuficientes para el correcto funcionamiento del Clúster; incluir una propuesta convincente de proyecto con un presupuesto adecuado en el llamamiento de ayuda de emergencia (flash appeal) o en el siguiente proceso consolidado de llamamiento de ayuda (CAP).</p> <p>Organizar evaluaciones participativas periódicas de la satisfacción de los miembros con los procesos, las actividades y la toma de decisiones del Clúster; para determinar cómo podrían mejorar.</p>
<p><b>Rotación de personal:</b> El personal nuevo (del equipo del Clúster o de organizaciones individuales) no está comprometido con el Enfoque de Clúster o no están al tanto de las decisiones y los acuerdos conjuntos previos.</p>	<p>Explicar el rol del Clúster y las razones detrás de las decisiones y los acuerdos previos.</p> <p>Animar a todos los miembros a que involucren personal nacional sénior en el trabajo del Clúster para asegurar la continuidad en el pensamiento y la acción.</p>

## Orientación adicional

- 📖 Global WASH Cluster. Sección 2.3: *Working in partnership* (Trabajo en alianza) y sección 2.5: *Negotiating, consensus building and conflict resolution* (Negociación, construcción de consenso y resolución de conflictos). En: *WASH Cluster Coordinator Handbook*, Global Wash Cluster Coordination Project, Enero 2009.
- 📖 IASC. *Leadership in clusters and building consensus* (Liderazgo en Clústers y construcción de consenso). Cluster-Sector Leadership Training Tip Sheet (Consejos y recursos, Formación del IASC sobre liderazgo de grupos). Comité Permanente entre Organismos (IASC), 2007.
- 📖 Seeds for change. *Consensus decision-making*. Útiles guías detalladas sobre construcción de consenso.
- 📖 Seeds for change. *Consensus in large groups*. Útiles guías detalladas sobre facilitación de construcción de consenso en grandes grupos.

1

ROL Y FUNCIONAMIENTO DE UN CLÚSTER DE SALUD

2

COORDINACIÓN EFECTIVA

3

EVALUACIÓN Y MONITORÍA DE LA SITUACIÓN DE SALUD

4

ANÁLISIS Y PRIORIZACIÓN

5

DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN

6

ESTÁNDARES

7

PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN PARA LA MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

8

MONITORÍA DEL DESEMPEÑO DEL CLÚSTER Y LECCIONES APRENDIDAS

9

LISTAS ESTÁNDARES DE SERVICIOS Y INDICADORES

○

ANNEXOS



## 2.2 ELABORAR EL MAPA DE LOS ACTORES SANITARIOS

---

La elaboración del mapa de los actores sanitarios presentes en el área o áreas afectadas es un pre-requisito para la planificación ya la acción coordinadas. Debe llevarse a cabo rápidamente en el momento del inicio de una crisis, a más tardar cuando se lleve a cabo la primera reunión del Clúster, y debe mantenerse *actualizado*, de manera continua durante las fases tempranas de la respuesta y a intervalos regulares una vez se ha estabilizado la situación. También es clave monitorizar si la población tiene acceso real a los servicios ofrecidos y/o si esos servicios están siendo utilizados como se esperaba.

Los mecanismos dispuestos para el “mapeo” deben adaptarse al contexto del país, pero generalmente deberían incluir:

- ☑ Localizar los servicios y los recursos sanitarios específicos disponibles a través de los distintos actores en las diversas áreas utilizando el sistema de mapeo de recursos sanitarios disponibles (*HeRAMS*) – la versión inicial “i-HeRAMS” en la primera instancia – ver la sección 3.2.
- ☑ Suministrar a OCHA con regularidad la información recogida a través del HeRAMS, para poder alimentar la base de datos del “¿Quién está, Dónde, Cuándo, haciendo Qué?” (4W).
- ☑ Complementar estos datos “relacionados con las actividades” con elementos adicionales tales como:
  - el mandato, el rol, los objetivos, las áreas de competencia, y las prioridades a los que quieren responder los actores;
  - los recursos que tienen, y los que desearían movilizar, y los tipos y cantidades de asistencia que intentan (o podrían) prestar;
  - las áreas geográficas y de servicio en las que planean (o podrían) extender sus actividades;
  - Cuándo esperan iniciar, o extender, a nuevas áreas geográficas las actividades que fuere, y cuándo llevarán a cabo la retirada paulatina y la clausura de actividades específicas.
  - Su compromiso (o disposición) para colaborar con otros y trabajar en alianza, y su interés de contribuir a las actividades del Clúster;
  - Su compromiso con la equidad y con otros temas transversales, incluyendo la programación con perspectiva de igualdad de género,

y la respuesta a la Violencia Sexual y otras formas de Violencia basada en el Género (SGBV) así como las actividades para su prevención.

- ☑ Llevar a cabo un *análisis de partes interesadas* (“stakeholder analysis”) – examen sistemático de los intereses de cada agencia, organización, grupo e individuo que tiene un interés directo o indirecto en la salud, los servicios de salud, o las actividades del Clúster de Salud, y cuyas actitudes y acciones podrían tener influencia sobre la salud y los desenlaces de las actividades de ayuda humanitaria en salud – ver el Anexo E.

(En añadidura a las organizaciones que de hecho prestan servicios de salud, los actores interesados pueden incluir a milicias y otros actores no estatales, por ejemplo, así como a los donantes y a entidades políticas locales).

El conjunto de la información es importante no sólo para los propósitos de la evaluación y la planificación, sino que también le brinda al Coordinador del Clúster de Salud el entendimiento necesario para trabajar de manera individual con los diversos actores para aumentar su compromiso (o al menos reducir su oposición) con los objetivos del Clúster.

### Enlazar con la base de datos 3W/4W gestionada por OCHA

La base de datos 3W (Quién está, haciendo Qué, Dónde) ha catalogado las agencias, sus proyectos actuales y el apoyo de los donantes por sector y en relación con áreas administrativas definidas. Desde comienzos del 2009, el Clúster Global de Salud (GHC) le pidió a OCHA que pasara a una base de datos 4W (Quién está, Dónde, Cuándo, haciendo Qué) que también integra la lista estándar de sub-sectores de salud del GHC (Ver la sección 9.1) para poder afinar las tareas del “Qué” sobre las que tienen que reportar los miembros del Clúster de Salud.

La herramienta *HeRAMS* del GHC, una vez adaptada al país, utiliza la misma lista geo-referenciada de nombres de sitios y áreas administrativas de OCHA, y registra los servicios de hecho provistos y los recursos humanos y de otra índole en localizaciones específicas (Ver la sección 3.2).

1 ROL Y FUNCIONAMIENTO DE UN CLÚSTER DE SALUD

2 COORDINACIÓN EFECTIVA

3 EVALUACIÓN Y MONITORÍA DE LA SITUACIÓN DE SALUD

4 ANÁLISIS Y PRIORIZACIÓN

5 DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN

6 ESTÁNDARES

7 PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN PARA LA MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

8 MONITORÍA DEL DESEMPEÑO DEL CLÚSTER Y LECCIONES APRENDIDAS

9 LISTAS ESTÁNDARES DE SERVICIOS Y INDICADORES

○ ANNEXOS

El Coordinador del Clúster de Salud tiene la responsabilidad de establecer y mantener HeRAMS y asegurar las contribuciones del sector salud a la base de datos 3W/4W de OCHA. Las posibilidades de organizar la transferencia directa de datos comunes entre los dos sistemas se están estudiando pero, en el momento en que se escribe esta guía, el Coordinador del Clúster de Salud deberá trabajar localmente con OCHA para determinar la mejor manera de compartir datos y asegurar su consistencia entre los dos sistemas.

Nota Bene – Para los fines del Clúster de Salud resulta esencial conocer también el período – desde Cuándo, hasta Cuándo – durante el cual el actor involucrado espera proveer el servicio. Esto es de particular importancia para ONGs que pueden estar presentes sólo por un período limitado de tiempo, así como para organizaciones que están en proceso de expandir sus operaciones. El Coordinador del Clúster de Salud debe por tanto mantener un registro actualizado de “Cuándo” aún si esa información no está archivada por OCHA.

### **Acciones del Coordinador del Clúster de Salud y del Grupo Sectorial en su conjunto**

- Obtener de OCHA los sets de datos sobre el área y sobre la población y adaptar el Sistema de Mapeo de Recursos Sanitarios Disponibles (HeRAMS).
- Comprobar qué información tienen ya, o están recogiendo, el MinSalud y OCHA, a nivel nacional y sobre el terreno acerca de las organizaciones activas en el sector salud. Esto puede incluir direcciones de contacto, información general acerca de la organización, y las áreas geográficas donde se encuentran trabajando. Verificar esta información por referencia cruzada para asegurar que todo el mundo está “en la misma página”.
- Utilizando el HeRAMS, recoger información sobre los servicios de salud y los subsectores de salud en que trabaja o planea trabajar cada actor en áreas geográficas específicas:
  - Poner estos datos a disposición de OCHA para que sean incluidos en el módulo de salud de la base de datos 3W/4W;
  - Procurar que se asegure la máxima complementariedad entre las actividades de provisión de servicios de los diferentes socios/actores

de salud (por ejemplo, un asociado puede proveer servicios de atención primaria en salud en un área determinada, mientras que otro apoya la atención hospitalaria).

- ☑ Recoger información sobre los mandatos, los objetivos, los roles, los recursos, y los tipos y cantidades de asistencia que cada socio del Clúster puede proveer, y sobre las áreas y prioridades que quieren cubrir; analizar sus respectivas fortalezas comparativas y buscar la consistencia en la integración de los temas transversales en sus actividades.
- ☑ Asegurar que todos estos datos sean actualizados con regularidad y hacer énfasis (y apoyar, de ser necesario) en la recolección de datos desagregados por edad y sexo (SADD).

### Lecciones y sugerencias prácticas provenientes de la experiencia de terreno

En muchos sitios se ha encontrado conveniente que las organizaciones provean información acerca de sus actividades y capacidades completando un formato sencillo.

En algunos sitios ha resultado útil tener tableros de pared o papelógrafos dispuestos permanentemente en una de las paredes del sitio usado para las reuniones del Clúster, en los cuales las organizaciones pueden escribir – y actualizar siempre que sea necesario – sus propios datos, así como ver lo que otros han escrito. La información es transcrita al módulo 3W y se distribuye periódicamente de forma impresa por el Coordinador del Clúster de Salud.

Ahora, una vez se ha instalado el HeRAMS y el personal está entrenado en su utilización, puede ser posible recoger datos directamente en el formato de recolección del HeRAMS, y desplegar cuando sea necesario la información de salida del HeRAMS para su escrutinio y actualización.

### Lectura complementaria

- 📖 Anexo E en el CD-ROM – *Análisis de grupos de interesados* (que también provee una lista adicional de referencias).

1 ROL Y FUNCIONAMIENTO DE UN CLÚSTER DE SALUD

2 COORDINACIÓN EFECTIVA

3 EVALUACIÓN Y MONITORÍA DE LA SITUACIÓN DE SALUD

4 ANÁLISIS Y PRIORIZACIÓN

5 DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN

6 ESTÁNDARES

7 PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN PARA LA MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

8 MONITORÍA DEL DESEMPEÑO DEL CLÚSTER Y LECCIONES APRENDIDAS

9 LISTAS ESTÁNDARES DE SERVICIOS Y INDICADORES

○ ANNEXOS



## 2.3 LLEVAR A CABO REUNIONES DEL CLÚSTER CON ÉXITO

---

Las reuniones son esenciales pero es necesario planificarlas y facilitarlas cuidadosamente para asegurar que valgan la pena. Muchas llevan demasiado tiempo y producen resultados limitados, y como resultado puede caer rápidamente la asistencia.

### Organización de una reunión de Clúster

- Incluir a todas las entidades gubernamentales y nacionales relevantes.
- Conseguir, de ser posible, que el MinSalud modere o co-modere la reunión. De otra manera, si una agencia de la ONU es la Agencia Líder del Clúster, las reuniones pueden co-moderarse con una ONG apropiada.
- Preparar una agenda realista – ver el ejemplo en el recuadro siguiente; centrarse en asuntos clave identificados y acordados previamente con el MinSalud.
- Seleccionar un sitio que sea adecuado en términos de accesibilidad, instalaciones, espacio, ventilación.
- Preparar folletos para distribución con nueva información y mapas.
- Preparar formatos y/o hojas en papelógrafo para registrar la información que desea conseguir, o verificar, de otros, ya sea durante la reunión o al final de la misma. (Esto incluye, en particular para las primeras reuniones, información sobre quién está dónde y sobre qué tipo/nivel de servicios de salud está brindando).
- Asegurar la preparación y distribución rápida de un registro de los principales puntos de información compartida durante la reunión, las decisiones alcanzadas, y las acciones de seguimiento requeridas con sus correspondientes responsabilidades.

La Agencia Líder de Clúster debería estar representada por un Administrador de Programa de Emergencias. No se debería pedir al Coordinador del Clúster de Salud que desempeñe dos roles durante las reuniones de coordinación.

La *primera reunión* debe convocada por la Agencia Líder dentro de las primeras 24-48 horas para una crisis de inicio súbito (los primeros 2-3 días

para una crisis de inicio gradual) aún si la persona designada como Coordinador del Clúster no ha llegado. Si no existe un Clúster o grupo de coordinación, la Agencia Líder de Clúster debe contactar al MinSalud y a los otros actores de salud principales para organizar una primera reunión con tantos participantes como sea posible. Se debe invitar a las cabezas (directores de país) de las agencias a la primera reunión.

### Asegurar que las reuniones sean productivas

- ☑ Manifestar claramente el *propósito* de la reunión y estar seguro que una reunión es la mejor manera.<sup>5</sup> Especificar de antemano los productos que se deben conseguir y las decisiones que se deben tomar.
- ☑ Asegurar que las reuniones se centran en la resolución de problemas, la priorización y la planificación, y no sólo se convierten en ocasiones para compartir información. Hacer respetar los tiempos convenidos.
- ☑ Mantener las reuniones tan cortas como sea posible y ajustar su frecuencia a las necesidades de la fase o la operación.
- ☑ Organizar *subgrupos* pequeños para trabajar en temas especialmente problemáticos y traer sus recomendaciones, cuando sea necesario, a la siguiente reunión del Clúster. Pero evitar una proliferación de reuniones. Pedir que los comentarios sobre borradores sean devueltos por correo electrónico y limitar la discusión en las reuniones del Clúster a los asuntos clave solamente.
- ☑ *Involucrar* a los socios en la formulación de agendas y la identificación de asuntos que requieran acción especial.
- ☑ Durante el primer mes, pedir a las *organizaciones recién llegadas* que vengan media hora antes de la reunión para darles un resumen informativo rápido sobre el rol del Clúster y sobre lo que se ha discutido y decidido en las reuniones anteriores. Esto evitará que se pierda tiempo durante la reunión.

<sup>5</sup> Algunos propósitos se pueden lograr mejor usando correo electrónico, grupos google en línea (o sus similares), llamadas telefónicas, o comunicaciones escritas.

1

ROL Y  
FUNCIONAMIENTO  
DE UN CLÚSTER  
DE SALUD

2

COORDINACIÓN  
EFECTIVA

3

EVALUACIÓN  
Y MONITORÍA  
DE LA SITUACIÓN  
DE SALUD

4

ANÁLISIS Y  
PRIORIZACIÓN

5

DESARROLLO DE  
LA ESTRATEGIA Y  
PLANIFICACIÓN

6

ESTÁNDARES

7

PROMOCIÓN Y  
SENSIBILIZA-  
CIÓN PARA LA  
MOVILIZACIÓN  
DE RECURSOS

8

MONITORÍA  
DEL DESEMPEÑO  
DEL CLÚSTER  
Y LECCIONES  
APRENDIDAS

9

LISTAS ESTÁNDA-  
RES DE SERVICIOS  
Y INDICADORES

ANNEXOS

## UNA POSIBLE AGENDA PARA LA PRIMERA REUNIÓN DEL CLÚSTER DE SALUD

1. Bienvenida, presentaciones (si son necesarias); explicación del propósito del Clúster; acuerdo sobre la agenda a tratar
2. *Resumen informativo corto por el MinSalud y el Coordinador del Clúster de Salud* (o el Representante del Líder del Clúster si el Coordinador del Clúster de Salud no está todavía en la plaza) sobre lo que se sabe acerca de la situación, las necesidades de salud, y las acciones que ya se han realizado o se tienen planeadas
3. *Compartir información*: lo que cada organización sabe, está haciendo, planea hacer (cuándo y dónde), y los problemas y restricciones encontrados
4. *Brechas en la información*: identificación de cualquier brecha importante en la información sobre áreas y/o aspectos de salud específicos; discusión y acuerdo sobre cómo se llenarán esas brechas críticas en la información (quién hará qué cuándo)
5. *Problemas, riesgos y brechas de servicios de salud*: identificación de los riesgos a la salud que representan las mayores amenazas para la vida y las brechas en los servicios para responder a dichos riesgos; discusión y acuerdo sobre cómo se cubrirán esas brechas (quién hará qué, dónde, cuándo)
6. *Preparativos para una evaluación inicial rápida (IRA)*: posible designación de un subgrupo de trabajo para organizar la evaluación inicial rápida dentro de un término acordado de tiempo
7. *Centro de distribución de información*: acuerdo sobre el punto focal de información sanitaria de emergencia para recibir y clasificar la información prevista por todos los socios
8. *Boletín*: preparativos para la producción y diseminación de un boletín sobre la emergencia en salud
9. *Próxima reunión*: fecha, lugar, hora, puntos de agenda y cualquier cosa que se le pida a los participantes que preparen.

Nota Bene: La anterior es lo que podría ser una agenda ideal. Sin embargo:

- Si sólo hasta ahora se está formando el Clúster, el punto 1 puede requerir un tiempo considerable y se necesitará una agenda más modesta. Para el punto 1, puede resultar útil: (i) presentar la matriz de funciones-responsabilidades de la sección 1.2; (ii) preguntar si se necesita corregir la matriz agenda y cómo, para adecuarla al contexto del país y de la emergencia actual; (iii) obtener algunas reacciones iniciales; y (iv) pedir que sean enviadas las sugerencias específicas por correo electrónico antes de la siguiente reunión

- Si las organizaciones presentes son numerosas, los puntos 3, 4 y 5 pueden tomar la forma de un recuento breve y actualización sobre (i) un escenario preliminar de trabajo – ver la sección 3.1, y (ii) una tabla preparada de antemano por el Coordinador y la Agencia Líder del Clúster de Salud, mostrando quién está presente actualmente, y prestando o apoyando la atención en salud a nivel – comunitario, – de atención primaria, o – de segundo nivel de complejidad, en cada uno de los distritos afectados.

## Lecciones y sugerencias prácticas provenientes de la experiencia de terreno

En Uganda, el uso dentro del Clúster de los grupos de trabajo temáticos acortó la duración de las reuniones al tiempo que mejoró su calidad, haciendo más productivas las reuniones.

### Lectura complementaria

- 📖 Global WASH Cluster. Section 2.4 *Managing and facilitating cluster meetings* (manejo y facilitación de reuniones de Clúster). En: *WASH Cluster Coordinator Handbook*, Global Wash Cluster Coordination Project, Enero 2009.
- 📖 IASC. *Coordination meetings*. (Reuniones de coordinación). Cluster-Sector Leadership Training Tip Sheet (Consejos y recursos, Formación del IASC sobre liderazgo de grupos). Comité Permanente entre Organismos (IASC), 2007.

## 2.4 TRABAJAR CON OTROS CLÚSTERS Y ENTIDADES COORDINADORAS

### Coordinar con otros Clústers/Grupos del sector

Varios aspectos clave y determinantes de la salud pública están cubiertos por otros sectores, especialmente por los Clústers de Nutrición, Refugio, y Agua Saneamiento e Higiene. Se debe asegurar una buena coordinación con estos Clústers a través de:

- ✓ la Agencia Líder de Clúster en el contexto del Equipo Humanitario de País, liderado por el Coordinador Humanitario;

1 ROL Y FUNCIONAMIENTO DE UN CLÚSTER DE SALUD

2 COORDINACIÓN EFECTIVA

3 EVALUACIÓN Y MONITORÍA DE LA SITUACIÓN DE LA SALUD

4 ANÁLISIS Y PRIORIZACIÓN

5 DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN

6 ESTÁNDARES

7 PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN PARA LA MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

8 MONITORÍA DEL DESEMPEÑO DEL CLÚSTER Y LECCIONES APRENDIDAS

9 LISTAS ESTÁNDARES DE SERVICIOS Y INDICADORES

○ ANNEXOS

- ✓ el Coordinador del Clúster de Salud en el Grupo de Coordinación Intersectorial,<sup>6</sup> liderado por el líder de equipo de OCHA, y en cualquier otro grupo multi-cluster/multi-sectorial que pueda ser constituido; y
- ✓ organizando actividades conjuntas y atendiendo mutuamente las reuniones de otros, como se describe más abajo.

### Trabajar con otros Clústers

- ☑ Invitar a que otros Clústers asignen representantes para asistir a las reuniones del Clúster de Salud.
- ☑ Asignar representantes del Clúster de Salud para que asistan a las reuniones de los otros Clústers y le reporten sobre ellas al Coordinador del Clúster de Salud y a la siguiente reunión del Clúster de Salud.
- ☑ Organizar actividades conjuntas como una Evaluación Inicial Rápida multisectorial, ver la sección 3.3.
- ☑ Identificar tan temprano como sea posible los temas transversales que tienen importancia especial para el sector salud y utilizar las reuniones y los mecanismos de coordinación intersectorial para planificar actividades conjuntas (o complementarias) para responder a esos temas apropiadamente.
- ☑ Establecer planes conjuntos con otros Clústers relevantes (en particular los de Agua, Saneamiento e Higiene, Nutrición y Refugio) para responder a temas relativos a problemas prioritarios de salud pública específicos que representan cuestiones de preocupación común (como prepararse para o responder a un brote de cólera, una respuesta coordinada a la Violencia de Género, o la salud mental y el apoyo psicosocial) y el VIH/SIDA (una preocupación transversal común).

Hay que anotar que la *salud mental* y el *apoyo psicosocial* deben ser coordinados dentro del Grupo de Coordinación Intersectorial. Se deben establecer disposiciones similares en relación con la *violencia sexual y con base de género* (VSBG).

### Trabajar con otras entidades coordinadoras

El Coordinador del Clúster de Salud debe trabajar estrechamente con:

- el equipo de OCHA, y en particular asegurar la cooperación con el Centro de Información Humanitaria gestionado por OCHA, evitando la duplicación de esfuerzos;

---

<sup>6</sup> El Grupo de Coordinación Intersectorial también provee el foro para discusión y coordinación acerca de los temas transversales incluyendo el género.

- la célula de coordinación del *MinSalud* (si existe); y
- cualquier foro existente de coordinación de *ONGs*.

Proveer al Coordinador Regional/Coordinador Humanitario y a OCHA la información sobre la situación de salud. Obtener de OCHA (y del Centro de Información Humanitaria, cuando este se haya establecido) la información compilada sobre otros sectores, especialmente los de Agua, Saneamiento e Higiene, Nutrición y Refugio.

El Coordinador y los socios del Clúster de Salud deberían cooperar con cualquier *Equipo de las Naciones Unidas para Evaluación y Coordinación de Desastres* (UNDAC) presente durante las primeras semanas de una emergencia de inicio súbito. Acordando las actividades necesarias para recolectar y compilar información sobre la situación y las necesidades de salud durante la evaluación/reconocimiento inicial en los primeros días hasta que estén disponibles los hallazgos de la Evaluación Inicial Rápida (Ver la sección 3.3).

## 2.5 ASEGURAR EL BUEN MANEJO DE LA INFORMACIÓN

Para la coordinación son esenciales una buena información y un buen manejo de la información, y representan una de las claves de la respuesta de emergencia exitosa. Son también necesarios para sustentar las solicitudes de recursos. Se necesita un buen manejo de la información desde el día-1.

### Algunos principios básicos

- ✓ La capacidad de gestión de la información debe movilizarse tempranamente para establecer sistemas y herramientas apropiados, incluyendo una base datos y un sitio web disponibles a todos los socios del Clúster y a otras partes interesadas. En muchos casos resulta necesario un gestor de información de tiempo completo, así como espacio para manejar la recepción y organización de información, para desplegarla de manera accesible, y manejar su disseminación.
- ✓ Se deben establecer contactos con el Centro de Información Humanitaria de OCHA, así como con otras iniciativas y grupos de manejo de información, incluyendo al *MinSalud*, para asegurar la colaboración en la gestión de información.

1 ROL Y FUNCIONAMIENTO DE UN CLÚSTER DE SALUD

2 COORDINACIÓN EFECTIVA

3 EVALUACIÓN Y MONITORÍA DE LA SITUACIÓN DE SALUD

4 ANÁLISIS Y PRIORIZACIÓN

5 DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN

6 ESTÁNDARES

7 PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN PARA LA MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

8 MONITORÍA DEL DESEMPEÑO DEL CLÚSTER Y LECCIONES APRENDIDAS

9 LISTAS ESTÁNDARES DE SERVICIOS Y INDICADORES

○ ANNEXOS

## Acciones del Coordinador del Clúster de Salud y del Grupo Sectorial en su conjunto

- ☑ Asegurar la capacidad de gestión de información movilizándolo las destrezas necesarias de la Agencia Líder de Clúster, de los socios, del MinSalud, reclutando para un proyecto de gestión de información, o colaborando con el Centro de Información Humanitaria de OCHA. Esas destrezas incluyen:
  - un especialista en gestión de la información;
  - especialistas en SIG y en diseño y manejo de bases de datos;
  - comunicaciones y relaciones con los medios de noticias (Ver la sección 2.6)
  
- ☑ Definir los *tipos de información* que se deben recoger, almacenar y disseminar para beneficio de los socios del Clúster de Salud y otras partes interesadas, y para apoyar las actividades del Clúster. Esta información puede incluir:
  - la lista de socios del Clúster y de otros interesados principales con sus datos de contacto;
  - los datos de salud desagregados por edad y sexo (SADD);
  - los reportes de situación del Clúster/Sector y los boletines de salud (Ver la sección 2.6);
  - la estrategia de respuesta en salud a la crisis (Ver la sección 5.1);
  - los reportes de evaluación (ver capítulo 3);
  - los datos de recursos sanitarios (HeRAMS) (Ver la sección 3.2);
  - los documentos de llamamientos de ayuda (Ver capítulo 7);
  - las guías sobre estándares y mejores prácticas;
  - los comunicados de prensa y otras comunicaciones formales del Clúster;
  - las minutas de las reuniones del Clúster incluyendo las de los grupos de trabajo;
  - los reportes periódicos, revisiones y evaluaciones de las actividades del Clúster y de la respuesta en salud;
  - información sobre antecedentes, incluyendo reportes de operativos previos de emergencia, estudios epidemiológicos y otros datos pre-crisis, perfiles del sector salud, etc.
  
- ☑ Elaborar una lista de las *herramientas* (formatos estándar, plantillas, etc.) que deben ponerse, junto con la información indicada arriba, a

disposición para su uso por los socios del Clúster de Salud en un portal de Internet apropiado.<sup>7</sup>

- ☑ Asegurar la participación activa en las *iniciativas inter-agencias* de manejo de información (grupos de trabajo del Centro de Información en salud – HIC – y de Gestión de la Información) para mejorar el uso compartido de información inter-agencias, lograr acceso a información sobre las causas potenciales de los problemas o riesgos de salud y sobre iniciativas de otros Clústers que pudieran afectar la salud pública (por ej.: escasez de agua, polución de fuentes hídricas, falta de saneamiento, etc., así como análisis de género y otra información de contexto), y participar en el establecimiento de estándares inter-agencias para el manejo de información.
- ☑ Asegurar que los datos sobre salud provenientes de *todas las fuentes* (incluso los reportajes de los medios noticiosos) son compilados, almacenados y revisados sistemáticamente para verificar su confiabilidad y su relevancia.
- ☑ Disponer el *análisis* sistemático – incluso el análisis con perspectiva de género – de todos los datos para generar información con propósitos de planificación, gestión, evaluación, y promoción/sensibilización.
- ☑ Asegurar que la información se maneja y usa de manera responsable, ver el siguiente recuadro.

### Lectura complementaria

- 📖 Fact sheets Stop Rape Now, UN Action against Sexual Violence in Conflicts on “*dos and don’ts*” for reporting and interpreting data on sexual violence from conflict-affected countries (Hoja de consejos de las Naciones Unidas sobre “qué hacer y qué no” al respecto de la violencia sexual), 2008.
- 📖 IASC. *Operational guidance on responsibilities of cluster/sector leads and OCHA in information management* (Documento de orientación sobre las responsabilidades de OCHA y de los

<sup>7</sup> OCHA planea establecer un portal interagencias en Internet al inicio de cada crisis de gran envergadura. Los grupos sectoriales a nivel de país serán responsables de introducir y gestionar los contenidos de sus propias páginas sectoriales. Una vez estén disponibles, la Agencia Líder y el Coordinador del Grupo Sectorial de Salud deben asegurar el desarrollo de la página de salud. Entre tanto, utilizar una plataforma ya existente.

1 ROL Y FUNCIONAMIENTO DE UN CLÚSTER DE SALUD

2 COORDINACIÓN EFECTIVA

3 EVALUACIÓN Y MONITORÍA DE LA SITUACIÓN DE SALUD

4 ANÁLISIS Y PRIORIZACIÓN

5 DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN

6 ESTÁNDARES

7 PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN PARA LA MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

8 MONITORÍA DEL DESEMPEÑO DEL CLÚSTER Y LECCIONES APRENDIDAS

9 LISTAS ESTÁNDARES DE SERVICIOS Y INDICADORES

○ ANNEXOS

líderes de Clústers en material de gestión de la información). Comité Permanente entre Organismos, IASC Task Force on Cluster Approach, octubre de 2007.

-  IASC. *Information management (Manejo de la información). Cluster-Sector Leadership Training Tip Sheet* (Consejos y recursos, Formación del IASC sobre liderazgo de grupos). Comité Permanente entre Organismos (IASC), 2007.
-  OMS. WHO *Ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergencies* (Recomendaciones éticas y de seguridad de la OMS para la investigación, documentación y monitoría de la violencia sexual durante emergencias). Organización Mundial de la Salud, 2007. Ver el resumen en el CD-ROM.

### MANEJO Y UTILIZACIÓN RESPONSABLE DE DATOS E INFORMACIÓN

- ✓ Verificar y registrar las fuentes y la probable confiabilidad de todos los datos e información recibidos.
- ✓ Referencia cruzada – “triangulación” – de datos de diferentes fuentes, siempre que sea posible.
- ✓ Dar consideración a márgenes de error posibles en los datos y a sus implicaciones para la toma de decisiones.
- ✓ Especificar las fuentes – y las limitaciones – de cualquier set de datos emitido o diseminado.
- ✓ Cuando se citen datos o se reporte información, siempre proveer análisis de su trascendencia.
- ✓ Respetar la confidencialidad de los registros médicos: asegurar que todas las copias de documentos que contengan nombres de pacientes se guardan de manera segura y que no se copian, ni se distribuyen o dejan descuidadamente por ahí.
- ✓ En cualquier situación de conflicto o represión, respetar la confidencialidad de los informantes que no quieren que se revele su identidad.

Los datos e información sobre la naturaleza y la extensión de la violencia sexual y de género – especialmente la violación – y el manejo clínico de este tema son particularmente delicado y deben manejarse y utilizarse con un cuidado extremo. Para esto se debe buscar consejo experto.

## 2.6 DISEMINAR INFORMACIÓN – GESTIONAR LAS COMUNICACIONES EXTERNAS

Se debe emitir con regularidad información sobre la situación de salud, y sobre las actividades relacionadas con la salud y las necesidades pendientes (no satisfechas).

### Algunos principios básicos

- ✓ Los mejores datos actualizados y desagregados sobre la situación y las actividades de respuesta de salud (desagregados, lo más posible, por área, por grupo poblacional, y por edad y sexo) deben estar disponibles en todo momento, en formatos útiles y de fácil comprensión, para los socios del Clúster de Salud, así como para otros Clústers y partes interesadas.
- ✓ Todos los actores sanitarios deben recibir con regularidad actualizaciones sobre los factores del contexto (político, social, económico, de seguridad, etc.) que puedan tener implicaciones sobre la planificación y la ejecución de sus actividades.
- ✓ Se debe emitir con regularidad información sobre la situación de salud, las actividades sanitarias y las necesidades pendientes (no satisfechas), a todos los actores interesados (incluyendo los donantes) y a los medios de noticias.

### La Agencia Líder del Clúster de Salud

- ☑ Debe organizar la producción periódica de un Boletín del Clúster de Salud (presentando todos los datos y tendencias de salud) y de un boletín informativo (presentando información técnica y general sobre salud y sobre los temas transversales), con procedimientos y fechas límite para la entrega de información y de artículos, y la revisión rápida de borradores por una pequeña comisión editorial designada. (No subestimar el tiempo requerido para compilar y preparar el material).
- ☑ Diseminar ampliamente el boletín – a las instalaciones del MinSalud a todos los niveles, a todas las demás entidades gubernamentales de relevancia, a las Agencias de la ONU, las ONGs, los donantes, los medios de comunicación, etc.

1

ROL Y  
FUNCIONAMIENTO  
DE UN CLÚSTER  
DE SALUD

2

COORDINACIÓN  
EFECTIVA

3

EVALUACIÓN  
Y MONITORÍA  
DE LA SITUACIÓN  
DE SALUD

4

ANÁLISIS Y  
PRIORIZACIÓN

5

DESARROLLO DE  
LA ESTRATEGIA Y  
PLANIFICACIÓN

6

ESTÁNDARES

7

PROMOCIÓN Y  
SENSIBILIZA-  
CIÓN PARA LA  
MOVILIZACIÓN  
DE RECURSOS

8

MONITORÍA  
DEL DESEMPEÑO  
DEL CLÚSTER  
Y LECCIONES  
APRENDIDAS

9

LISTAS ESTÁNDAR-  
ES DE SERVICIOS  
Y INDICADORES

○

ANNEXOS

- ☑ Establecer y actualizar con regularidad un portal en Internet sobre “salud”, o suministrar lo necesario para que se incorpore esa información en otro foro intersectorial de noticias y reportes. Por ejemplo, donde hay un centro de información humanitaria (HIC) los temas del sector salud pueden ser integrados en el portal de internet del HIC.
- ☑ Establecer y cultivar contactos con periodistas y con representantes de los medios de noticias locales e internacionales.
- ☑ Preparar comunicados de prensa y organizar conferencias de prensa siempre que haya que hacer pública información importante.
- ☑ Organizar sesiones de preguntas y respuestas y visitas de campo para periodistas nacionales e internacionales.
- ☑ Establecer una biblioteca fotográfica y recoger y catalogar sistemáticamente fotografías sobre la situación y los eventos importantes de salud.

### **Lecciones y sugerencias prácticas provenientes de la experiencia de terreno**

En Uganda el Clúster de Salud pública trimestralmente una Hoja y un Boletín de noticias. Adicionalmente se distribuyen reportes mensuales de Clúster, y reportes de situación diaria y semanalmente. Los canales de distribución incluyen: listas de correos, el sitio del Clúster en Internet, y un grupo compartido en Google.

### **Lectura complementaria**

- 📖 Se puede ver un ejemplo de boletín de Clúster de Salud en el CD-ROM adjunto.

## 3

## EVALUACIÓN Y MONITORÍA DE LA SITUACIÓN DE SALUD

### *Puntos clave:*

- ✓ Es necesario disponer de información sobre: estado y riesgos de salud, la disponibilidad de recursos sanitarios (incluyendo los servicios), y sobre el desempeño del sistema de salud.
- ✓ El análisis de situación provisto por una evaluación debe ser actualizado con regularidad con base en información sobre el desarrollo de la situación y los reportes del sistema de alerta temprana.
- ✓ Se debe asegurar la máxima participación posible de las autoridades de salud, así como de otros socios, a nivel nacional y subnacional, para realizar las evaluaciones, asegurar la monitoría de la situación, y para gestionar y diseminar la información. Todos deberían usar indicadores, estándares, protocolos y definiciones de caso sensibles a la perspectiva de género.
- ✓ La información y el conocimiento generados por la recolección de información debe ser diseminada a tiempo para informar las decisiones sobre la planificación y la gestión de las actividades de la respuesta. En la medida posible, los datos deben ser desagregados por área geográfica, grupo poblacional, edad, y sexo.

### Productos esperados del Clúster de Salud

- ✓ Evaluaciones conjuntas de necesidades.
- ✓ Actualizaciones conjuntas de la situación producidas con regularidad, y basadas en la monitoría de la situación de la respuesta del sector salud.

1 ROL Y FUNCIONAMIENTO DE UN CLÚSTER DE SALUD

2 COORDINACIÓN EFECTIVA

3 EVALUACIÓN Y MONITORÍA DE LA SITUACIÓN DE SALUD

4 ANÁLISIS Y PRIORIZACIÓN

5 DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN

6 ESTÁNDARES

7 PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN PARA LA MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

8 MONITORÍA DEL DESEMPEÑO DEL CLÚSTER Y LECCIONES APRENDIDAS

9 LISTAS ESTÁNDARES DE SERVICIOS Y INDICADORES

○ ANNEXOS

Los siguientes son los requerimientos indispensables:

✓ Buenos <i>datos secundarios pre-crisis</i> sobre salud incluyendo perfiles a nivel subnacional (por ej. Distritos).	
✓ <i>Evaluaciones sanitarias</i> de calidad culminadas oportunamente al comienzo de la crisis y siempre que sea necesario durante el transcurso de la crisis, cubriendo: <ul style="list-style-type: none"> <li>– el <i>estado de salud</i> y los riesgos sanitarios de los grupos poblacionales afectados;</li> <li>– el <i>acceso</i> que tienen los distintos grupos poblacionales a los servicios de salud (incluyendo un análisis con perspectiva de género);</li> <li>– la capacidad y el funcionamiento del <i>sistema</i> y los <i>servicios de salud</i>; e</li> <li>– información sobre el <i>contexto</i> general a nivel social, económico, humanitario, y de seguridad, que debe tenerse en cuenta para el análisis de la situación de salud.<sup>8</sup></li> </ul>	Ver las secciones 3.3 & 3.4
✓ Un <i>sistema apropiado de alerta y respuesta temprana</i> para las enfermedades con potencial epidémico y para otras condiciones críticas.	Ver la sección 3.5
✓ Un sistema apropiado para la monitoría y vigilancia de la salud que suministre con regularidad datos sobre mortalidad, morbilidad, tratamiento y rehabilitación de heridos, riesgos potenciales para la salud y desempeño de los servicios de salud; así como sobre los cambios en el contexto general que pudieran afectar la salud o los servicios de salud.	Ver la sección 3.6

Se necesita también una buena *gestión de la información* de salud incluyendo su *distribución* y se debe asegurar:

- realizar de manera sistemática el cribado, la compilación, el análisis y el almacenamiento de los datos;

<sup>8</sup> Normalmente, este tipo de información de contexto debe estar disponible del Coordinador Humanitario/OCHA y de otras fuentes, de manera que los equipos sanitarios no necesiten invertir tiempo y esfuerzo consiguiéndola.

- bases de datos compartidas y/o un sitio en Internet (enlazado con el centro de información humanitaria de OCHA o su equivalente); y
- la producción y publicación con regularidad de boletines de salud y, cuando sea apropiado, de reportes especiales.

Ver las secciones 2.5 y 2.6.

### “EVALUACIÓN” Y “MONITORÍA/VIGILANCIA” DE LA SITUACIÓN

La evaluación y la monitoría durante el curso de una situación son elementos complementarios. Junto con un entendimiento de la situación previa a la crisis, incrementan progresivamente el conocimiento y la comprensión (i) sobre la situación y las posibilidades de responder a las necesidades identificadas, y (ii) lo necesario para acelerar el [re]establecimiento de los servicios esenciales de salud y del acceso a dichos servicios.

- **Las evaluaciones** son ejercicios limitados en el tiempo que proveen información sobre la situación en un momento específico, y sobre como espera el equipo evaluador que evolucione la situación, y sobre los riesgos que podrían presentarse.
- **La monitoría/vigilancia de la situación** es una actividad continua que proporciona información de manera constante para actualizar el análisis de situación provisto por la evaluación anterior, así como para identificar tendencias y detectar cualquier cambio significativo o nuevas amenazas. Su alcance es más amplio que el de la vigilancia epidemiológica puesto que también examina los cambios en el contexto y la disponibilidad de recursos que podrían ejercer influencia sobre estado de salud y los riesgos sanitarios.

*Los socios del Clúster deben estar de acuerdo sobre un conjunto coherente y coordinado de actividades de evaluación y monitoría, adaptado al contexto local, que identifique las prioridades y suministre información oportuna a los tomadores de decisiones sobre las necesidades humanitarias y para la recuperación temprana.*

1

ROL Y  
FUNCIONAMIENTO  
DE UN CLÚSTER  
DE SALUD

2

COORDINACIÓN  
EFECTIVA

3

EVALUACIÓN  
Y MONITORÍA  
DE LA SITUACIÓN  
DE SALUD

4

ANÁLISIS Y  
PRIORIZACIÓN

5

DESARROLLO DE  
LA ESTRATEGIA Y  
PLANIFICACIÓN

6

ESTÁNDARES

7

PROMOCIÓN Y  
SENSIBILIZACIÓN  
PARA LA  
MOVILIZACIÓN  
DE RECURSOS

8

MONITORÍA  
DEL DESEMPEÑO  
DEL CLÚSTER  
Y LECCIONES  
APRENDIDAS

9

LISTAS ESTÁNDARES  
DE SERVICIOS  
Y INDICADORES

○

ANNEXOS

<b>“Brechas” comunes en relación con la evaluación de las necesidades</b> Hallazgos provenientes de 10 estudios de caso de país (2004-2007)	
<b>Ejemplos</b>	<b>Algunas propuestas de solución</b>
<p>La evaluación sectorial sobre las necesidades de salud de la población afectada no es suficientemente amplia, ni totalmente incluyente y oportuna. Los ejemplos incluyen que se lleve a cabo a nivel central, excluyendo la periferia; que no incluya un análisis de las necesidades de la población desde la perspectiva de género o de edad; o que sea demasiado lenta para influenciar la planificación.</p> <p>Una pobre representación de los actores sanitarios en las evaluaciones intersectoriales de la emergencia.</p>	<p>Llevar a cabo tempranamente una evaluación epidemiológica de la totalidad de la población afectada, con datos desagregados por edad y sexo. Asegurar que el proceso de evaluación de las necesidades es sensible a los temas de género, involucrando a hombres y mujeres de la comunidad afectada, así como asesores y traductores de ambos sexos, y que las necesidades se analicen por género y grupo etario. Garantizar que las evaluaciones conjuntas estén ligadas a un resultado- , por ej. A un mecanismo de financiación o un proceso conjunto de planificación – y que la ejecución de las evaluaciones conjuntas no reemplaza o retarda las evaluaciones utilizadas para el diseño de programas, la monitoría y la evaluación por cada agencia individualmente.</p> <p>Asegurar una representación adecuada de las agencias sanitarias en las evaluaciones iniciales rápidas conjuntas.</p>
<b>“Brechas” comunes en relación con la información de salud</b>	
<p>Falta de datos para la monitoría y la planificación incluyendo malnutrición, mortalidad y morbilidad.</p> <p>El sistema de información en salud es inapropiado para la fase de la respuesta. Por ejemplo, el uso continuado de vigilancia en sitios centinela en lugar de datos de base poblacional durante la fase de recuperación temprana.</p>	<p>Establecer un sistema de información en salud común, coordinado por una agencia con el objetivo de lograr reportes completos por parte de todas las instalaciones sanitarias. Instalar un sistema efectivo de recolección de datos de mortalidad (como el de recolección desde la base comunitaria de datos de mortalidad utilizando agentes comunitarios de salud). Llevar a cabo encuestas de mortalidad cuando esté indicado.</p> <p>Implementar un sistema de información en salud con base poblacional en la fase de recuperación temprana (según el caso).</p>

### 3.1 NECESIDADES, PROCESOS Y HERRAMIENTAS CLAVE DE INFORMACIÓN DE SALUD

Resulta esencial disponer de buena información compartida si la respuesta general en salud y las acciones individuales de cada socio del Clúster han de responder de manera apropiada y efectiva a los problemas prioritarios.

#### Algunos principios básicos

- ✓ Los datos deben ser recogidos y analizados – y la información y las recomendaciones resultantes deben ser provistas a los tomadores de decisiones – a tiempo para informar la política y las decisiones operativas sobre la respuesta en salud.
- ✓ Se debe hacer el mayor uso de información secundaria, pero toda esa información, ya sea sobre la situación actual o sobre la situación previa a la crisis, debe ser revisada en términos de confiabilidad y del área o áreas, la población o poblaciones, y los períodos de tiempo a los cuales hace referencia.
- ✓ Los datos deben ser desagregados, como mínimo, por área geográfica, edad y sexo, para poder determinar quién está afectado, a quién se está llegando y, por tanto, contar con una base para la planificación.
- ✓ Se deben movilizar profesionales locales que conocen el contexto para que contribuyan al proceso de valoración y análisis.
- ✓ Se debe disponer lo necesario para solventar las necesidades de información en salud durante la crisis al mismo tiempo que se prepara el camino para la rehabilitación – y, donde sea necesario, el mejoramiento – de los sistemas de información y vigilancia pre-existentes.

Se necesitan herramientas específicas de valoración, monitoría y manejo de información, para recoger, analizar, y gestionar la información de salud durante una crisis. Resultan necesarias porque las crisis generalmente trastornan los sistemas existentes de información y vigilancia, y además generan necesidades específicas de información que no están (o raramente están) cubiertas por los sistemas de rutina.

1

ROL Y  
FUNCIONAMIENTO  
DE UN CLÚSTER  
DE SALUD

2

COORDINACIÓN  
EFECTIVA

3

EVALUACIÓN  
Y MONITORÍA  
DE LA SITUACIÓN  
DE SALUD

4

ANÁLISIS Y  
PRIORIZACIÓN

5

DESARROLLO DE  
LA ESTRATEGIA Y  
PLANIFICACIÓN

6

ESTÁNDARES

7

PROMOCIÓN Y  
SENSIBILIZA-  
CIÓN PARA LA  
MOVILIZACIÓN  
DE RECURSOS

8

MONITORÍA  
DEL DESEMPEÑO  
DEL CLÚSTER  
Y LECCIONES  
APRENDIDAS

9

LISTAS ESTÁNDAR-  
ES DE SERVICIOS  
Y INDICADORES



ANNEXOS

## Necesidades de información

Es necesario recoger y analizar sistemáticamente datos sobre tres aspectos fundamentales:

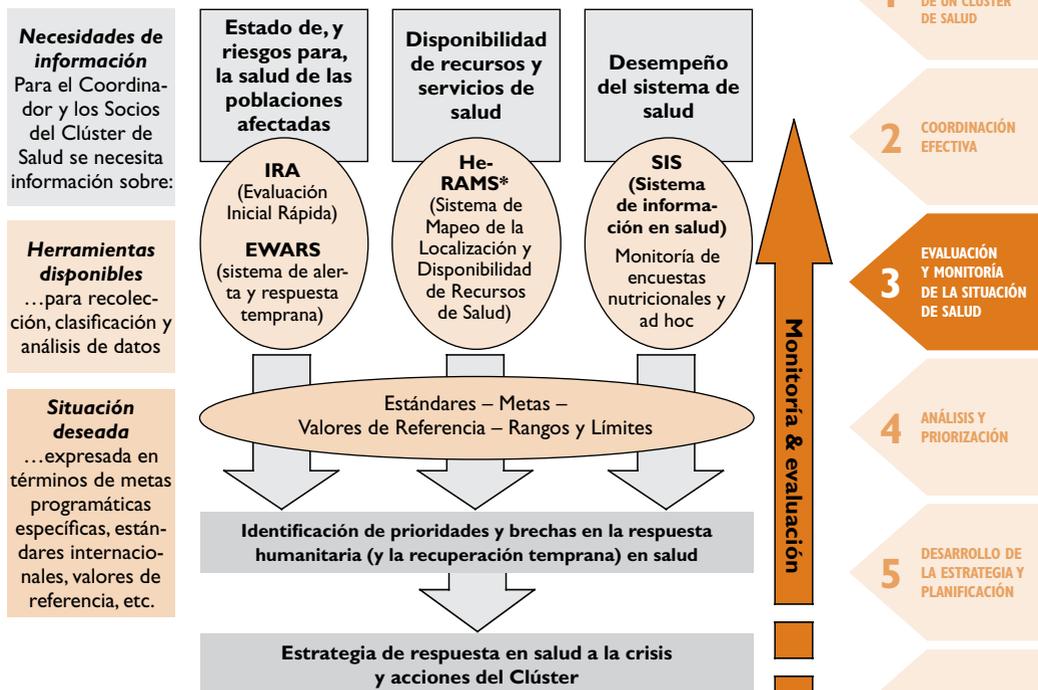
<i>Estado y riesgos de salud</i>	<i>Disponibilidad de recursos y servicios de salud</i>	<i>Desempeño del sistema de salud</i>
El estado actual de salud de los grupos de población afectados (por ej. Mortalidad, morbilidad y sus principales causas) y riesgos de salud (por ej. brotes potenciales o interrupción mayor de servicios o de programas críticos para el control de enfermedades).	<p><i>Foco inicial sobre:</i> las instalaciones, el personal, los suministros y los servicios de las autoridades sanitarias nacionales, de otros actores nacionales y no-estatales, y de los socios internacionales.</p> <p><i>Más tarde,</i> una vez que la fase aguda inicial ha pasado, y especialmente cuando se busca la recuperación: lo anterior más otros componentes del sistema de salud (sistemas de gestión, financiamiento, etc.).</p>	<p>La cobertura y la calidad (efectividad) de los servicios actualmente disponibles;</p> <p>El acceso (acceso físico y temporal) que tienen hombres, mujeres, niños y niñas a aquellos servicios, y la utilización que hacen de los mismos.</p>

La Figura 3a muestra las herramientas disponibles para la recolección, la clasificación y el análisis de datos sobre estos aspectos fundamentales y cómo – a través de la comparación con referentes establecidos- se identifican las prioridades y las brechas y se define una estrategia para la respuesta. La monitoría y evaluación permanentes suministran retroalimentación que habilita la actualización de información y el ajuste de los planes. La situación *previa a la crisis* es crucial para los tres aspectos esenciales, a fin de poder poner cada elemento en contexto y comprender lo que ha cambiado.

En añadidura a los tres aspectos esenciales, se necesita información sobre:

- ✓ *el contexto* – político, social, económico, de condiciones de seguridad, etc. – para informar las recomendaciones de acción para enfrentar los problemas prioritarios de salud y las brechas en los servicios sanitarios (Ver la sección 3.6);
- ✓ *lecciones* provenientes de crisis anteriores en el país, o en países vecinos, para poder construir sobre los éxitos anteriores y evitar repetir los errores.

**Figura 3a Necesidades, herramientas y productos esenciales de información**



\* El HeRAMS está vinculado con la base de datos 4W gestionada por OCHA, la cual también provee información sobre recursos

Las herramientas a las que se hace alusión son:

- la evaluación inicial rápida multi-clúster/multisectorial – (IRA) – ver la sección 3.3;
- el Sistema de mapeo de la localización y disponibilidad de recursos de salud del Clúster Global de Salud (HeRAMS) – ver la sección 3.2;
- el sistema de alerta y respuesta temprana (EWARS) de la OMS y el Clúster Global de Salud, y el software *HINTS* producido por el Servicio de Seguimiento de Salud y Nutrición – ver la sección 3.5;
- el sistema de información en salud normal (HIS) – ver la sección 3.6.

## Procesos y herramientas para la recolección y análisis de datos

Es útil reconocer cuatro fases distintas de la recolección y análisis de datos, para la planificación y las decisiones de gestión de la respuesta después de una gran crisis de inicio súbito. Estas cuatro fases se muestran en la Figura 3b.<sup>9</sup> Se ilustran las características de cada fase, las herramientas utilizadas, los productos de información, y las decisiones que estos informan en los distintos puntos en el tiempo.

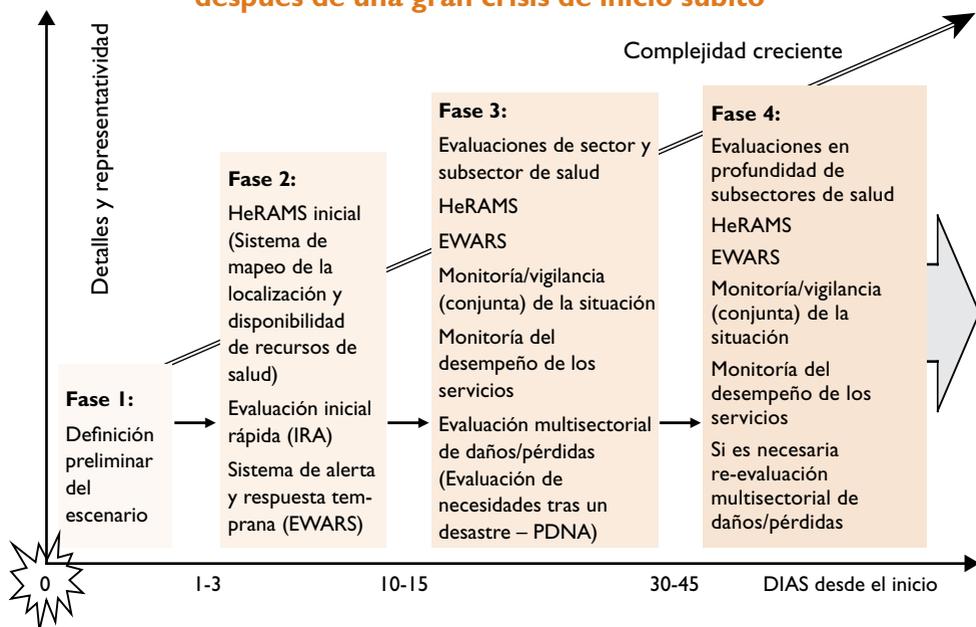
Cuando se han acordado *de antemano* los preparativos para las evaluaciones iniciales y la gestión de la información en el contexto de una planificación inter-agencias para las contingencias, esas actividades se pueden ejecutar rápida y eficientemente. De otra manera, es posible que se pierda mucho tiempo durante los primeros días y que las primeras respuestas se retrasen o no estén coordinadas (de hecho algunas pueden ser inapropiadas).

Los marcos temporales para las diferentes fases se pueden adaptar a cada contexto específico, incluyendo las crisis de gestación lenta o gradual. Sin embargo, se requiere buena información dentro de los 10 a 15 días después del inicio de cualquier crisis para poder informar la respuesta temprana y las decisiones de distribución de fondos, así como el llamamiento urgente de ayuda (*flash appeal*) de OCHA.

---

<sup>9</sup> Estas cuatro fases fueron propuestas por OCHA y adoptadas por los participantes en un taller multi-organización sobre “evaluación común de necesidades” en Bangkok en enero de 2009. Se espera que estén reflejadas en las guías del Comité Permanente entre Organismos, IASC.

**Figura 3b Fases de recolección de datos, análisis y planificación después de una gran crisis de inicio súbito**



FASE I (0-3 días)	FASE 2 (4-10 / 15 días)	FASE 3 (15-30 / 45 días)	FASE 4 (30/45 + días)
<b>Métodos de evaluación</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Interpretación experta de reportes iniciales &amp; de datos remotos</li> <li>Algunas visitas de terreno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Métodos de evaluación rápida únicamente (informante clave, observador &amp; debate de grupo)</li> <li>Muestreo dirigido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encuestas de hogares + métodos de evaluación rápida</li> <li>Muestreo representativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encuestas de hogares + métodos de evaluación rápida</li> <li>Muestreo representativo</li> </ul>
<b>Productos de información</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Escenario preliminar de trabajo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificación de problemas, riesgos y brechas principales – escenario inicial de planificación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Análisis iniciales de problemas, riesgos y brechas – escenario de planificación actualizado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Análisis pormenorizados y escenario de planificación actualizados (<i>continuo, con regularidad</i>)</li> </ul>
<b>Usos de la información</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Estrategia preliminar de respuesta en salud a la crisis (para la respuesta durante los primeros días)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estrategia inicial de respuesta en salud a la crisis</li> <li>Ajuste de las respuestas iniciales</li> <li>Propuestas de proyectos específicos</li> <li>Llamamiento urgente de ayuda (<i>flash appeal</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan estratégico detallado de respuesta en salud a la crisis</li> <li>Refinamiento de proyectos en curso</li> <li>Propuestas de proyectos adicionales</li> <li>Llamamiento consolidado de ayuda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estrategia de respuesta en salud a la crisis, proyectos y llamamientos de ayuda actualizados</li> </ul>

## Acciones del Coordinador del Clúster de Salud y del Grupo Sectorial en su conjunto

### *En el comienzo de la crisis*

- ☑ Establecer un Sistema de *Mapeo de la Localización y Disponibilidad Inicial de Recursos de Salud* (i-HeRAMS) inmediatamente después del inicio de la crisis. Expandir esto a un HeRAMS completo tan pronto como sea posible. Ver la sección 3.2.
- ☑ Trabajar con los Clústers de Nutrición, Agua Saneamiento e Higiene, y otros, así como con el MinSalud (y, según sea necesario, con asesores para los temas transversales relevantes) para llevar a cabo una *evaluación inicial rápida* (IRA) dentro de los primeros 10 a 15 días y producir un análisis inicial conjunto de problemas, riesgos y brechas prioritarios. Ver la sección 3.3.
- ☑ Establecer, con el MinSalud siempre que sea posible, un *sistema de alerta y respuesta temprana* (EWARS). Ver la sección 3.5.
- ☑ Establecer los preparativos, con el MinSalud siempre que sea posible, para *monitorizar la situación* y producir *reportes periódicos* con regularidad acerca de la situación de salud y la utilización de los servicios sanitarios. Ver la sección 3.6.

### *Luego, durante el transcurso de la crisis*

- ☑ Mantener actualizado el Sistema de *Mapeo de la Localización y Disponibilidad de Recursos de Salud* (HeRAMS). Ver la sección 3.2.
- ☑ Colaborar en las *evaluaciones detalladas de sector y subsectores de salud* o en las encuestas de muestreo enfocadas sobre los aspectos identificados durante la evaluación inicial rápida como de importancia y en necesidad de examen en mayor profundidad. Estas actividades pueden ser lideradas por el MinSalud, por socios específicos del Clúster, o por otros entes competentes. Ver la sección 3.4.
- ☑ De manera continua *monitorizar* conjuntamente la situación. Ver la sección 3.6.
- ☑ Organizar *evaluaciones rápidas conjuntas* (usando el IRA o un similar) después de cualquier cambio significativo de la situación o cuando se logra acceso a un área previamente inaccesible. Ver la sección 3.3.

- ☑ Colaborar en las evaluaciones inter-sectoriales “post-desastre” y “post-conflicto” – PDNAs y PCNAs – lideradas por el PNUD y el Banco Mundial una vez que se ha estabilizado la situación, centrándose en los daños y en las necesidades de recuperación y rehabilitación relacionadas. Estas evaluaciones deberían beneficiarse de información ya disponible de la evaluación inicial rápida y del HeRAMS así como de información más detallada y actualizada que esté disponible a los socios del Clúster. Ver la sección 3.4.

Donde ya existe un Clúster al comienzo de una crisis de inicio súbito, el grupo puede recopilar conjuntamente, dentro de los primeros 1 a 2 días, un análisis de situación que represente una “mejor predicción”, con base en hallazgos de valoraciones/reconocimientos preliminares. Para su mayor utilidad este análisis se puede resumir en un “escenario preliminar de trabajo” que proporcione la base para las acciones de respuesta de todas las partes durante los primeros días, así como para el diseño de la evaluación inicial rápida.<sup>10</sup>

### Lectura complementaria

- 📖 Anexo B en CD-ROM – *Tipos y fases de la evaluación en una crisis humanitaria*.
- 📖 Anexo C en el CD-ROM – *Principios generales para todas las actividades de recolección de datos – evaluaciones, encuestas y vigilancia*.
- 📖 Darcy J, Hofmann C-A. *According to need? Needs assessment and decision-making in the humanitarian sector*. HPG Report # 15, September 2003.
- 📖 IASC. *Shared assessment and analysis*. Cluster-Sector Leadership Training Tip Sheet (Consejos y recursos, Formación del IASC sobre liderazgo de grupos). Comité Permanente entre Organismos (IASC), 2007.
- 📖 Lippeveld T, Sauerborn R, Bodart C (eds). *Design and implementation of health information systems*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2000 (no disponible en el CD-ROM).
- 📖 Pavignani E, Colombo A. *Análisis de sistemas de salud deteriorados – un manual modular*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2011.

<sup>10</sup> Ver *Managing WHO humanitarian response in the field* (Gestión sobre el terreno de la respuesta humanitaria de la OMS), OMS 2008, secciones 3.2, 3.3, y el anexo B8.

1

ROL Y  
FUNCIONAMIENTO  
DE UN CLÚSTER  
DE SALUD

2

COORDINACIÓN  
EFECTIVA

3

EVALUACIÓN  
Y MONITORÍA  
DE LA SITUACIÓN  
DE SALUD

4

ANÁLISIS Y  
PRIORIZACIÓN

5

DESARROLLO DE  
LA ESTRATEGIA Y  
PLANIFICACIÓN

6

ESTÁNDARES

7

PROMOCIÓN Y  
SENSIBILIZA-  
CIÓN PARA LA  
MOVILIZACIÓN  
DE RECURSOS

8

MONITORÍA  
DEL DESEMPEÑO  
DEL CLÚSTER  
Y LECCIONES  
APRENDIDAS

9

LISTAS ESTÁNDAR-  
RES DE SERVICIOS  
Y INDICADORES

○

ANNEXOS



## 3.2 MAPEO DE RECURSOS Y SERVICIOS – UTILIZANDO HERAMS

---

El HeRAMS es un sistema de información basado en un programa informático desarrollado por el Clúster de Salud Global para apoyar la recolección, clasificación y análisis de la información sobre la disponibilidad de recursos de salud en las diferentes áreas y localizaciones, y por tipo de punto de servicio y nivel de atención. Los “recursos” de salud incluyen las instituciones sanitarias (infraestructura), el personal, así como los servicios prestados. Aún cuando el HeRAMS se puede utilizar para localizar geográficamente la provisión de servicios, no monitoriza el acceso y la utilización de la población. Estos factores deben ser medidos y monitorizados por separado, ya sea usando el Sistema convencional de información en salud o encuestas. Hay dos versiones del HeRAMS:

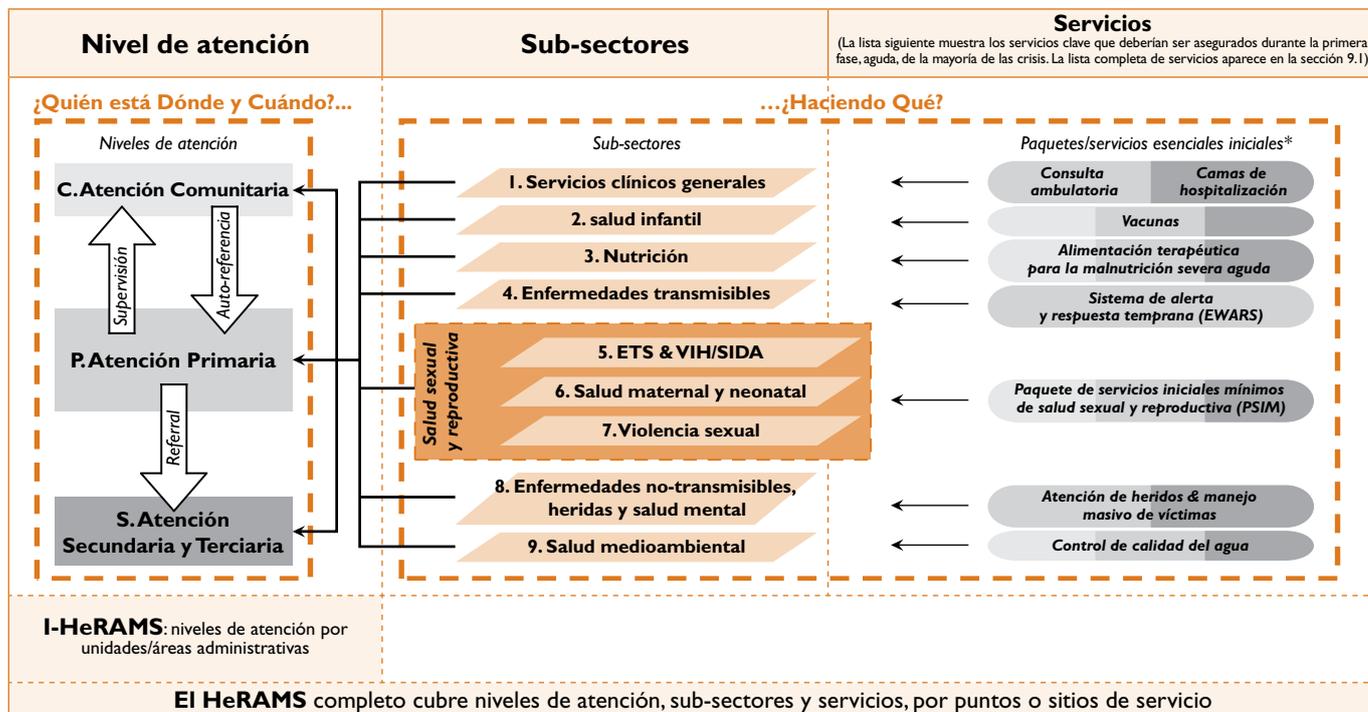
- El *HeRAMS* inicial (“*i-HeRAMS*”) es la herramienta a utilizar durante los primeros días/semanas de una crisis aguda para registrar y analizar datos agregados sobre el número de socios sanitarios activos, la cantidad de instalaciones sanitarias funcionantes por categoría, la cantidad de recursos humanos sanitarios clave (médicos, enfermeras, parteras), y el nivel de servicios de salud disponible por unidad administrativa (por ej.: distrito, subdistrito).
- El *HeRAMS* (“*completo*”) es la herramienta que debería ser utilizada tan pronto como sea posible, y luego mientras dure la crisis, para registrar y analizar los datos sobre los recursos disponibles y los servicios específicos que se están prestando en cada “punto de servicio”. Los servicios se registran acorde a la lista en la sección 9.1.<sup>11</sup>

Los “puntos de servicio” son las localizaciones precisas en las que se están prestando servicios de salud, y no están solo en las instalaciones sanitarias. Los servicios pueden ser provistos por una institución sanitaria fija, por una clínica móvil, o por un agente comunitario de salud. Para lograr un mapa preciso de los recursos y servicios de salud, el HeRAMS caracteriza las localizaciones (pueblo, aldea rural, campo de desplazados internos...) y las modalidades (institución sanitaria, clínica móvil, servicios de base comunitaria...) independientemente, con el propósito de hacer un análisis detallado y una monitoría de la respuesta del sector salud (ver como ejemplo el caso de estudio HeRAMS de Darfur – Sudán, OMS, Junio de 2008 – incluido como archivo de PowerPoint en el CD-Rom adjunto).

---

<sup>11</sup> El sistema también registra a quién pertenece cada instalación, quién la gestiona actualmente, y quién (si hay alguien que lo haga) le está apoyando en la prestación de servicios de salud específicos.

**Figura 3c Niveles de atención, sub-sectores y paquetes/servicios esenciales iniciales**



\* Los “servicios esenciales iniciales” o paquetes indicados en la Figura 3c son sugeridos como el mínimo que debería ser provisto al comienzo de una crisis. Los servicios propuestos para los sub-sectores de salud infantil, nutrición, enfermedades transmisibles y no-transmisibles, y medioambiente, pueden ser sustituidos por otros servicios prioritarios como sea necesario de acuerdo a la naturaleza de la crisis o al contexto local. Para los demás sub-sectores, los servicios o paquetes recomendados deberían estar funcionando totalmente antes de expandirse a otros servicios en los sub-sectores respectivos.



## Entradas y productos del HeRAMS

Los datos se recogen a través de entrevistas estructuradas con los administradores de las instalaciones sanitarias o de los programas de salud. Las entrevistas se llevan a cabo por entrevistadores entrenados – usualmente agentes sanitarios – con base en las áreas afectadas. Ellos registran los datos directamente en el formato/hoja de cálculo de recolección de datos estandarizado. (Esto permite que el sistema sea utilizado rápidamente, asegurando la homogeneidad y la calidad de los datos, y cubriendo áreas en las que el acceso es restringido).

Una lista estándar de áreas administrativas y de nombres de lugares de OCHA se integra con el sistema desde el comienzo. Este es un elemento clave del conjunto mínimo de datos operativos comunes (MCOB). Esto asegura la compatibilidad y la transferibilidad con su base de datos “4W” y con otros sistemas de información inter-agencias. El sistema incluye la *validación automática* a medida que se van entrando los datos para asegurar entradas estandarizadas correctas y aumentar la confiabilidad y la consistencia de la información.<sup>12</sup>

La lista estándar de los niveles de servicios de salud, los subsectores y los componentes de servicios presentada en la sección 9.1 está integrada en el HeRAMS. Estos son los servicios que deberían estar asegurados, en la mayor medida posible, para cualquier población afectada por una situación de crisis.

Además de hacer que la información sobre servicios y recursos en lugares específicos esté fácilmente disponible, el HeRAMS genera *reportes agregados estándar* a diferentes niveles administrativos, y reportes breves y análisis sobre las instituciones de salud, los recursos humanos, y los socios sanitarios presentes. Se pueden generar reportes adicionales en respuesta a peticiones específicas de tomadores de decisiones.

El sistema también puede ser utilizado para *ilustrar* los efectos que puedan tener posibles cambios sobre la disponibilidad de recursos y servicios, por ej.: la retirada de una organización cuando su proyecto termina o se acaban sus fondos.

Se pueden exportar los datos (en formato Excel), para llevar a cabo otros *análisis más detallados* en cualquier programa de bases de datos a cargo

---

<sup>12</sup> A finales de 2008, el sistema se basa en una hoja de cálculo de Excel enlazada con una base de datos en Access. Puede que sea actualizado durante el 2009. La validación automática elimina la necesidad de – y el tiempo usualmente perdido en – un paso separado de limpieza de los datos.

de un analista competente. Las localizaciones estándar están georeferenciadas, de manera que los datos pueden ser importados a cualquier programa de SIG para elaborar *mapas* de los recursos de salud, apoyar la toma de decisiones y la planificación, y llevar a cabo labores de promoción/sensibilización.

### Acciones del Coordinador del Clúster de Salud y del Grupo Sectorial en su conjunto

- ☑ Adaptar las definiciones de instalaciones sanitarias para adaptarse a la estructura del sistema de salud en el país.
- ☑ Identificar y discutir todos los estándares relacionados con las variables sobre las que se van a recoger datos y llegar a acuerdos al respecto (plantillas de recursos humanos, tipologías...).
- ☑ Identificar a los oficiales sanitarios que llevarán a cabo las entrevistas, y entrenarles sobre la recogida y la gestión de los datos del HeRAMS.

### Lecciones y sugerencias prácticas provenientes de la experiencia de terreno

La experiencia en Sudan demostró el valor de asignar la responsabilidad de recolección de datos del HeRAMS a los Oficiales Sanitarios Primarios (a nivel de distrito). Su conocimiento de la situación en sus áreas respectivas garantizó un alto estándar de calidad de los datos conseguidos. Esta práctica también reforzó sus relaciones con todos los socios del Clúster involucrados.

Las entrevistas cara a cara no son siempre necesarias. Se puede recoger datos por medio de entrevistas telefónicas.

### Lectura complementaria

- 📖 Consultar en el CD-ROM el documento *HeRAMS health resources availability mapping system* (HeRAMS Sistema de mapeo de disponibilidad de recursos sanitarios).

1

ROL Y  
FUNCIONAMIENTO  
DE UN CLÚSTER  
DE SALUD

2

COORDINACIÓN  
EFECTIVA

3

EVALUACIÓN  
Y MONITORÍA  
DE LA SITUACIÓN  
DE SALUD

4

ANÁLISIS Y  
PRIORIZACIÓN

5

DESARROLLO DE  
LA ESTRATEGIA Y  
PLANIFICACIÓN

6

ESTÁNDARES

7

PROMOCIÓN Y  
SENSIBILIZA-  
CIÓN PARA LA  
MOVILIZACIÓN  
DE RECURSOS

8

MONITORÍA  
DEL DESEMPEÑO  
DEL CLÚSTER  
Y LECCIONES  
APRENDIDAS

9

LISTAS ESTÁNDAR-  
RES DE SERVICIOS  
Y INDICADORES



ANNEXOS



### 3.3 ORGANIZACIÓN DE UNA EVALUACIÓN INICIAL RÁPIDA

---

La herramienta de evaluación inicial rápida (IRA) fue desarrollada conjuntamente por los Clústers globales de salud, nutrición y agua/saneamiento/higiene.<sup>13</sup> Sirve para recoger, compilar y analizar información sobre el estado de salud de la población, los determinantes de salud (nutrición, suministro de agua, saneamiento, etc.), y sobre las características actuales de los servicios de salud (cobertura, recursos, servicios disponibles, acceso, etc.).

La herramienta incluye instrucciones de uso, un formato estándar de recolección de datos, una ayuda de memoria asociada para los equipos de terreno, y una plantilla y un programa para la entrada y el análisis de datos. Está diseñada para suministrar una descripción inicial expedita de la situación actual y para identificar las prioridades en cuanto a problemas y riesgos de salud pública, y a las brechas en provisión de servicios de salud. Un sistema de clasificación de cuatro-niveles de severidad (“severo”/ “preocupante”/ “relativamente normal”/ “datos insuficientes”) se encuentra integrado a la hoja de resumen completada para cada sitio.

#### Algunos principios básicos

- ✓ Una evaluación inicial rápida debe llevarse a cabo como un esfuerzo conjunto de los Clústers de salud, nutrición, agua/saneamiento/higiene y refugio, siendo coordinada y planificada ya sea por el Coordinador del Clúster de Salud o por el Grupo de Coordinación entre Clústers, en colaboración con el MinSalud y con otras entidades relevantes, tanto gubernamentales como no-gubernamentales.
- ✓ Normalmente una evaluación inicial rápida debe iniciarse dentro de los 2 a 4 días después del inicio de una crisis. Se debe producir un reporte que contenga al menos resultados preliminares dentro de los 10 a 15 días después del inicio de la crisis de manera que pueda informar la planificación inicial de la respuesta y el llamamiento flash de ayuda de las Naciones Unidas. (También se puede realizar una evaluación inicial rápida siempre que se restablece el acceso a un área

---

<sup>13</sup> Una evaluación inicial rápida es una evaluación multisectorial y multi-actores, y se ha sugerido que el nombre se modifique para reflejar este hecho (una sugerencia para su nueva denominación es “evaluación inicial rápida multisectorial”).

anteriormente inaccesible, o cuando se requiere una re-evaluación tras un cambio importante en el contexto humanitario).

- ✓ El contenido del formato para recolección de datos de puede ser adaptado a las necesidades del país, pero esos cambios se deben mantener a un mínimo. Para facilitar esto, se presentan cuatro preguntas abiertas al final de cada una de las cinco secciones técnicas. El aplicativo para la entrada y el análisis de datos incluye estas preguntas abiertas para cada sector.
- ✓ El éxito de una evaluación inicial rápida y el valor del reporte dependen en gran medida de la calidad de la planificación previa a las visitas de campo. Esto se facilita por la planificación para las contingencias llevada a cabo inter-agencias previamente a la crisis.<sup>14</sup>

Los datos recogidos en los formatos de la evaluación inicial rápida (IRA) se registran en la herramienta con base Excel para la entrada y el análisis de datos. El análisis automatizado produce un reporte individual para cada sitio y, según sea necesario, reportes agregados para múltiples sitios (por ej.: todos los sitios dentro de un mismo distrito). Los reportes presentan los datos en una plantilla estándar que tiene los espacios para que los equipos de evaluación y los especialistas sectoriales añadan sus propios comentarios e interpretaciones.

Los elementos clave de la planificación, la ejecución y el reporte de una evaluación están indicados en la Figura 3d. En la mayoría de los casos, los pasos 3 a 10 de la planificación serán llevados a cabo de manera más o menos concurrente. En la sección 4.1 se encuentra una guía breve sobre la labor de análisis.

<sup>14</sup> Conseguir un acuerdo previo entre agencias acerca del uso de una herramienta común y del método para llevar a cabo una evaluación puede resultar difícil y tomar largo tiempo. Sin embargo, cuando estos acuerdos no han estado establecidos de antemano, se han perdido semanas y la calidad de la información recogida a través de preguntas no probadas previamente fue baja.

1  
ROL Y  
FUNCIONAMIENTO  
DE UN CLÚSTER  
DE SALUD

2  
COORDINACIÓN  
EFECTIVA

3  
EVALUACIÓN  
Y MONITORÍA  
DE LA SITUACIÓN  
DE SALUD

4  
ANÁLISIS Y  
PRIORIZACIÓN

5  
DESARROLLO DE  
LA ESTRATEGIA Y  
PLANIFICACIÓN

6  
ESTÁNDARES

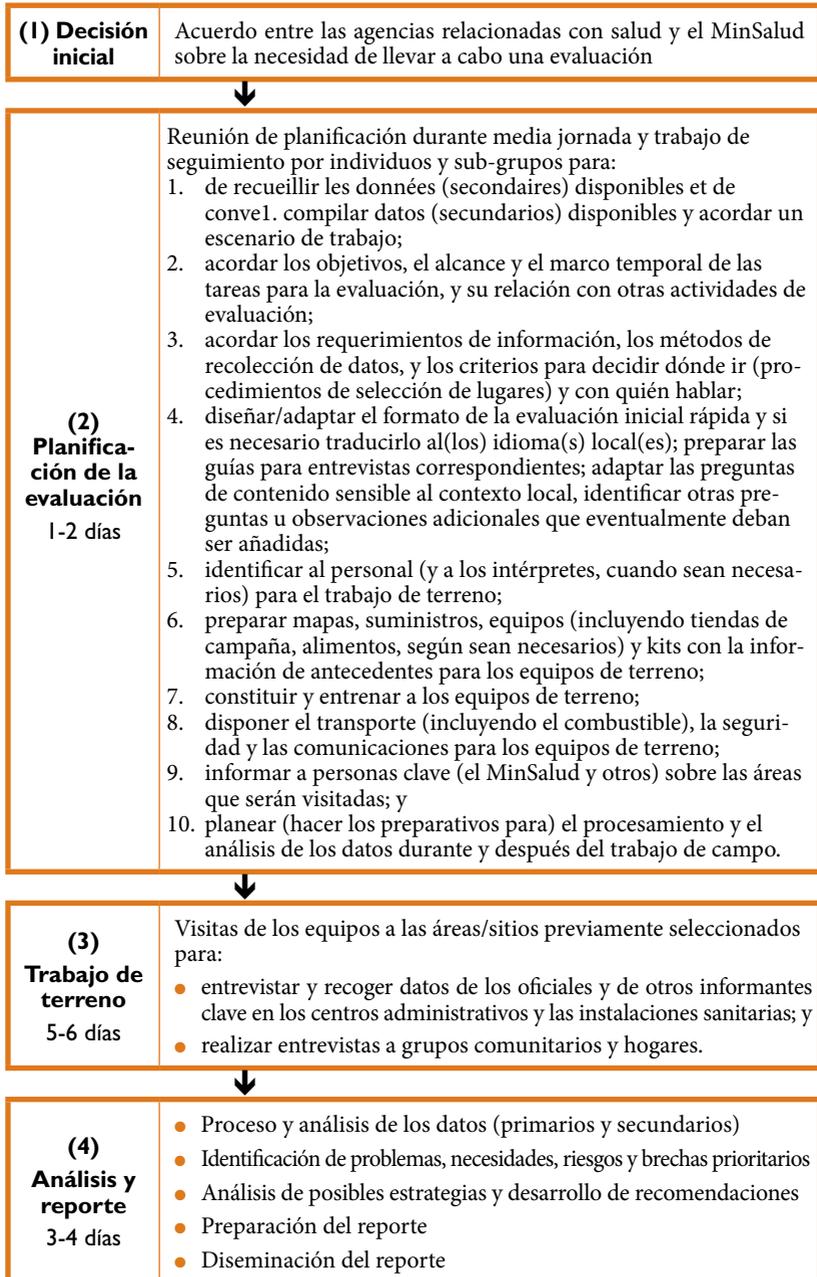
7  
PROMOCIÓN Y  
SENSIBILIZA-  
CIÓN PARA LA  
MOVILIZACIÓN  
DE RECURSOS

8  
MONITORÍA  
DEL DESEMPEÑO  
DEL CLÚSTER  
Y LECCIONES  
APRENDIDAS

9  
LISTAS ESTÁNDAR-  
RES DE SERVICIOS  
Y INDICADORES

○ ANNEXOS

**Figura 3d Principales etapas de la organización y la realización de una evaluación rápida**



La Figura 3e muestra los productos principales que se esperan de una evaluación inicial rápida: estos deben mantenerse en mente con claridad por todos los involucrados durante la planificación y la ejecución de la evaluación inicial rápida y la preparación del reporte correspondiente.

**Figura 3e Productos esperados de una evaluación inicial rápida en relación con salud incluyendo variaciones entre áreas geográficas o grupos poblacionales**

<i>Estado de salud y riesgos para la salud</i>	<i>Recursos sanitarios disponibles*</i>	<i>Desempeño del sistema</i>
<p>Indicaciones sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● principales causas de mortalidad y morbilidad incluyendo cambios en relación con lo normal</li> <li>● fuentes potenciales de morbilidad y mortalidad futuras</li> <li>● disponibilidad de un sistema de alerta temprana para las enfermedades con potencial epidémico</li> <li>● Cobertura de la vacunación contra el sarampión en niños menores de 5 años</li> </ul>	<p>Funcionamiento de las instalaciones sanitarias            Recursos humanos disponibles            Suministros y equipos disponibles            Qué actores humanitarios están haciendo qué, y desde cuándo            Niveles de atención y sub-sectores de servicio provistos – situación actual y qué ha cambiado            Programas de control de enfermedades – situación actual y qué ha cambiado</p>	<p>Indicaciones sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Acceso de las personas a las instalaciones sanitarias y los servicios de salud</li> <li>● Utilización de servicios por las personas</li> <li>● Cambio en el número de consultas por día</li> <li>● Cambio en las actividades preventivas</li> <li>● Funcionamiento general de sub-sectores y servicios</li> </ul>
<p><i>* Incluye los datos del i-HeRAMS</i></p>		
<p><b>Conclusiones y recomendaciones</b></p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Problemas prioritarios de salud (incluyendo las desigualdades de género)</li> <li>→ Principales riesgos para la salud previsibles</li> <li>→ Brechas críticas en los servicios de salud (brechas en cobertura geográfica o en sub-sectores específicos)</li> <li>→ Factores de contexto que afectan el estado de salud, los servicios sanitarios y las posibilidades de acción humanitaria en salud</li> <li>→ Recomendaciones específicas para las acciones iniciales de respuesta en salud</li> <li>→ Recomendaciones específicas para las acciones sucesivas, y para evaluaciones o encuestas más detalladas por sub-sector.</li> </ul>		

1

2

3

4

5

6

7

8

9

○

## Acciones del Coordinador del Clúster de Salud y del Grupo Sectorial en su conjunto

- ☑ Tan pronto como sea posible tras el inicio de la crisis, discutir dentro del Equipo de Coordinación del Clúster de Salud o del Grupo de Coordinación Intersectorial y consultar con las entidades gubernamentales y no-gubernamentales relevantes para acordar sobre lo necesario para llevar a cabo la evaluación inicial rápida. (Cuando existe, hacer esto dentro del marco de referencia del plan inter-agencias para contingencias).
- ☑ De ser posible en el día 1, lograr que atiendan tantos como sea posible de los principales actores de salud a una reunión de planificación junto con actores clave de otros sectores, para:
  - Acordar el propósito, los objetivos y el marco temporal para la evaluación.
  - Definir las responsabilidades y los tiempos para todas las acciones preparatorias.
  - Si es necesario, adaptar el formato estándar IRA de recolección de datos al contexto local, y definir cómo se dará entrada y se analizará cualquier dato adicional. Cuando sea necesario, contactar el centro de referencia del Clúster Global de Salud para obtener orientación adicional.<sup>15</sup>
  - Obtener consejo sobre temas de género y acerca de otros temas transversales que puedan ser de importancia crítica dentro del contexto local.
- ☑ Revisar rápidamente los *datos secundarios* relacionados con la salud que estén disponibles a nivel nacional (a no ser que esto ya se haya llevado a cabo como parte de la planificación de contingencia) – ver la nota de orientación de la evaluación inicial rápida, especialmente la Tabla 2.
- ☑ Luego, de manera conjunta con los otros Clústers:
  - Constituir *equipos de evaluación sobre el terreno* multi-disciplinarios. Asegurar que estos sean balanceados en términos de experiencia y de sexos, así como entre personal nacional e internacional. Dar prioridad a la experiencia general en salud pública – ver la nota de orientación de IRA.
  - *Seleccionar las áreas* que deben visitarse. Utilizar muestreo estratificado para seleccionar no sólo áreas que se crea están particularmente afectadas sino también otras en las que se cubra una variedad de condiciones diversas y de grupos poblacionales que puedan estar

<sup>15</sup> Puede ser necesario adaptar el formato cuando (i) están afectadas poblaciones urbanas importantes, o hay una variedad de grupos poblacionales (por ej.: refugiados, desplazados internos, y residentes), o (ii) para considerar las enfermedades endémicas localmente [secciones 5.2.2 & 6.2.2 del formulario IRA] y la estructura de los servicios de salud locales [sección 6.3]). Las modificaciones deben centrarse sobre la clarificación, la remoción de contenidos que sean claramente inapropiados o altamente sensibles, o para añadir contenidos. La estructura central del formulario debe ser preservada.

afectados de forma diferente y se enfrenten a distintos problemas y riesgos de salud – ver la nota de orientación de IRA.

- Definir los criterios y los procedimientos que deben aplicar los equipos de evaluación para *seleccionar sitios específicos* para sus visitas dentro de las áreas seleccionadas.
  - Especificar los (pocos) tipos de datos (esenciales) de *otros sectores* que los miembros sanitarios de los equipos de evaluación deben recoger en ausencia de miembros de equipo de esos otros sectores, y viceversa.
  - Proveer *notas de orientación* (incluyendo las definiciones de caso) y organizar entrenamiento rápido – y, donde sea necesario, llevar a cabo una sesión informativa sobre seguridad – para todos los equipos de evaluación sobre el terreno.
  - Suministrar a los equipos de terreno la *información secundaria* disponible sobre las áreas que visitarán antes de que empiecen las visitas de campo, de manera que puedan enfocar apropiadamente sus entrevistas y la recolección de datos primarios.
  - Planificar cuidadosamente la *logística* y asegurar que todos los equipos de campo tienen los permisos necesarios (donde estos sean necesarios), el transporte (incluyendo combustible, etc.), las comunicaciones (radios y/o acceso a teléfonos), GPS (y que estén entrenados para su utilización), y acceso a habitación (equipo de campaña si es necesario), agua y alimentación.
  - Disponer lo necesario para recibir y clasificar y analizar rápidamente los reportes provenientes de los equipos de evaluación, las instalaciones sanitarias, los equipos de respuesta y otras fuentes que están en el terreno (Estos arreglos *deben* hacerse de antemano, como parte de la planificación para la evaluación. ¡Con demasiada frecuencia, el análisis de los datos de las evaluaciones “rápidas” ha tomado varias semanas!).
  - Preparar un presupuesto realista para la totalidad del proceso de evaluación – incluyendo los desplazamientos de campo y el análisis de los datos – y asegurar los fondos correspondientes.
- Asegurar la monitoría, y el apoyo, constantes de los equipos de evaluación de campo durante su trabajo sobre el terreno.
  - Asegurar que está dispuesto lo necesario para el recibo seguro de los reportes de los equipos desde el terreno, y para la entrada

1 ROL Y FUNCIONAMIENTO DE UN CLÚSTER DE SALUD

2 COORDINACIÓN EFECTIVA

3 EVALUACIÓN Y MONITORÍA DE LA SITUACIÓN DE SALUD

4 ANÁLISIS Y PRIORIZACIÓN

5 DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN

6 ESTÁNDARES

7 PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN PARA LA MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

8 MONITORÍA DEL DESEMPEÑO DEL CLÚSTER Y LECCIONES APRENDIDAS

9 LISTAS ESTÁNDARES DE SERVICIOS Y INDICADORES

○ ANNEXOS

ágil de los datos dentro de la herramienta de análisis de la IRA (y asegura lo necesario para que las adiciones al formato IRA estándar sean entradas por separado).

- ☑ Hacer los preparativos para que los responsables de los equipos/y los equipos de evaluación revisen los reportes automatizados para cada sitio evaluado, para que inserten sus propios comentarios e interpretaciones, y para que los datos provenientes de cualquiera de las preguntas añadidas al formato IRA estándar sean insertados y analizados por separado.
- ☑ Especificar los niveles administrativos para los cuales se requieren reportes agregados, y disponer lo necesario para que un equipo multidisciplinar de especialistas sectoriales y de generalistas:
  - Revisen los reportes agregados producidos automáticamente e inserten sus comentarios e interpretaciones; y
  - Generen el reporte y las recomendaciones generales.
- ☑ Hacer lo necesario para que el reporte general sea aprobado por todos los Clústers (y donde esto sea necesario, por todas las entidades gubernamentales relevantes) y para que sea distribuido inmediatamente a todos los actores sanitarios, a los donantes, y a otros interesados, a través de correo electrónico, un sitio web, y copias impresas.

*Si no es posible tal planificación conjunta durante los primeros días:* convoque una reunión rápida con los actores sanitarios principales; trate de lograr un acuerdo sobre un estándar y acerca del núcleo central de información clave a incluir en los formatos de recolección de datos; así como un acuerdo sobre una metodología uniforme para la recolección de datos; intente asegurar una cobertura razonable de todas las áreas principales; y entonces agregue datos provenientes de las evaluaciones llevadas a cabo por las diferentes organizaciones y facilite un ejercicio de análisis conjunto.

### Lectura complementaria

- 📖 Anexo D en el CD-ROM – Elaboración del plan, la agenda, y el presupuesto para la evaluación. En: *Manual para la Evaluación de la Seguridad Alimentaria en Emergencias*. segunda edición. Roma: Programa Mundial de Alimentos, Enero de 2009.
- 📖 ACNUR. *Tool for participatory assessment in operations* (Herramienta de evaluación participativa durante operaciones). Ginebra: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 2006.

- 📖 IASC. *Mujeres, niñas, niños y hombres, necesidades diferentes, iguales oportunidades. Manual de género para la acción humanitaria*. Ginebra: Comité Permanente entre Organismos (IASC), 2006.
- 📖 IASC. *Need Analysis Framework, strengthening the analysis and presentation of humanitarian needs in the CAP* (Marco de referencia para el análisis de necesidades, fortaleciendo el análisis y la presentación de las necesidades humanitarias en el Proceso Consolidado de Llamamiento de Ayuda -CAP). Subgrupo de Trabajo sobre el CAP del Comité Permanente entre Organismos (IASC), Abril 2007.
- 📖 IASC. *Initial rapid assessment tool guidance note* (Nota orientativa para la herramienta de evaluación inicial rápida). Comité Permanente entre Organismos (IASC), Junio 2009.

### 3.4 ORGANIZACIÓN DE EVALUACIONES Y ENCUESTAS DE SEGUIMIENTO

Dependiendo de los hallazgos de la evaluación inicial, y del contexto y el tipo de la crisis, puede ser necesario llevar a cabo evaluaciones detalladas de seguimiento o encuestas de muestreo, en localidades específicas en relación con uno o con todos de los siguientes temas:

- ✓ tasas de mortalidad (tasa de mortalidad infantil y tasa de mortalidad en menores de 5 años) y tasas de morbilidad;
- ✓ principales causas de mortalidad, lesiones y enfermedad y su distribución entre los diversos grupos de población (desagregados por edad, sexo, área geográfica y por otras características relevantes localmente);
- ✓ el impacto psicológico sobre la población y sobre los trabajadores sanitarios y de los servicios de respuesta de emergencia;
- ✓ el impacto sobre los vectores de enfermedades y los programas de control de vectores;
- ✓ el impacto sobre la habilidad de hombres, mujeres, niños y niñas para acceder a los servicios de salud;

1

ROL Y  
FUNCIONAMIENTO  
DE UN CLÚSTER  
DE SALUD

2

COORDINACIÓN  
EFECTIVA

3

EVALUACIÓN  
Y MONITORÍA  
DE LA SITUACIÓN  
DE SALUD

4

ANÁLISIS Y  
PRIORIZACIÓN

5

DESARROLLO DE  
LA ESTRATEGIA Y  
PLANIFICACIÓN

6

ESTÁNDARES

7

PROMOCIÓN Y  
SENSIBILIZACIÓN  
PARA LA  
MOVILIZACIÓN  
DE RECURSOS

8

MONITORÍA  
DEL DESEMPEÑO  
DEL CLÚSTER  
Y LECCIONES  
APRENDIDAS

9

LISTAS ESTÁNDAR  
DE SERVICIOS  
Y INDICADORES

○

ANNEXOS

- ✓ los daños a las instalaciones sanitarias – evaluaciones detalladas por técnicos e ingenieros competentes para preparar planes específicos y estimativos de costos para la reparación /reconstrucción;
- ✓ los recursos humanos y de otros tipos y la capacidad para asegurar los servicios de salud en el mediano plazo.

Otros componentes del sistema de salud: políticas, infraestructura, financiamiento, suministros y gestión.

Todas las evaluaciones y encuestas de seguimiento necesitan ser planificadas cuidadosamente. Para que sus resultados sean confiables y útiles, las encuestas requieren recursos considerables (humanos, financieros y logísticos). En algunas ocasiones los resultados pueden ser políticamente sensibles y necesitan un manejo cuidadoso. ¡Se debe tener siempre cuidado de no sobrecargar una encuesta al tratar de responder a demasiadas y dispares demandas de datos!

### **Acciones del Coordinador del Clúster de Salud y del Grupo Sectorial en su conjunto**

Cuando se estén planificando evaluaciones o encuestas de seguimiento, o contribuyendo a ellas:

- Definir cuidadosamente los objetivos y el alcance, y elaborar un plan para el análisis.
- Movilizar la experiencia especializada relevante así como a los socios del Clúster.
- Revisar detenidamente los datos secundarios disponibles antes de definir los requerimientos de datos primarios.
- Probar previamente los formatos de recolección de datos y las guías para las entrevistas antes de entrenar los equipos de campo.
- Especificar claramente los procedimientos de muestreo y el tamaño de la muestra (tanto para las encuestas de población como para las encuestas de instalaciones sanitarias).<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> El Grupo Sectorial Global de Salud está elaborando una lista más exhaustiva.

Ejemplos de herramientas para evaluaciones detalladas subsiguientes	
1.	ACNUR. <i>Public health facility toolkit – Tool for the evaluation of public health facilities</i> (Maletín de Herramientas para entidades de salud pública – Herramienta para la evaluación de instalaciones de salud pública), 2008.
2.	OMS. <i>Health facility survey – Tool to evaluate the quality of care delivered to sick children attending outpatients facilities</i> (Encuesta de entidad sanitaria – herramienta para evaluar la calidad de la atención prestada a niños enfermos que atienden a servicios de consulta externa), 2003.
3.	UNICEF, OMS, UNFPA. <i>Guía para la monitoría de la disponibilidad y utilización de servicios obstétricos</i> . Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1997.
4.	OMS. <i>Safe motherhood needs assessment</i> (Evaluación de necesidades para una maternidad segura). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2001.
5.	USAID, CDC. <i>Reproductive health assessment toolkit for conflict affected women- Reproductive health, assessment tool for women victims of conflicts</i> (Maletín de herramientas para la evaluación de la salud reproductiva de mujeres afectadas por conflictos – Salud reproductiva, herramienta para la evaluación de mujeres víctima de conflictos). 2007.

## Lectura complementaria

-  Anexo D en el CD-ROM – *Elaboración del plan, la agenda, y el presupuesto para la evaluación*. En: Manual para la Evaluación de la Seguridad Alimentaria en Emergencias. segunda edición. Roma: Programa Mundial de Alimentos, Enero de 2009.
-  CEPAL. *Handbook for estimating the socio-economic and environmental effects of disasters* (Manual para la estimación de los efectos socio-económicos y medioambientales de los desastres – capítulo IV sobre el sector salud). Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2003. Este documento también es utilizado y promovido por el Banco Mundial.
-  Grupo de Trabajo [del Clúster] sobre Recuperación Temprana (Cluster Working Group on Early Recovery). *Guidance note*

**1** ROL Y FUNCIONAMIENTO DE UN CLÚSTER DE SALUD

**2** COORDINACIÓN EFECTIVA

**3** EVALUACIÓN Y MONITORÍA DE LA SITUACIÓN DE SALUD

**4** ANÁLISIS Y PRIORIZACIÓN

**5** DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN

**6** ESTÁNDARES

**7** PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN PARA LA MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

**8** MONITORÍA DEL DESEMPEÑO DEL CLÚSTER Y LECCIONES APRENDIDAS

**9** LISTAS ESTÁNDARES DE SERVICIOS Y INDICADORES

 ANNEXOS

*on early recovery* (Nota orientativa sobre recuperación temprana). Grupo de Trabajo sobre Recuperación Temprana en cooperación con el Grupo de Trabajo de UNGD-ECHA sobre Transición, Abril 2008.

- 📖 Pavignani E, Colombo A. *Análisis de sistemas de salud deteriorados – un manual modular*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2011.
- 📖 UNDG, PNUD, Banco Mundial. *Practical guide to multilateral needs assessments in post-conflict situations* (Guía práctica para las evaluaciones multilaterales de necesidades en situaciones post-conflicto). Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Banco Mundial, 2004.



### 3.5 ASEGURAR LA ALERTA Y RESPUESTA TEMPRANAS – ESTABLECIMIENTO DE UN EWARS

---

En una situación de crisis – especialmente si se trata de una emergencia crónica – se requiere un sistema muy sensible para detectar rápidamente las condiciones con potencial epidémico seleccionadas, y cuando sea necesario implementar medidas inmediatas para el control de sus brotes. Resulta necesario un *sistema de alerta y respuesta temprana* (EWARS) que genere reportes de rutina semanalmente y reportes inmediatos sobre condiciones críticas específicas por parte de las instituciones sanitarias y por todos los equipos médicos y sanitarios de respuesta (los cuales constituyen una red de alerta y respuesta temprana). Este sistema puede construirse alrededor de un sistema de vigilancia de enfermedades pre-existente, pero dicho sistema raramente será suficiente por sí solo.

#### Algunos principios básicos

- ✓ Resulta esencial la participación de todos los actores humanitarios en salud.
- ✓ Epidemiólogos experimentados deben tomar el liderazgo seleccionando unas pocas condiciones (máximo 10) que deben ser monitorizadas. Estas pueden incluir la desnutrición aguda severa y las intoxicaciones.
- ✓ Se debe recoger información proveniente de una amplia variedad de fuentes incluyendo los medios periodísticos y fuentes informales. Los rumores deben ser investigados y se debe responder a ellos o descartarlos.

- ✓ Se debe movilizar experiencia específica – normalmente de la OMS – para establecer un EWARS.

## Acciones del Coordinador del Clúster de Salud y del Grupo Sectorial en su conjunto

Trabajar con el MinSalud, según el caso, para:

- ✓ Revisar los procedimientos de vigilancia previa a la crisis y acordar los preparativos necesarios para la alerta y respuesta temprana (EWAR) dentro de las áreas afectadas por la crisis.
- ✓ Asegurar que dentro de los primeros días tras el inicio de una crisis, está instalado y funcionando un equipo central para la alerta y respuesta temprana – en una localización apropiada, y con tareas y responsabilidades precisas.

### ELEMENTOS ESENCIALES DE UN SISTEMA DE ALERTA Y RESPUESTA TEMPRANA EFECTIVO

- ✓ Consenso entre todas las agencias de salud sobre una lista corta de condiciones prioritarias que deben ser monitorizadas, con sus definiciones sindromáticas correspondientes, y sobre un formato estándar de reporte, a partir de los sistemas de alerta temprana ya existentes.
- ✓ Medios de comunicación confiables y rápidos.
- ✓ Guías para las unidades de campo, incluyendo los criterios o márgenes a los que ellos deben hacer las alertas y tomar otras acciones especificadas.
- ✓ Entrenamiento sobre el funcionamiento del sistema a los trabajadores clínicos en los niveles de atención primaria y secundaria.
- ✓ Capacidad de laboratorio clínico de apoyo y procedimientos claros para la toma y el despacho de muestras biológicas, y para la retroalimentación de información a las unidades que generan los reportes.
- ✓ Reservas almacenadas de kits para la toma de muestras, y de medicamentos y vacunas.
- ✓ Planes de contingencia para una respuesta integral a las epidemias, incluyendo planes para salas de aislamiento en los hospitales.

1

ROL Y  
FUNCIONAMIENTO  
DE UN CLÚSTER  
DE SALUD

2

COORDINACIÓN  
EFECTIVA

3

EVALUACIÓN  
Y MONITORÍA  
DE LA SITUACIÓN  
DE SALUD

4

ANÁLISIS Y  
PRIORIZACIÓN

5

DESARROLLO DE  
LA ESTRATEGIA Y  
PLANIFICACIÓN

6

ESTÁNDARES

7

PROMOCIÓN Y  
SENSIBILIZA-  
CIÓN PARA LA  
MOVILIZACIÓN  
DE RECURSOS

8

MONITORÍA  
DEL DESEMPEÑO  
DEL CLÚSTER  
Y LECCIONES  
APRENDIDAS

9

LISTAS ESTÁNDAR-  
RES DE SERVICIOS  
Y INDICADORES



ANNEXOS

- ☑ Asegurar que todos los elementos esenciales enumerados en el recuadro siguiente están presentes y funcionando.
- ☑ Asegurar la inclusión de todos los socios del Clúster, así como sus pronto reportes.
- ☑ Asegurar que, dentro de unas pocas horas tras la identificación de un brote (u otro evento que requiera respuesta inmediata), la información correspondiente se retroalimenta información a las unidades que han generado los reportes, y que esa información también es difundida a todas las demás partes interesadas.

### Herramientas y orientación adicional

📖 Para capturar y analizar los datos generados semanalmente por el sistema de vigilancia para la alerta y respuesta temprana, así como otros datos sobre mortalidad y morbilidad generados rutinariamente por las instituciones sanitarias, se debe utilizar el aplicativo desarrollado por la HNTS para la “vigilancia de datos sobre eventos de salud para la nutrición” (*Health events Analysis & Nutrition Data Surveillance – HANDS*). El HANDS, junto con su guía para el usuario (disponible en inglés y francés) están disponibles en el sitio de Internet del Clúster Global de Salud, así como en el CD-ROM anexo a esta guía.



### 3.6 MONITORÍA DE LA SITUACIÓN DE SALUD – RESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD CONVENCIONAL

---

De manera continua, a lo largo de una crisis se necesita información actualizada para informar las decisiones sobre las acciones de respuesta, y para monitorizar los efectos de las intervenciones en salud y permitir que se hagan los ajustes correspondientes cuando sea necesario, así como para apoyar los esfuerzos para la movilización de recursos.

#### Algunos principios básicos

- ✓ Siempre que sea posible, la monitoría durante la crisis debe basarse sobre el sistema de información en salud y vigilancia de enfermedades ya existente, pero este *debe adaptarse al contexto y a las necesidades de la crisis* y cubrir:

- la situación general de salud;
  - los determinantes sociales (incluyendo el género y la edad) y económicos de la salud pública;
  - el desempeño del sistema de salud (incluyendo su capacidad de respuesta, la calidad y la equidad en el acceso); y
  - el progreso y los resultados de las actividades de salud durante la respuesta humanitaria (y la recuperación temprana).
- ✓ La recolección de información se lleva a cabo mejor a través de una *combinación* de:
    - reportes regulares por las instituciones sanitarias y los equipos de campo – ya sea por todos ellos o por una muestra cuidadosamente definida de ellos para que sirvan como *sitios centinela*;
    - encuestas de muestreo periódicas o ad hoc; o, de manera muy útil,
    - reportes regulares por parte de comités a nivel de base comunitaria (“vigilancia con base comunitaria”).
  - ✓ Se debe restablecer un sistema nacional de información en salud apropiado de manera sostenible tan pronto como sea posible.
  - ✓ Una organización – la Agencia Líder de Clúster u otro socio del Clúster – debe asumir la responsabilidad de coordinar el sistema de monitoría y de liderar los esfuerzos internacionales para (re)establecer donde sea necesario un sistema de información en salud apropiado.

En muchos casos, especialmente cuando han ocurrido desastres repetidamente con períodos insuficientes para la recuperación, la capacidad nacional para un sistema de información en salud puede ser limitada. El apoyo para el restablecimiento de un sistema de información en salud adecuado debe entonces ser un componente importante de la estrategia de respuesta en salud a la crisis.

### Acciones del Coordinador del Clúster de Salud y del Grupo Sectorial en su conjunto

Trabajar con el MinSalud, según sea necesario, para:

- ☑ Acordar sobre un conjunto de indicadores clave, sensibles al tema de género, adaptados a la situación y a las capacidades locales, y acerca de cómo, desde dónde, y con qué frecuencia se debe recoger información.

1

ROL Y  
FUNCIONAMIENTO  
DE UN CLÚSTER  
DE SALUD

2

COORDINACIÓN  
EFECTIVA

3

EVALUACIÓN  
Y MONITORÍA  
DE LA SITUACIÓN  
DE SALUD

4

ANÁLISIS Y  
PRIORIZACIÓN

5

DESARROLLO DE  
LA ESTRATEGIA Y  
PLANIFICACIÓN

6

ESTÁNDARES

7

PROMOCIÓN Y  
SENSIBILIZA-  
CIÓN PARA LA  
MOVILIZACIÓN  
DE RECURSOS

8

MONITORÍA  
DEL DESEMPEÑO  
DEL CLÚSTER  
Y LECCIONES  
APRENDIDAS

9

LISTAS ESTÁNDAR-  
ES DE SERVICIOS  
Y INDICADORES

○

ANNEXOS

- ☑ Compilar y analizar con regularidad la información proveniente de todas las fuentes, sobre la situación de salud, y sobre los determinantes de salud y el desempeño del sistema de salud, para así identificar cualquier problema emergente y las brechas o áreas críticas que requieran acción.
- ☑ Acordar una estrategia para mejorar progresivamente la cobertura y el contenido de los reportes por parte de la instituciones de salud, los equipos de atención médica y otros actores sanitarios, y fortalecer o restablecer un sistema nacional de información en salud incluyendo, donde sea apropiado, equipos zonales de información en salud.
- ☑ Acordar cuál debe ser la organización (Agencia Líder de Clúster u otra) que tome el liderazgo en el apoyo al sistema nacional de información en salud, y también cómo otros socios del Clúster contribuirán de manera coordinada a ese esfuerzo.
- ☑ Asegurar que los elementos esenciales incluidos en el recuadro siguiente están presentes y realizan la monitoría del desempeño del sistema.
- ☑ Asegurar que los hallazgos de la monitoría se publican prontamente y se distribuyen con regularidad a los tomadores de decisiones en todas las entidades que son partes interesadas principales – el MinSalud, la entidad nacional de coordinación de la ayuda, las agencias internacionales, las principales ONGs nacionales, los donantes, los medios de noticias, etc. (Se pueden distribuir reportes en conjunto con el *Boletín de Salud* habitual).

Puntos focales del Clúster de Salud a nivel zonal, apoyados por epidemiólogos o por otros analistas de datos experimentados, cuando estos estén disponibles, deben asegurar el análisis rápido a nivel local en colaboración con las autoridades de salud distritales/provinciales y con otros actores interesados. Esto permite identificar prioridades para la acción inmediata y provee una interpretación local que acompaña a los datos crudos para el Coordinador del Clúster de Salud y el equipo central del Sistema de Información en Salud.

### **Lecciones y sugerencias prácticas provenientes de la experiencia de terreno**

En Uganda, el Clúster de Salud utiliza equipos de salud de las aldeas para llevar a cabo desde la base comunitaria la vigilancia de enfermedades y para monitorizar las tendencias de enfermedad a nivel comunitario. Este enfoque innovador puede ser replicado en otros entornos una vez se haya estabilizado la situación.

## ELEMENTOS ESENCIALES DE UN SISTEMA EFECTIVO PARA LA MONITORÍA DE LA SITUACIÓN DE SALUD

- ✓ Se inicia tempranamente con un conjunto básico que incluye pocos indicadores clave (sensibles al tema de género) – [ver Tabla 9.2] y expandir ese conjunto para incluir más indicadores una vez el sistema se encuentre funcionando y lo permita su capacidad.
- ✓ Están incluidos todos los actores principales de todas las áreas, incluyendo, cuando esto sea posible, a las autoridades y las organizaciones comunitarias locales.
- ✓ Los formatos de reporte son sencillos, y están diseñados para facilitar su diligenciamiento y la extracción posterior de los datos. Los formatos están traducidos y utilizan lenguaje preciso.
- ✓ Se proveen guías y entrenamiento a todas las instituciones sanitarias, y a todos los equipos de campo y otros actores de quienes se esperen reportes. Se explica claramente el propósito y la importancia de los reportes y se provee instrucción práctica para promover el reportaje consistente con calidad por parte de todas las instituciones y los equipos.
- ✓ Las disposiciones para la transmisión de los reportes están claramente definidas y está disponible la capacidad para recibir y rápidamente filtrar, compilar, y analizar esos reportes, con el enfoque de identificar cambios, tendencias y divergencias en relación con los estándares establecidos.
- ✓ Un equipo central del sistema de información en salud tiene personal dedicado (de tiempo completo) y un espacio de trabajo apropiado con computadores, teléfonos, y otros equipos (como radios por ejemplo) así mismo dedicados según sea necesario.
- ✓ Procedimientos claros que aseguren la aprobación rápida de los reportes (las demoras burocráticas en la producción y la publicación de información pueden reducir de manera marcada su validez y utilidad).

1

ROL Y  
FUNCIONAMIENTO  
DE UN CLÚSTER  
DE SALUD

2

COORDINACIÓN  
EFECTIVA

3

EVALUACIÓN  
Y MONITORÍA  
DE LA SITUACIÓN  
DE SALUD

4

ANÁLISIS Y  
PRIORIZACIÓN

5

DESARROLLO DE  
LA ESTRATEGIA Y  
PLANIFICACIÓN

6

ESTÁNDARES

7

PROMOCIÓN Y  
SENSIBILIZA-  
CIÓN PARA LA  
MOVILIZACIÓN  
DE RECURSOS

8

MONITORÍA  
DEL DESEMPEÑO  
DEL CLÚSTER  
Y LECCIONES  
APRENDIDAS

9

LISTAS ESTÁNDAR-  
ES DE SERVICIOS  
Y INDICADORES



ANNEXOS

## Lectura complementaria

-  OMS. *Rapid health assessment protocols for emergencies* (Protocolos de evaluación rápida en salud durante emergencias). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1999.
-  OMS. “Surveillance” (vigilancia). En: *Communicable disease control in emergencies: field manual* (control de enfermedades transmisibles durante emergencias: manual de campo). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2005.
-  OMS. *Setting priorities in communicable disease surveillance* (Establecimiento de prioridades en la vigilancia de enfermedades transmisibles). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2007.
-  OMS, ONUSIDA. *WHO recommended surveillance standards* (Estándares de vigilancia recomendados por la OMS). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2000.
-  OMS, OPS. “Epidemiological surveillance and disease control” (vigilancia epidemiológica y control de enfermedades. En: *Natural disasters – protecting the public’s health* (Desastres naturales – protegiendo la salud pública). Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2000.
-  OPS. *Epidemiological surveillance after a natural disaster* (vigilancia epidemiológica tras un desastre natural). Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1982.
-  [www.unhcr.org/his](http://www.unhcr.org/his) (Sistema de Información en Salud de ACNUR, 2008).

### 3.7 MONITORÍA DEL DESEMPEÑO DE LOS SERVICIOS DE SALUD<sup>17</sup>

#### Algunos principios básicos

- ✓ La monitoría del desempeño debe enfocarse en los servicios más críticos durante la situación prevalente.
- ✓ Para cada servicio crítico, se deben escoger y trazar uno o dos indicadores sensibles al tema de género.

Los asuntos generales que merecen ser tratados se relacionan con la *monitoría de la disponibilidad y la cobertura de los servicios clave*.

El siguiente recuadro presenta una orientación para el cálculo de la cobertura: los cambios en cobertura son una medida importante de la efectividad de la respuesta en salud en general así como de los proyectos de provisión de servicios por separado.

La Figura 3f provee ejemplos de indicadores utilizados en el Sudán, mostrando cómo puede refinarse el nivel de compilación y análisis a medida que evoluciona la situación desde la fase aguda inicial y a través de la recuperación. En el Sudán, existen condiciones diferentes en las diversas partes del país – algunas áreas están todavía en fase de emergencia aguda mientras que otras están bastante asentadas en la recuperación; la monitoría varía acorde a esas diferencias.

En los lugares en los cuales la violencia sexual y de género es una preocupación importante, puede ser apropiado incluir información sobre la cobertura de los servicios médicos para las víctimas de violación y de los sistemas de referencia a los servicios de asistencia jurídica, de protección y de apoyo psicosocial.

Una lista más detallada de indicadores se encuentra en la sección 9.2 junto con algunas notas sobre como estimar tasas de mortalidad. La tabla incluye valores de referencia y márgenes de alerta ampliamente aceptados, y muestra si el indicador se refiere a entradas, salidas, o desenlaces.

<sup>17</sup> El Grupo Sectorial Global de Salud no ha (todavía) desarrollado guías específicas sobre este tema; esta será una de sus actividades para el 2009. Esta sección provee algunas indicaciones preliminares con énfasis sobre la “cobertura”.

1

ROL Y  
FUNCIONAMIENTO  
DE UN CLÚSTER  
DE SALUD

2

COORDINACIÓN  
EFECTIVA

3

EVALUACIÓN  
Y MONITORÍA  
DE LA SITUACIÓN  
DE SALUD

4

ANÁLISIS Y  
PRIORIZACIÓN

5

DESARROLLO DE  
LA ESTRATEGIA Y  
PLANIFICACIÓN

6

ESTÁNDARES

7

PROMOCIÓN Y  
SENSIBILIZA-  
CIÓN PARA LA  
MOVILIZACIÓN  
DE RECURSOS

8

MONITORÍA  
DEL DESEMPEÑO  
DEL CLÚSTER  
Y LECCIONES  
APRENDIDAS

9

LISTAS ESTÁNDA-  
RES DE SERVICIOS  
Y INDICADORES

ANNEXOS

**Figura 3f Ejemplo de indicadores clave de desempeño de los servicios de salud y niveles de análisis geográfico durante las diversas fases de la respuesta (I)**

N°	Indicadores clave para el sector de salud & nutrición	Fase aguda inicial	Enfoque humanitario continuado	Recuperación temprana	Recuperación & organización para el desarrollo
1	Disponibilidad geográfica de unidad de salud (US); promedio de población cubierta por US y por tipo de US	por estado & localidad	por unidad administrativa		
	Llevar a % de población dentro de una distancia máxima de 5 km de una US				por unidad administrativa
2	Utilización ambulatoria: número promedio de consultas por año	por estado & localidad		por unidad administrativa	
3	Cobertura de vacunación de Sarampión (9 meses a 15 años)	por estado & localidad			por unidad administrativa
4	Cobertura de niños menores de un año con esquema completo de inmunización		por estado & localidad		por unidad administrativa
5	% de US con servicio de planificación familiar	por estado & localidad	por unidad administrativa		
	Añadir tasa de cobertura de contracepción			por unidad administrativa	
6	% de US con servicio de atención prenatal	por estado & localidad		por unidad administrativa	
	Añadir tasa de cobertura de atención prenatal (3 o más visitas)				por unidad administrativa
7	% de partos esperados que requirieron operación cesárea	por estado	por localidad		
8	% de brotes con investigación y respuesta activada dentro de las 48 horas desde la alerta	por estado	por localidad		
9	% de US con cero días de ausencia de existencias de los 4 medicamentos centinelas (2)		por estado & localidad		por unidad administrativa

N°	Indicadores clave para el sector de salud & nutrición	Fase aguda inicial	Enfoque humanitario continuado	Recuperación temprana	Recuperación & organización para el desarrollo
10	Cobertura de programas enfocados de alimentación suplementaria y terapéutica (3)	por estado & localidad			por unidad administrativa
	Añadir cobertura de monitoria de crecimiento en niños menores de 5 años				por unidad administrativa

(1) Adaptado del Plan de Trabajo de las Naciones Unidas en el Sudán 2008  
 (2) Medicamentos centinelas: uno para cada uno de los siguientes grupos de medicamentos esenciales: anti-maláricos, antibióticos, analgésicos/antipiréticos, antihelmínticos.  
 (3) Programas enfocados de alimentación suplementaria y terapéutica para niños menores de cinco años en quienes se estima la presencia de malnutrición aguda moderada y severa, tasas de recuperación de malnutrición aguda severa en niños menores de cinco años.

## Acciones del Coordinador del Clúster de Salud y del Grupo Sectorial en su conjunto

Trabajar con el MinSalud y otros actores, según sea necesario, para:

- A través de un proceso de consulta (por ej.: un grupo de monitoria & evaluación, o un taller), identificar un conjunto mínimo de indicadores de desempeño que sean relevantes a la situación del país, incluyendo indicadores sensibles al tema de género.
- Asegurar la inclusión de esos indicadores (o de los datos relevantes a ellos) dentro de los formatos estándar de reporte.
- Asegurar que todos los socios del Clúster – y tantos otros actores sanitarios como sea posible – entienden los indicadores y reportan los datos relevantes con regularidad.

### Lectura complementaria

-  Griekspoor A, Loretta A, Colombo A. *Tracking the performance of essential health and nutrition services in humanitarian responses* (seguimiento del desempeño de los servicios esenciales de salud y nutrición en las respuestas humanitarias). Documento general de referencia preparado para el taller “Tracking health performance and humanitarian outcomes” (Seguimiento del desempeño de sistemas sanitarios y de desenlaces humanitarios) organizado por la Organización Mundial de la Salud en 1 y 2 de diciembre de 2005.

## ESTIMATIVO DE LA COBERTURA

La *cobertura*, para propósitos epidemiológicos, es “una medida de la extensión con la cual los servicios prestados cubren la necesidad potencial de esos servicios en una comunidad. Se expresa como un % en el que el numerador es el número de servicios prestados y el denominador es el número de instancias en que el servicio debería haberse prestado”. [Last, J.M. A dictionary of epidemiology. Oxford University press, 2001]

Los estimativos de cobertura generalmente se calculan como un porcentaje:

$$\text{Cobertura poblacional (\%)} = \frac{\text{No. de personas con acceso al servicio} \times 100}{\text{Población total involucrada (N)}}$$

En una crisis humanitaria, se puede calcular la cobertura en relación con la población total afectada, la población total afectada a la cual se puede tener acceso, o, para una intervención enfocada, la población total objetivo.

Estas diversas tasas/razones de cobertura se pueden expresar como:

- *Cobertura humanitaria potencial*, donde N = Población total afectada.
- *Cobertura humanitaria operativa*, donde N = Población total afectada a la cual se puede tener acceso.
- *Cobertura de la población objetivo*, donde N = Total de la Población objetivo.

Los *cambios en la cobertura* se pueden utilizar para la monitoría del desempeño de un programa, en cuanto a qué tanto éxito en llegar a su población objetivo está teniendo. Para los propósitos de evaluación, un cambio en la cobertura es una medida sencilla de la diferencia entre los niveles de cobertura en diferentes momentos en el tiempo:

$$\% \text{ cambio de cobertura} = \frac{\text{Cobertura en el Momento2} - \text{Cobertura en el Momento1} \times 100}{\text{Cobertura en el Momento1}}$$

Para que la comparación entre estimativos sea válida, los niveles de cobertura deben ser estimados usando en cada momento analizado la misma metodología estandarizada.

[Sintetizado de: Griekspoor A, Loretto A & Colombo, A. *Tracking health performance and humanitarian outcomes* (seguimiento del desempeño de los servicios de salud y los desenlaces humanitarios). OMS, 2005]

## 4

ANÁLISIS  
Y PRIORIZACIÓN**Puntos clave:**

- ✓ Los datos son útiles sólo después de ser analizados e interpretados en relación a su contexto.
- ✓ El análisis y la interpretación requieren una combinación de experiencia técnica y conocimiento local.
- ✓ Los equipos de evaluación (recolección de datos) sobre el terreno deben estar involucrados en el análisis inicial.
- ✓ Los datos deben ser examinados desde diferentes perspectivas y en diferentes combinaciones para ver qué revelan.
- ✓ Además del análisis y la interpretación, la presentación es importante. Se debe hacer un uso imaginativo de tablas, gráficos, mapas, líneas temporales y combinaciones de datos provenientes de diferentes conjuntos de datos. Una evaluación generalmente provee una visión rápida; es importante encontrar maneras de presentar visualmente los cambios y las tendencias.
- ✓ El análisis de la situación realizado por una evaluación debe ser actualizado con regularidad sobre la base de la información producto de la monitoría continuada de la situación y de los reportes de alerta temprana.
- ✓ Se deben tener en cuenta las variaciones estacionales, como las temporadas de lluvias y de sequía – y los aumentos estacionales de violencia en las emergencias complejas – y sus efectos usuales sobre los patrones de enfermedad y sobre la provisión de servicios y el acceso a los mismos.

**Productos esperados del Clúster de Salud**

Análisis conjunto de la situación del sector; acuerdo sobre los problemas y riesgos prioritarios a los que deben responder los socios del Clúster de Salud.

1

ROL Y  
FUNCIONAMIENTO  
DE UN CLÚSTER  
DE SALUD

2

COORDINACIÓN  
EFECTIVA

3

EVALUACIÓN  
Y MONITORÍA  
DE LA SITUACIÓN  
DE SALUD

4

ANÁLISIS Y  
PRIORIZACIÓN

5

DESARROLLO DE  
LA ESTRATEGIA Y  
PLANIFICACIÓN

6

ESTÁNDARES

7

PROMOCIÓN Y  
SENSIBILIZA-  
CIÓN PARA LA  
MOVILIZACIÓN  
DE RECURSOS

8

MONITORÍA  
DEL DESEMPEÑO  
DEL CLÚSTER  
Y LECCIONES  
APRENDIDAS

9

LISTAS ESTÁNDAR-  
RES DE SERVICIOS  
Y INDICADORES

○

ANNEXOS



## 4.1 IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE PROBLEMAS, RIESGOS Y BRECHAS

---

El análisis que se realiza con el propósito de planificar incluye dos pasos:

1. Un análisis de brechas que incluye la *identificación de los problemas y riesgos de salud* y las *brechas en los servicios* y la *priorización* de esos problemas y servicios sobre la base de los riesgos para la salud identificados – el número de personas (mujeres, hombres, niñas y niños) en riesgo de muerte y de enfermedad grave o discapacidad por causa de cada problema.
2. Una análisis de las *opciones* disponibles (viables y aceptables) para responder a las brechas/problemas prioritarios y la priorización de *acciones* de salud teniendo en cuenta los recursos que se requerirían y los beneficios se podrían esperar en el contexto prevalente actualmente, incluyendo las condiciones de seguridad, las limitaciones operativas y otros factores de contexto. Con frecuencia esto requiere un elemento de juicio subjetivo profesional.

Los procesos de identificación y priorización de problemas y acciones deben ser *transparentes*. Los criterios de priorización deben estar registrados de manera explícita. Como se ilustra en la Figura 4 a, el análisis debe considerar los 3 aspectos clave, y además el contexto y las lecciones de experiencias previas.

Como con todos los demás elementos del proceso de evaluación y respuesta, la identificación y priorización de problemas, riesgos y brechas, y el análisis de las causas, deben ser un proceso iterativo continuo:

- Un análisis *preliminar* – la definición preliminar del escenario – durante las primeras 24-72 horas, informa las acciones de respuesta durante los primeros días.
- Un análisis *inicial* en el contexto de la evaluación inicial rápida, completado dentro de los primeros 10 a 15 días, provee la base para decisiones más sustanciales de planificación inicial. Puede resultar útil sintetizar el análisis en un “escenario inicial para la planificación”.
- Cuando se necesario, un análisis y un escenario de planificación *actualizados*, en particular después de cada ejercicio periódico de revisión o tras la re-evaluación que se lleva a cabo después de cualquier cambio sustancial en la situación general.

**Figura 4a Marco de referencia para el análisis de la situación de salud**



## Análisis de problemas y de brechas

El análisis de problemas en un primer paso esencial. Este análisis debe identificar:

- los niveles de mortalidad y morbilidad y los cambios en comparación con lo que sería normal para la época del año/estación;
- las causas inmediatas de mortalidad y morbilidad evitables (estas pueden ser heridas y traumatismos, enfermedades transmisibles, malnutrición, etc.) y las cantidades de personas en riesgo (desagregadas por edad y sexo tanto como sea posible);
- las *causas subyacentes (causas raíz)* de los problemas inmediatos específicos – por ej.: saneamiento defectuoso, agua contaminada, falta de acceso a servicios médicos, o servicios de salud inadecuados, inseguridad alimentaria, malos hábitos alimenticios, etc., entre los distintos grupos de población;
- las *amenazas adicionales para la salud* que se pueden anticipar, incluyendo tanto los riesgos estacionales como los excepcionales, y los números de personas en riesgo (desagregados por edad y sexo tanto como sea posible);
- las *brechas* en la disponibilidad de servicios de salud para la población afectada por la crisis humanitaria y la cobertura de los servicios prioritarios de calidad;
- cualquier brecha importante en la *información* en salud; y
- Los temas transversales que pueden afectar las prioridades y la planificación e implementación de la respuesta (género, edad, VIH/SIDA, etc.).

Algunos elementos de referencia ampliamente aceptados se muestran en la sección 9.1.

Los *materiales de guía sobre brechas (gap guidance materials)* proveen ejemplos de brechas en la respuesta en salud identificadas durante varias emergencias recientes e indican algunas acciones de remediación posibles. Cubren aspectos del estado de salud, los servicios y la información, y el documento sugiere referentes para algunos aspectos acerca de los cuales no existen estándares internacionales.

Una vez que ha pasado la etapa inicial de emergencia aguda, el análisis debe considerar los problemas en relación con elementos específicos del *sistema* de salud incluyendo las políticas, las infraestructuras sanitarias, los recursos humanos, el financiamiento de la salud, los suministros médi-

cos y la gestión sanitaria, y la provisión de servicios de salud. Los árboles de problemas pueden ayudar a identificar las jerarquías de los problemas y sus causas. Pueden ayudar a identificar los problemas sobre los cuales se debe enfocar la atención para conseguir los mayores beneficios en salud.

## Análisis de contexto

El análisis de contexto debe incluir el análisis de los siguientes elementos:

- los *factores políticos, sociales y culturales* (incluyendo pero no limitándose sólo a las consideraciones de género) que influyen – positiva o negativamente – el estado de salud, los servicios de atención en salud, y la viabilidad de las intervenciones de atención sanitaria;
- la situación de *seguridad* incluyendo las causas de conflicto y sus implicaciones para la acción en salud;
- los *recursos y capacidades* disponibles, y los que razonablemente se puede esperar que sean movilizados;
- los roles y la influencia de cualquier nuevo actor o *parte interesada* (por ej.: fuerzas militares, entidades no estatales);
- las *oportunidades* disponibles para la mejora o la innovación en comportamientos relacionados con la salud o con la provisión de servicios de salud;
- las *restricciones* para la acción en salud, incluyendo las limitaciones de carácter logístico, operativo, administrativo y cultural; y
- la *evolución esperada* de la situación general y sus implicaciones para la salud y para la provisión de servicios sanitarios y el acceso a los mismos.

Las herramientas de análisis que pueden ser útiles incluyen:

- el análisis de partes interesadas (esencial en todos los casos) para identificar los intereses de todos los actores que pueden afectar o ser afectados por la situación de salud y las acciones de respuesta en salud – ver el anexo E;
- el análisis FODA (fortalezas-opportunidades-debilidades-amenazas); el análisis de fuerzas (examen de las fuerzas en pro y en contra de una determinada decisión o de un curso de acción);

1

ROL Y  
FUNCIONAMIENTO  
DE UN CLÚSTER  
DE SALUD

2

COORDINACIÓN  
EFECTIVA

3

EVALUACIÓN  
Y MONITORÍA  
DE LA SITUACIÓN  
DE SALUD

4

ANÁLISIS Y  
PRIORIZACIÓN

5

DESARROLLO DE  
LA ESTRATEGIA Y  
PLANIFICACIÓN

6

ESTÁNDARES

7

PROMOCIÓN Y  
SENSIBILIZA-  
CIÓN PARA LA  
MOVILIZACIÓN  
DE RECURSOS

8

MONITORÍA  
DEL DESEMPEÑO  
DEL CLÚSTER  
Y LECCIONES  
APRENDIDAS

9

LISTAS ESTÁNDARES  
DE SERVICIOS  
Y INDICADORES

○

ANEXOS

el análisis de impacto (anticipando las consecuencias plenas de los cambios propuestos en un sistema);

- el análisis de conflictos y el análisis para “no hacer ningún daño” en una situación de conflicto o represión.<sup>18</sup>

También será útil revisar las lecciones de experiencias previas en el país y en situaciones similares en países vecinos, y considerar su relevancia potencial para la situación actual.

### Acciones del Coordinador del Clúster y del Grupo Sectorial de Salud

- ☑ Trabajar, según resulte apropiado, con los actores sanitarios nacionales y locales así como con otras partes interesadas, durante todas las etapas de la evaluación y la respuesta para estar de acuerdo en los análisis tanto de los *problemas* como de los *factores contextuales* de importancia en cada una de las etapas de evaluación y de respuesta. Esto incluye lograr acuerdos sobre:
  - los impactos específicos de la crisis sobre el estado de salud, y sobre los sistemas y el personal sanitarios;
  - los problemas, las brechas y los riesgos *más críticos* en salud *durante cada etapa*;
  - los criterios para la priorización de los problemas, asegurando que esos criterios están documentados y son entendidos por todos los involucrados;
  - una lista priorizada de problemas (incluyendo brechas y riesgos) que se actualiza siempre que sea necesario; y
  - las *oportunidades y limitaciones* específicas con influencia sobre el estado de salud y la provisión de servicios sanitarios, teniendo en cuenta cómo se espera que evolucione la situación general.
- ☑ Asegurar que los análisis sean exhaustivos y basados en evidencia:
  - indicar claramente todas las extrapolaciones y las suposiciones;
  - triangular datos de diversas fuentes y considerar (evaluar) la confiabilidad de los distintos datos y de sus fuentes;
  - tener en cuenta los aspectos de género, de protección y de derechos humanos, de impacto sobre el VIH/SIDA, las condiciones de seguridad, y cualquier limitación al acceso; e

<sup>18</sup> El análisis de conflictos es el estudio sistemático del perfil, las causas, los actores y las dinámicas del conflicto. Ayuda a las organizaciones que trabajan en acciones humanitarias, así como en acciones para el desarrollo y para la construcción de paz, a desarrollar un mejor entendimiento del contexto en el cual trabajan y de su rol en dicho contexto.

- identificar – buscar – las diferencias entre localidades y entre distintos grupos de población, así como diferencias relacionadas con el género y con la edad (dar consideración a las diversas situaciones y necesidades de hombres, mujeres, niñas y niños).
- ☑ Examinar cuidadosamente cualquier discrepancia en la información, o circunstancias en la cuales los hallazgos reportados no concuerden con lo que se habría podido esperar. ¿Qué puede explicar esas diferencias? ¿Cuál es su importancia?
- ☑ Estar atento a posibles fuentes de error o de sesgo en los datos reportados. Asegurar que las necesidades de áreas aisladas (con comunicaciones interrumpidas) no son sub-estimadas o ignoradas, y que las necesidades no son sobre-estimadas por concentración de datos provenientes de las áreas peor afectadas.
- ☑ Identificar cualquier tema, área, o grupo de población para los cuales no se tiene información o la que existe no es particularmente fiable. ¿Por qué no se tiene información, o esta es no fiable? ¿Cuál es su importancia? ¿Cuáles son las brechas más importantes en la información? ¿Qué se puede hacer para llenar esas brechas, cuándo, y por quién?

### Lectura complementaria y herramientas

- 📖 Anexo E en el CD-ROM – *Análisis de grupos de interesados* (que también provee una lista adicional de referencias).
- 📖 Cluster Global de Salud. *Gap guidance materials – Assisting the health sector coordination mechanism to identify and fill gaps in the humanitarian response* (Materiales para el análisis de brechas – ayudas para que el mecanismo de coordinación del sector salud identifique y cierre las brechas en la respuesta humanitaria). Cluster Global de Salud, 26 Octubre 2007.
- 📖 FEWER, International Alert, Saferworld. *Conflict-sensitive approaches to development, humanitarian assistance and peace-building: A resource pack* (Paquete de recursos para desarrollar enfoques sensibles a los conflictos para la ayuda humanitaria y la construcción de paz). Africa Peace Forum, Center for Conflict Resolution, Consortium of Humanitarian Agencies, Forum on Early Warning and Early Response, International Alert, Saferworld, 2004.

1

ROL Y  
FUNCIONAMIENTO  
DE UN CLÚSTER  
DE SALUD

2

COORDINACIÓN  
EFECTIVA

3

EVALUACIÓN  
Y MONITORÍA  
DE LA SITUACIÓN  
DE SALUD

4

ANÁLISIS Y  
PRIORIZACIÓN

5

DESARROLLO DE  
LA ESTRATEGIA Y  
PLANIFICACIÓN

6

ESTÁNDARES

7

PROMOCIÓN Y  
SENSIBILIZA-  
CIÓN PARA LA  
MOVILIZACIÓN  
DE RECURSOS

8

MONITORÍA  
DEL DESEMPEÑO  
DEL CLÚSTER  
Y LECCIONES  
APRENDIDAS

9

LISTAS ESTÁNDAR-  
ES DE SERVICIOS  
Y INDICADORES

○

ANNEXOS

-  Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. *Manual de trabajo interinstitucional sobre salud reproductiva en escenarios humanitarios. Revisión 2010 para Informe de Trabajo*. Ginebra: Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis, 2010.
-  IASC. *Mujeres, niñas, niños y hombres, necesidades diferentes, iguales oportunidades. Manual de género para la acción humanitaria*. Ginebra: Comité Permanente entre Organismos (IASC), 2006.
-  IASC. *Need Analysis Framework, strengthening the analysis and presentation of humanitarian needs in the CAP* (Marco de referencia para el análisis de necesidades, fortaleciendo el análisis y la presentación de las necesidades humanitarias en el Proceso Consolidado de Llamamiento de Ayuda – CAP). Sub-grupo de Trabajo sobre el CAP del Comité Permanente entre Organismos (IASC), Abril 2007.
-  MSF. *Refugee health: an approach to emergency situations* (salud de los refugiados: un enfoque para situaciones de emergencia). París: Médicos Sin Fronteras, 1997.
-  OMS, OPS. *Guía de la OMS y la OPS para el uso de hospitales de campaña extranjeros en caso de desastres*. Washington, DC: Organización Mundial de la Salud – Organización Panamericana de la Salud, 2003.
-  Pavignani E, Colombo A. *Análisis de sistemas de salud deteriorados – un manual modular*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2011.

## 4.2 PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y DE LAS ACCIONES DE RESPUESTA

Las siguientes son algunas preguntas clave que deben ser contestadas:

- ¿Actualmente cuáles son las causas principales de mortalidad evitable?
- ¿Actualmente cuáles son las causas principales de morbilidad y discapacidad evitable?
- ¿Cuáles son los principales riesgos en salud para los próximos meses?
- ¿Cuáles de esos problemas afectan la mayor cantidad de personas?

Para responder estas preguntas son necesarios datos desagregados por edad y por sexo así como por área geográfica. El siguiente paso, descrito en la sección 5.1, será responder la siguiente pregunta: ¿Qué opciones están disponibles para responder a estos problemas, qué recursos serán necesarios, y qué impacto se puede esperar?

### Acciones del Coordinador del Clúster y del Grupo Sectorial de Salud

Habilitar la participación de todos los socios del Clúster en el proceso de priorización de problemas y de acciones de respuesta, para poder lograr el consenso más amplio posible y la apropiación de las conclusiones.

Enfocarse primero en la identificación de las amenazas directas inmediatas para la vida y en la respuesta a estas, así como a los riesgos más apremiantes para la salud pública. Antes de proponer nuevos programas, recoger datos confiables adecuados y llevar a cabo un análisis pormenorizado de la situación, de los riesgos y de los temas de sostenibilidad de los programas.

El formato en la Figura 4b puede servir como plantilla de trabajo para registrar las razones en las que se basan las decisiones tomadas.

1

ROL Y  
FUNCIONAMIENTO  
DE UN CLÚSTER  
DE SALUD

2

COORDINACIÓN  
EFECTIVA

3

EVALUACIÓN  
Y MONITORÍA  
DE LA SITUACIÓN  
DE SALUD

4

ANÁLISIS Y  
PRIORIZACIÓN

5

DESARROLLO DE  
LA ESTRATEGIA Y  
PLANIFICACIÓN

6

ESTÁNDARES

7

PROMOCIÓN Y  
SENSIBILIZA-  
CIÓN PARA LA  
MOVILIZACIÓN  
DE RECURSOS

8

MONITORÍA  
DEL DESEMPEÑO  
DEL CLÚSTER  
Y LECCIONES  
APRENDIDAS

9

LISTAS ESTÁNDAR-  
ES DE SERVICIOS  
Y INDICADORES

ANNEXOS

**Figura 4b Ejemplo de plantilla de trabajo para la identificación de prioridades**

	Temas de importancia		
	Tema #1	Tema #2	Tema #3
Medida y tendencia actuales			
Comparación con referentes internacionales (por ej.: Esfera u otros estándares) [¿% de desviación con relación al estándar?]			
Comparación con la situación previa a la crisis [¿% de desviación con relación a la situación previa?] o con los niveles de países vecinos			
Riesgo de mortalidad, morbilidad o discapacidad [valoración de 1 a 5] <sup>1</sup>			
Urgencia – inmediatez del riesgo [valoración de 1 a 5]			
Número de personas en riesgo directo			
Con base en lo anterior: problemas y riesgos prioritarios de salud [valoración de 1 a 5]			
Causas subyacentes; vínculos con otros factores			
Viabilidad de responder y de lograr un impacto medible en el corto plazo <sup>2</sup>			
Contribución de la acción a la reconstrucción del sistema de salud y a la protección de la salud pública <sup>3</sup>			
Con base en lo anterior: prioridad para la acción humanitaria/de recuperación temprana [valoración de 1 a 5] <sup>1</sup>			

<sup>1</sup> Valoración de riesgo/urgencia/prioridad: 1= muy baja; 5= muy alta (con base en opinión profesional)

<sup>2</sup> La viabilidad incluye la accesibilidad (seguridad, logística, etc.), la aceptabilidad de las posibles acciones (cultura, historia, etc.), y las capacidades disponibles, o que se espera estén disponibles, para llevar a cabo esas acciones dentro del período para el que se planifica (destrezas y números de trabajadores sanitarios, instalaciones, cadena de frío, etc.).

<sup>3</sup> En algunos casos también puede ser apropiado priorizar algo que es “la acción correcta que se debe realizar”. Por ejemplo, los residuos tóxicos que han sido depositados en una localidad afectada por una crisis pueden no representar la preocupación más imperativa para la salud, pero puede ser apropiado priorizar acciones para responder a quejas colectivas y reducir la preocupación pública local.

## 5

DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA  
Y PLANIFICACIÓN**Puntos clave:**

- ✓ Para una acción humanitaria en salud coherente y coordinada resulta esencial lograr acuerdo sobre la estrategia de respuesta del sector salud, incluyendo los objetivos específicos y las actividades estratégicas. Todos los actores sanitarios principales deben estar involucrados en la definición de estos elementos, los cuales deben ser comprendidos por todas las partes involucradas. Siempre que sea posible, deben ser acordados con las autoridades sanitarias nacionales y locales.
- ✓ La evaluación, el análisis, el desarrollo de una estrategia y la planificación son procesos iterativos. El documento de respuesta estratégica, que constituye la piedra angular de todas las actividades del Clúster, debe ser desarrollado y mejorado de manera progresiva (ver Figura 3b en la sección 3.1):
  - Un esquema *preliminar* de la estrategia de respuesta debe ser preparado tempranamente, dentro de los primeros días, para servir como base de las respuestas iniciales por parte de los socios del Clúster y como marco de referencia para el llamamiento urgente de ayuda (flash appeal) [ver sección 7.1] y para el paquete de propuestas de la aplicación al Fondo Central de Respuesta a Emergencias CERF [ver sección 7.2].<sup>19</sup>

1

ROL Y  
FUNCIONAMIENTO  
DE UN CLÚSTER  
DE SALUD

2

COORDINACIÓN  
EFECTIVA

3

EVALUACIÓN  
Y MONITORÍA  
DE LA SITUACIÓN  
DE SALUD

4

ANÁLISIS Y  
PRIORIZACIÓN

5

DESARROLLO DE  
LA ESTRATEGIA Y  
PLANIFICACIÓN

6

ESTÁNDARES

7

PROMOCIÓN Y  
SENSIBILIZA-  
CIÓN PARA LA  
MOVILIZACIÓN  
DE RECURSOS

8

MONITORÍA  
DEL DESEMPEÑO  
DEL CLÚSTER  
Y LECCIONES  
APRENDIDAS

9

LISTAS ESTÁNDA-  
RES DE SERVICIOS  
Y INDICADORES

○

ANNEXOS

<sup>19</sup> Un “escenario de trabajo” preliminar puede ayudar a preparar ese tipo de esquema preliminar de estrategia - ver sección 3.3 y anexo B8 de *Managing WHO humanitarian response in the field* (Manejo de la respuesta humanitaria de la OMS en el terreno), Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2008.

- Se debe preparar con base en la evaluación inicial rápida (IRA) un comunicado inicial, *más detallado* de la estrategia de respuesta en salud. Debe estar vinculado con el desarrollo de la revisión del llamamiento urgente de ayuda (flash appeal), y posteriormente con el plan común de acción humanitaria, CHAP, que es requerido cuando se lleva a cabo el primer proceso consolidado de llamamiento de ayuda, típicamente dentro de los primeros dos meses después del inicio de la emergencia [ver sección 7.3].

Esa estrategia debe ser *actualizada* siempre que sea necesario sobre la base de nueva información proveniente de nuevas evaluaciones sub-sectoriales y de la monitoría de la situación, después de cualquier cambio importante de la situación, y antes de la preparación de cualquier nuevo plan común de acción humanitaria, CHAP (o de un nuevo proceso consolidado de llamamiento de ayuda, CAP).

- ✓ La estrategia general, los objetivos y las estrategias individuales a nivel de actividades deben ser revisadas y actualizadas siempre que sea necesario.
- ✓ El Coordinador del Clúster de Salud debe guiar a los socios del grupo sectorial en su escogencia y priorización de áreas de trabajo y actividades, y todos los recursos agregados que estén a disposición del Clúster deben ser utilizados para llenar las brechas más críticas.
- ✓ Se deben preparar planes de contingencia para responder a las amenazas previsibles para la salud y para los servicios sanitarios.

### Productos esperados del Clúster de Salud

- ✓ Una estrategia conjunta para la respuesta en salud durante la crisis, actualizada frecuentemente, con prioridades y objetivos claros en relación con los problemas, los riesgos, y las brechas de salud prioritarios, con una perspectiva de equidad y de promoción de la recuperación temprana (incluyendo el desarrollo de las capacidades).
- ✓ Distribución de las responsabilidades entre los socios con base en las capacidades para ejecutar sobre el terreno.
- ✓ Un plan de contingencia conjunto para responder a eventos futuros que puedan impactar sobre la salud de la población o las actividades de respuesta de los socios.

## “ESTRATEGIA DE REPUESTA EN SALUD A LA CRISIS” Y “ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS”

Una *estrategia de respuesta en salud* es una declaración concisa del enfoque general al cual deben contribuir los socios del Clúster con el ánimo de *reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad evitables, y de restaurar la provisión de, y el acceso equitativo a, atención sanitaria preventiva y curativa, tan pronto como se pueda y de la manera más sostenible que sea posible*. Debe definir las áreas que deben ser abordadas con carácter prioritario durante un determinado período de tiempo, los objetivos específicos del Clúster/sector, y el abordaje seleccionado para conseguir los objetivos durante ese tiempo.

Las estrategias individuales *a nivel de actividades*, son los enfoques de actuación adoptados para conseguir objetivos específicos dentro de un tiempo definido (como prevenir – o reducir el riesgo de – un brote de sarampión, asegurar el suministro continuado de medicamentos esenciales, o restablecer y mejorar el sistema de información en salud).

En una crisis, el horizonte de planificación tiende a contraerse y su alcance se ve reducido al de los proyectos. Esto tiene como resultado la fragmentación, con proliferación de unidades especiales de planificación que trabajan aisladamente. Una estrategia acordada conjuntamente, y el desarrollo de un macro-plan general, pueden ayudar a reducir la fragmentación.

Con la selección de actividades estratégicas, se decide cómo enfrentar problemas y riesgos prioritarios específicos para lograr los objetivos, el tiempo que se evitan los posibles efectos negativos. Por ejemplo:

- Para limitar el riesgo de un brote de sarampión, una opción sería llevar a cabo una campaña masiva de vacunación contra el sarampión. Pero, si se considera que la cobertura actual es suficientemente buena, puede ser mejor fortalecer los sistemas ordinarios de inmunización, al tiempo que se dirigen los esfuerzos y recursos a otras prioridades de salud.
- Si hay una escasez de medicamentos, las opciones pueden incluir importar grandes cantidades de medicamentos, impor-

1

ROL Y  
FUNCIONAMIENTO  
DE UN CLÚSTER  
DE SALUD

2

COORDINACIÓN  
EFECTIVA

3

EVALUACIÓN  
Y MONITORÍA  
DE LA SITUACIÓN  
DE SALUD

4

ANÁLISIS Y  
PRIORIZACIÓN

5

DESARROLLO DE  
LA ESTRATEGIA Y  
PLANIFICACIÓN

6

ESTÁNDARES

7

PROMOCIÓN Y  
SENSIBILIZA-  
CIÓN PARA LA  
MOVILIZACIÓN  
DE RECURSOS

8

MONITORÍA  
DEL DESEMPEÑO  
DEL CLÚSTER  
Y LECCIONES  
APRENDIDAS

9

LISTAS ESTÁNDAR-  
ES DE SERVICIOS  
Y INDICADORES

○

ANNEXOS

tar kits de medicamentos, o comprar esos medicamentos localmente. Se debe tomar una decisión tomando en cuenta diversos factores, como la rapidez de las entregas y los posibles efectos de las disposiciones para el suministro de medicamentos en el mediano plazo.

Algunos ejemplos adicionales, incluyendo ejemplos de efectos negativos no intencionados, se muestran en el Anexo G.

### “Brechas” comunes en relación con la planificación

Hallazgos de 10 casos estudio de país (2004-2007)

Ejemplos	Acciones remediales propuestas
<p>No hay un plan de implementación específico para cada fase de la respuesta (en particular para la rehabilitación estructural) que incluya la totalidad del área afectada.</p> <p>La implementación es orientada por las capacidades y los mandatos particulares de las agencias, por la disponibilidad de fondos, y por el “oportunismo contextual”, en lugar de basarse en las necesidades (por ej.: que prime el apoyo a la capacidad hospitalaria y la tensión de tercer nivel sobre el apoyo a la atención primaria).</p>	<p>Llevar a cabo un ejercicio de priorización basada en evidencia, identificando las causas principales de morbilidad y mortalidad, y priorizando servicios de salud preventivos y curativos para esas causas.</p> <p>Establecer un acuerdo sobre un paquete mínimo de servicios de salud (incluyendo el paquete de servicios iniciales mínimos de salud reproductiva) que deben ser prestados por las unidades sanitarias en cada nivel de atención; adaptado esto a cada fase de la emergencia.</p> <p>Desarrollar junto con las ONGs, la comunidad afectada, y el MinSalud, un plan de acción común, enfocado en las prioridades de salud, dentro de los preceptos de la atención primaria integral, y, en particular, durante la fase de recuperación temprana; buscando un balance entre las necesidades urgentes de prestación de servicios y la construcción del sistema en el largo plazo.</p>

## 5.1 DESARROLLO DE UNA ESTRATEGIA DE RESPUESTA DEL SECTOR SALUD DURANTE UNA CRISIS

La estrategia de respuesta del sector salud durante una crisis es la herramienta principal para asegurar que las acciones de todos los actores sanitarios están coordinadas y, en particular, que las acciones de los actores sanitarios externos están bien coordinadas con, y apoyan apropiadamente, las acciones de las autoridades sanitarias nacionales y locales y de los otros actores locales en salud. Provee un marco de referencia para panificar la respuesta en salud a través del(las) área(s) afectada(s), incluyendo la distribución de recursos entre distintas áreas.

### Algunos principios básicos

- ✓ Inicialmente, centrarse en asegurar la prestación de servicios esenciales; y planear la ampliación del alcance sólo cuando los servicios esenciales estén asegurados. Es más sencillo aumentar la escala de los servicios de salud que se prestan, que reducir dicha escala.
- ✓ Cuando los recursos disponibles son insuficientes para responder a todas las necesidades – como el casi siempre el caso – concentrar los esfuerzos y los recursos en donde puedan realmente lograr un cambio, Diluir los esfuerzos tratando de englobar toda la situación puede ser poco efectivo.
- ✓ Producir rápidamente una estrategia inicial, e ir mejorándola y haciéndola más específica a medida que se va contando con información más sólida y que se va logrando el consenso con todos los interesados y se hace realidad la disponibilidad de los recursos. No perder tiempo en la preparación de planes integrales muy detallados que rápidamente pueden resultar irrelevantes.
- ✓ Deben existir vínculos claros entre (i) los problemas, los riesgos y las brechas que han sido identificados, y (ii) la selección de objetivos específicos y de estrategias. Se deben examinar opciones alternativas para responder a los problemas prioritarios, y se deben explicar claramente en el documento las razones para escoger las estrategias seleccionadas.

1

ROL Y  
FUNCIONAMIENTO  
DE UN CLÚSTER  
DE SALUD

2

COORDINACIÓN  
EFECTIVA

3

EVALUACIÓN  
Y MONITORÍA  
DE LA SITUACIÓN  
DE SALUD

4

ANÁLISIS Y  
PRIORIZACIÓN

5

DESARROLLO DE  
LA ESTRATEGIA Y  
PLANIFICACIÓN

6

ESTÁNDARES

7

PROMOCIÓN Y  
SENSIBILIZA-  
CIÓN PARA LA  
MOVILIZACIÓN  
DE RECURSOS

8

MONITORÍA  
DEL DESEMPEÑO  
DEL CLÚSTER  
Y LECCIONES  
APRENDIDAS

9

LISTAS ESTÁNDAR-  
ES DE SERVICIOS  
Y INDICADORES

○

ANNEXOS

- ✓ Se deben tener en cuenta las variaciones estacionales y sus efectos usuales sobre los patrones de enfermedad y sobre la prestación de servicios y el acceso a los mismos. Esto incluye las temporadas de lluvias y de sequía, así como oleadas estacionales de violencia en algunas emergencias complejas.
- ✓ La estrategia de respuesta a la crisis debe incluir fases para asegurar la cobertura efectiva de los servicios mínimos iniciales, antes de proveer servicios esenciales de manera más amplia. La estrategia debe considerar todos los aspectos: recursos humanos, infraestructuras, equipamiento y suministros.
- ✓ Se debe promover la recuperación desde el momento más temprano que sea posible, incluyendo el pensamiento para el largo plazo en la planificación. Siempre que sea posible, se deben hacer esfuerzos para utilizar y fortalecer las estructuras existentes y (re)construir las capacidades locales. Los efectos negativos potenciales deben considerarse y minimizarse.
- ✓ Se deben integrar en el proceso de planificación los temas transversales como el género, el VIH/SIDA, el medioambiente y la protección de las personas.

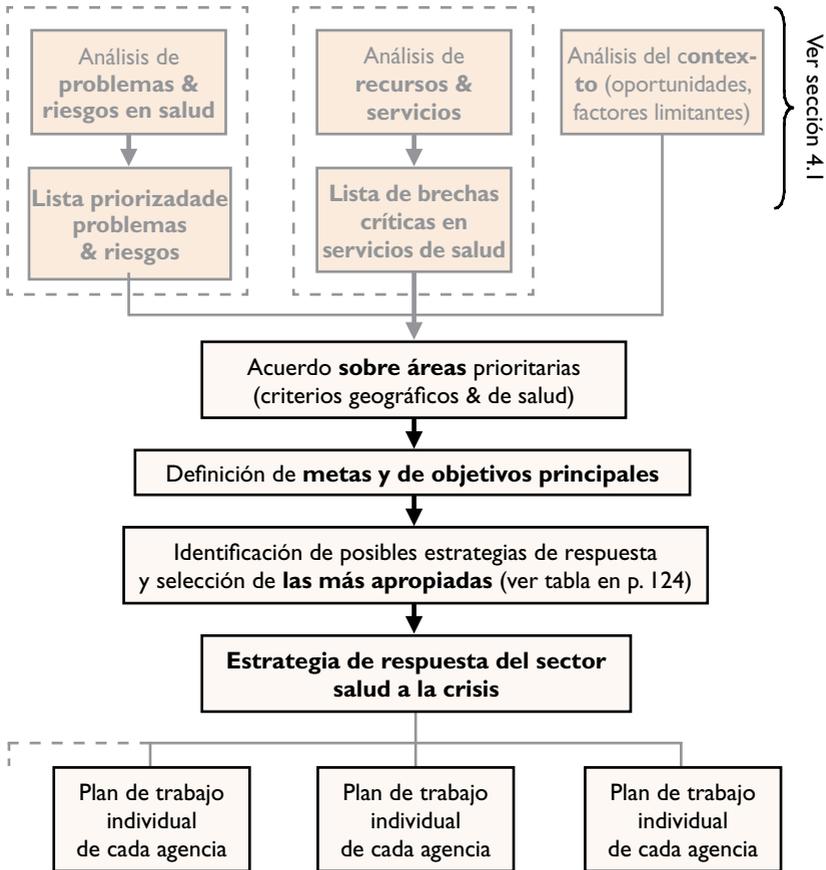
### **Pasos para el desarrollo de una estrategia de respuesta en salud en una situación de crisis**

En la Figura 5a se muestra de manera esquemática el proceso para desarrollar una estrategia de respuesta del sector salud con base en el análisis de situación.

El análisis del contexto, incluyendo lo relativo a las capacidades, los recursos y las barreras, es crítico para la definición de los objetivos (los cuales deben ser realistas), así como para el análisis de las opciones para la respuesta y para la selección de estrategias a nivel de actividad (las cuales deben ser tanto apropiadas como viables), y para la preparación de la estrategia general para la respuesta del sector salud (la cual también debe ser realista).

Afortunadamente, no siempre es necesario empezar de cero al definir las áreas y estrategias prioritarias. Algunas respuestas pueden considerarse como “dadas” en muchos contextos, sobre la base de la larga experiencia durante muchas crisis, y las decisiones necesarias están entonces claras. Por ejemplo, una campaña de inmunización contra el sarampión es fre-

**Figura 5a Del análisis a la estrategia de respuesta del sector salud**



cuentemente la respuesta apropiada en contextos donde los sistemas tradicionales están interrumpidos. La probabilidad de que tales respuestas sean necesarias debe ser reconocida y analizada. Esto es importante, especialmente durante la primera fase, aguda, de la respuesta, cuando el tiempo apremia. Sin embargo, en general, se deben definir objetivos específicos y escoger actividades estratégicas sobre la base de los hallazgos de la evaluación y de una priorización cuidadosa, para poder lograr los máximos beneficios en salud posibles con los recursos que se espera estarán disponibles durante el período específico para el cual se planifica.

## Definición de áreas prioritarias

- ☑ Definir cuáles son las áreas geográficas afectadas en relación con los problemas de salud prioritarios. Se debe mantener el foco en responder a las principales causas de muerte y enfermedad en el contexto local y a los factores limitantes de mayor importancia para la prestación de, y el acceso a, los servicios de salud.

Inicialmente, el foco estará asegurar que las necesidades humanitarias que amenazan la vida sean satisfechas, al tiempo que siempre se buscarán oportunidades para promover la recuperación y reconstruir los sistemas. Tan pronto como las *necesidades que amenazan la vida* hayan sido satisfechas, el foco debe cambiar progresivamente hacia la *reconstrucción de los sistemas y las capacidades nacionales*, mientras que siempre se asegura que sean cubiertas las necesidades humanitarias que aún subsistan.

## Definición de objetivos

- ☑ Asegurar que los objetivos respondan de manera coherente a los problemas y riesgos prioritarios identificados en las evaluaciones, y que están definidos para fases específicas de la respuesta y tienen en cuenta:
  - el contexto, las capacidades y los recursos disponibles;
  - las variaciones estacionales y la evolución esperada de la situación general; y
  - los temas referentes a la protección y los derechos humanos, del impacto del VIH/SIDA, las condiciones de seguridad, las limitaciones existentes para el acceso, y cualquier otro factor que imponga limitaciones para las personas y para la prestación de los servicios, diferenciando entre mujeres, hombres, niñas y niños.

También se deben tener en cuenta las expectativas que deben ser satisfechas – las políticas y los valores de los diferentes actores interesados que afectarán la evolución de la situación general y la implementación de las actividades relacionadas con la salud. Los objetivos específicos pueden incluir mejorar la información y reforzar los sistemas, así como conseguir desenlaces directos en salud.

## Selección de las actividades estratégicas

Las estrategias de respuesta deben ser *apropiadas* – respondiendo de manera efectiva, coherente y eficiente a los problemas y riesgos prioritarios y de forma adecuada al contexto local, y deben ser *viabiles* – que sean ejecutables en el contexto local y con los recursos que se espera estarán

disponibles. En la medida posible, las estrategias deben contribuir a “reconstruir mejor”.

- ☑ Escoger las estrategias sobre la base de análisis explícitos y documentados acerca de las ventajas y desventajas de las opciones de respuesta que están disponibles – las posibles vías alternativas de responder a problemas específicos y de lograr objetivos determinados.
- ☑ Analizar cuidadosamente las opciones para identificar las estrategias más apropiadas – las que lograrán los objetivos definidos al tiempo que minimizan los posibles efectos negativos (especialmente en una situación de conflicto). Hay que anotar que las acciones de corta duración tomadas para solucionar un problema sistémico inmediato en la provisión de servicios pueden tener importantes efectos de distorsión en el largo plazo sobre la totalidad del sistema de salud – ver ejemplos en el Anexo G.
- ☑ Contar con la experiencia ganada en crisis anteriores en la misma área o con poblaciones similares en países vecinos. Si se proponen acciones sobre la base de experiencias previas, se debe asegurar un análisis pormenorizado de las diferencias así como de las similitudes entre los dos contextos. ¡Lo que ha funcionado (o fallado) en un contexto, no necesariamente funcionará (o fallará) en otro!

Identificar y escoger entre las opciones alternativas para la respuesta requiere un análisis del contexto así como información relevante sobre el sector salud. También requiere habilidad para comparar la situación actual con otros contextos similares, así como para aprender del pasado y para relacionarse, en la medida que sea apropiado y necesario, con una amplia gama de actores interesados que seguramente incluye nuevos jugadores (la sociedad civil, actores no-estatales, etc.). Requiere llevar a cabo juicios de valor y necesita diplomacia y saber hacer político para asegurar que las perspectivas de los principales actores interesados están siendo reconocidas en el proceso de análisis y tenidas en cuenta en la estrategia final.

Una matriz como la que se ilustra a continuación puede servir de ayuda para hacer un mapa y un registro de los principales asuntos/ problemas y opciones de respuesta.

1 ROL Y FUNCIONAMIENTO DE UN CLÚSTER DE SALUD

2 COORDINACIÓN EFECTIVA

3 EVALUACIÓN Y MONITORÍA DE LA SITUACIÓN DE SALUD

4 ANÁLISIS Y PRIORIZACIÓN

5 DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN

6 ESTÁNDARES

7 PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN PARA LA MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

8 MONITORÍA DEL DESEMPEÑO DEL CLÚSTER Y LECCIONES APRENDIDAS

9 LISTAS ESTÁNDARES DE SERVICIOS Y INDICADORES

○ ANNEXOS

Problema/ riesgo/ asunto	Puntos clave para el análisis de la situación	Objetivos específicos	Opciones de respuesta	Ventajas (argumentos a favor)	Desventajas (argumentos en contra)	Experiencia relevante de contextos similares
			1 :	1 :	1 :	
			2 :	2 :	2 :	
			1 :	1 :	1 :	
			2 :	2 :	2 :	

## Acciones del Coordinador del Clúster y del Grupo Sectorial de Salud

### *Durante los primeros días*

- Donde existe un plan inter-agencias de contingencia para el sector salud durante el tipo de crisis que se presenta, revisar los objetivos y estrategias contemplados en ese plan y ajustarlos al escenario inicial de trabajo actual. Donde no existen planes de contingencia, desarrollar objetivos y estrategias iniciales desde la base del escenario inicial de trabajo.*
- Preparar un comunicado breve de las metas generales de la respuesta en salud, incluyendo los problemas prioritarios que deben ser afrontados durante el período inicial del plan (puede ser 1 mes), los objeti-

vos específicos para ese período, las principales estrategias que serán aplicadas, quien hará qué dónde, y las brechas principales (prioridades/necesidades/actividades no cubiertas).

*Asegurar que los objetivos iniciales son realistas y que están centrados en las necesidades humanitarias que amenazan la vida al tiempo que capitalizan cualquier oportunidad que pueda existir para iniciar la recuperación inmediatamente.*

Enfocarse en cubrir las brechas en los servicios críticos para mantener la vida en las áreas en las que se sabe, o se cree, que hay grandes cantidades de personas afectadas seriamente, y en llenar las brechas de información que sea esencial para determinar las necesidades y para planificar una respuesta apropiada.

Tratar de asegurar que cada organización que se responsabilice por un área o una actividad en particular tenga, o vaya a tener, la capacidad y los sistemas para realizar y sostener las actividades planeadas sobre el terreno.

### ***Una vez que se ha completado la evaluación inicial***

- ☑ Elaborar objetivos para los siguientes 6 a 12 meses sobre la base de la evaluación inicial rápida y a medida que se va disponiendo de nueva información. Incluir tanto la respuesta humanitaria en curso como un enfoque progresivo sobre la recuperación. Tener en cuenta las variaciones estacionales esperables y la evolución prevista de la situación general.
- ☑ Incluir proyectos/actividades para consolidar o fortalecer, cuando sea necesario, la capacidad de procurar y manejar información sobre salud y facilitar la coordinación mientras se trabaja, siempre que sea posible, para reducir progresivamente la dependencia de la asistencia externa.
- ☑ Re-examinar a intervalos regulares los objetivos y las estrategias definidos, en el contexto de los reportes periódicos de avance. Verificar si todavía son apropiados y realistas. Revisarlos/afinarlos siempre que sea necesario, en conjunto y de acuerdo con todos los actores interesados.
- ☑ Preparar planes de contingencia para los eventos (las contingencias) que puedan tener impacto sobre la salud de la población y/o sobre las operaciones humanitarias que se estarán llevando a cabo por los actores del sector salud durante los siguientes meses. Ver sección 5.5.

1

ROL Y  
FUNCIONAMIENTO  
DE UN CLÚSTER  
DE SALUD

2

COORDINACIÓN  
EFECTIVA

3

EVALUACIÓN  
Y MONITORÍA  
DE LA SITUACIÓN  
DE SALUD

4

ANÁLISIS Y  
PRIORIZACIÓN

5

DESARROLLO DE  
LA ESTRATEGIA Y  
PLANIFICACIÓN

6

ESTÁNDARES

7

PROMOCIÓN Y  
SENSIBILIZA-  
CIÓN PARA LA  
MOVILIZACIÓN  
DE RECURSOS

8

MONITORÍA  
DEL DESEMPEÑO  
DEL CLÚSTER  
Y LECCIONES  
APRENDIDAS

9

LISTAS ESTÁNDAR-  
ES DE SERVICIOS  
Y INDICADORES

○

ANNEXOS

### ***A intervalos regulares o después de cualquier cambio significativo de la situación general***

- ☑ Revisar la estrategia y el impacto de las actividades que se han implementado, y hacer los ajustes que sean necesarios, asegurando la adaptación al contexto a medida que este evoluciona.

Las estrategias dirigidas a la meta humanitaria de reducir el exceso de mortalidad evitable, por ejemplo, pueden volverse inapropiadas en un contexto de recuperación o transicional en el cual el exceso de mortalidad está bajo control y la meta ha cambiado y ahora busca la reactivación de los servicios de salud esenciales.

Las actividades estratégicas pueden, y deben ser cambiadas si se muestran inefectivas para lograr el conjunto de metas/objetivos. Cuando sea necesario, los objetivos pueden requerir ser reajustados, con frecuencia reduciendo sus ambiciones y su alcance.

#### **QUÉ INCLUIR EN UN DOCUMENTO DE ESTRATEGIA DE RESPUESTA DEL SECTOR SALUD**

El documento debe presentar las áreas de prioridades, los objetivos, las estrategias (con detalle a nivel de actividades), y la racionalidad de la respuesta. Esa racionalidad debe explicar, de manera concisa, las razones – la justificación – de las prioridades y las estrategias seleccionadas. Esto debe ser bastante breve en el documento inicial de estrategia, y más detallado en los documentos subsiguientes. El documento debe:

- proporcionar un análisis conciso de la situación incluyendo la lista priorizada de problemas con sus causas subyacentes, y explicar la escogencia de las áreas de prioridades;
- presentar los objetivos para cada área principal de intervención (por ej.: prevención y control de enfermedades transmisibles, rehabilitación de heridos, vigilancia, gestión de los suministros de medicamentos) y las estrategias propuestas para lograr esos objetivos, mostrando cómo los objetivos y las estrategias se derivan de los hallazgos de la evaluación y el análisis de la situación; y
- resaltar los factores que imponen limitaciones operativas y las preocupaciones transversales a nivel intersectorial que han sido identificadas como de particular importancia para la salud en la situación actual, y explicar cómo han sido tenidos en cuenta, mostrando cómo se han aplicado los principios generales de programación en situaciones de emergencia.

## PLANES POR FASES Y ENFOQUES INCREMENTALES

En algunas situaciones puede ser posible definir – y acordar – desde un comienzo un *plan por fases* para responder a un problema en particular. Por ejemplo: “en un determinado contexto de recuperación, hay un desequilibrio serio de la fuerza de trabajo, con una gran escasez de matronas, en especial en las áreas rurales. Se requiere una inversión importante para acelerar la formación de nuevos elementos de esta clase de personal. Entre tanto, se prevé un paquete de incentivos para aquellas matronas que estén dispuestas a trasladarse a áreas mal servidas durante los próximos tres años, tiempo tras el cual ya se habrán formado las nuevas matronas. Un plan integral para el desarrollo de los recursos humanos durante los próximos 10 años será lanzado con la asistencia técnica prevista por el donante x”.

En muchos casos, especialmente cuando hay conflictos entre perspectivas acompañados de presiones diversas, es necesario adoptar un *enfoque incremental* y proceder gradualmente hacia las metas programadas, teniendo en cuenta la resistencia y las oportunidades que emergen durante el proceso. Esto requiere que se logre consenso sobre los objetivos *intermedios*, y una vez logrados estos orientarse hacia un objetivo mayor tan pronto como el contexto lo permita. Resulta esencial realizar una buena monitoría y quizás una evaluación en tiempo real, para seguir el logro de los desenlaces intermedios y facilitar el acuerdo sobre la siguiente fase.

### Lectura complementaria

-  Anexo G en el CD ROM – *Análisis de opciones de respuesta, ejemplos de efectos negativos*, adaptado de *Managing WHO humanitarian response in the field* (Gestión de la respuesta humanitaria de la OMS sobre el terreno). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2008.
-  Grupo de Trabajo [del Clúster] sobre Recuperación Temprana (Cluster Working Group on Early Recovery). *Guidance note on early recovery* (Nota orientativa sobre recuperación temprana). Grupo de Trabajo sobre Recuperación Temprana en cooperación con el Grupo de Trabajo de UNGD-ECHA sobre Transición, Abril 2008.

1 ROL Y FUNCIONAMIENTO DE UN CLÚSTER DE SALUD

2 COORDINACIÓN EFECTIVA

3 EVALUACIÓN Y MONITORÍA DE LA SITUACIÓN DE SALUD

4 ANÁLISIS Y PRIORIZACIÓN

5 DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN

6 ESTÁNDARES

7 PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN PARA LA MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

8 MONITORÍA DEL DESEMPEÑO DEL CLÚSTER Y LECCIONES APRENDIDAS

9 LISTAS ESTÁNDARES DE SERVICIOS Y INDICADORES

○ ANNEXOS

- 📖 IASC. *Mujeres, niñas, niños y hombres, necesidades diferentes, iguales oportunidades. Manual de género para la acción humanitaria*. Ginebra: Comité Permanente entre Organismos (IASC), 2006.
- 📖 IASC. *Need Analysis Framework, strengthening the analysis and presentation of humanitarian needs in the CAP* (Marco de referencia para el análisis de necesidades, fortaleciendo el análisis y la presentación de las necesidades humanitarias en el proceso consolidado de llamamiento de ayuda –CAP). Sub-grupo de Trabajo sobre el CAP del Comité Permanente entre Organismos (IASC), Abril 2007.
- 📖 IASC, Cluster Global de Salud. *Health Cluster guidance note on health recovery* (Nota de orientación sobre el período de recuperación). Comité Permanente entre Organismos (IASC), Noviembre, 2008 (final version expected for 2010).
- 📖 Naciones Unidas. *Integrated mission planning process guidelines* (Guía para el proceso de planificación de misiones integradas). Naciones Unidas, 13 de Junio, 2006.
- 📖 Pavignani E, Colombo A. *Análisis de sistemas de salud deteriorados – un manual modular*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2011.
- 📖 UNDG, Banco Mundial. *An operational note on transitional results matrices* (Nota operativa sobre matrices de resultados transicionales). Grupo de Desarrollo de las Naciones Unidas y Banco Mundial, Enero, 2005.
- 📖 UNDG, ECHA. *Transitional strategy guidance note* (Nota de orientación sobre estrategia transicional). United Nations Development Group y ECHA Working Group on Transition, 25 de Octubre, 2005.



## **5.2 PREPARACIÓN DEL COMPONENTE DE SALUD DE UN PLAN COMÚN DE ACCIÓN HUMANITARIA**

El plan común de acción humanitaria (CHAP) es un plan estratégico general para la respuesta humanitaria que cubre todos los sectores relevantes. Constituye el núcleo central del llamamiento consolidado de ayuda (ver sección 7.3) pero también puede servir como referencia para las organizaciones que deciden no participar en ese tipo de llamamiento.

Un plan común de acción humanitaria incluye:

- un análisis del contexto y de las consecuencias humanitarias (necesidades humanitarias y riesgos, teniendo en cuenta las capacidades y las vulnerabilidades de los diferentes grupos de población afectados);

- escenarios – mejor escenario, peor escenario, y escenario más probable;
- prioridades estratégicas, incluyendo enunciados claros de los objetivos y las metas para el largo plazo; y
- planes priorizados para cada sector (uno de los cuales es el de salud).

El plan común de acción humanitaria/CHAP/HAP es desarrollado por el equipo humanitario/IASC a nivel de país bajo el liderazgo del Coordinador Humanitario. Las organizaciones que no son miembros del IASC, como las ONGs nacionales, pueden ser incluidas. Se deben consultar también otros actores humanitarios clave, en particular el gobierno anfitrión y los donantes.

## Acciones del Coordinador del Clúster y del Grupo Sectorial de Salud

### *Contribuir a los elementos intersectoriales generales*

El Coordinador del Clúster de Salud liderará la discusión entre los socios del Clúster de Salud y consultará con las autoridades nacionales/locales para desarrollar: (i) la sección sobre el contexto general y las consecuencias humanitarias; (ii) las prioridades estratégicas para la operación humanitaria como un todo, y (iii) los criterios generales para seleccionar y priorizar proyectos.

Al tiempo que se hace esto, se debe asegurar que:

- ✓ se han tenido en cuenta todas las consecuencias actuales y potenciales para la salud;
- ✓ las relaciones entre las necesidades y los riesgos para la salud pública están claramente identificadas; y
- ✓ se tienen en cuenta la situación y las vulnerabilidades de los distintos subgrupos de población involucrados (dependiendo del contexto, los subgrupos pueden estar basados en las etnias, las discapacidades, el género, la edad, el VIH/SIDA, etc.).

*Elaboración de la estrategia de salud del plan común de acción humanitaria*

- ☑ El clúster debe acordar una estrategia de dos páginas para el sector salud (incluyendo las necesidades psicosociales). Para esto se puede utilizar el resumen del reporte de un Marco de Análisis de Necesidades del sector salud (Needs Analysis Framework – NAF)

1

ROL Y  
FUNCIONAMIENTO  
DE UN CLÚSTER  
DE SALUD

2

COORDINACIÓN  
EFECTIVA

3

EVALUACIÓN  
Y MONITORÍA  
DE LA SITUACIÓN  
DE SALUD

4

ANÁLISIS Y  
PRIORIZACIÓN

5

DESARROLLO DE  
LA ESTRATEGIA Y  
PLANIFICACIÓN

6

ESTÁNDARES

7

PROMOCIÓN Y  
SENSIBILIZA-  
CIÓN PARA LA  
MOVILIZACIÓN  
DE RECURSOS

8

MONITORÍA  
DEL DESEMPEÑO  
DEL CLÚSTER  
Y LECCIONES  
APRENDIDAS

9

LISTAS ESTÁNDAR-  
RES DE SERVICIOS  
Y INDICADORES

○

ANNEXOS

o alternativamente se puede usar la información proveniente de un análisis interagencias, basado en evidencia, de necesidades y respuesta.

- ☑ Cuando estos sean necesarios, se deben incluir proyectos para apoyar elementos críticos del sistema de salud, así como proyectos de provisión de suministros y servicios. Todos esos proyectos deben tener en cuenta los temas transversales esenciales (las consideraciones de protección, de género y de edad, etc.)

*Selección y priorización de proyectos* (para inclusión en el plan común de acción humanitaria)<sup>20</sup>

- ☑ Organizar una reunión especial para seleccionar y priorizar los proyectos que sean incluidos en el plan común de acción humanitaria y en el llamamiento consolidado de ayuda. Si el Clúster es grande, puede ser útil formar un *grupo técnico de trabajo* para este propósito, que incluya representantes de cada grupo principal de interesados, como por ej.: gobierno, grandes ONGs internacionales, grandes ONGs nacionales, pequeñas ONGs internacionales, pequeñas ONGs nacionales, otras instituciones nacionales, donantes. Elegir un líder y un co-líder, de los cuales uno al menos debe venir de una ONG o de Cruz/Medialuna Roja.
- ☑ Revisar los criterios establecidos por el equipo humanitario del país para la selección y priorización de proyectos en general, y elaborar un acuerdo sobre los criterios específicos que deben ser usados para los proyectos en salud.
- ☑ Pedir a las organizaciones que participan en el Clúster que preparen plantillas descriptivas de proyecto de una hoja, siguiendo los lineamientos técnicos del proceso consolidado para el llamamiento de ayuda, y que las presenten al líder y co-líder del grupo técnico de trabajo. Resaltar que los proyectos deben responder a las necesidades prioritarias acordadas y apoyar la implementación de la estrategia acordada para el sector salud.
- ☑ Revisar las propuestas – mediante una discusión facilitada por el líder y el co-líder del grupo técnico de trabajo. Devolver las propuestas que no cumplan con los criterios acordados. a las organizaciones que las han originado.
- ☑ Presentar las propuestas seleccionadas al Coordinador Humanitario/OCHA. El líder y co-líder deben entonces participar en una revisión de pares (entre Clústers) para asegurar la consistencia general de los proyectos para los distintos sectores.

---

<sup>20</sup> Editado de: *Guidance for CAP project selection and prioritisation* (Guía para la selección y priorización de proyectos para el Proceso Consolidado de Llamamiento de Ayudas), IASC, Junio, 2004.

El Coordinador Humanitario toma la decisión final y le rinde cuentas al Coordinador de la Ayuda de Emergencia (Emergency Relief Coordinator), sobre la seguridad de que los proyectos incluidos en el llamamiento de ayuda estén en línea con las necesidades humanitarias y las prioridades estratégicas que se han acordado de manera general.

Anotar que cualquier apoyo que sea necesario para asegurar el funcionamiento efectivo del Clúster de Salud, y para lograr que la Agencia Líder y el Coordinador del Clúster cumplan con sus responsabilidades, debe estar en el paquete de proyectos. Se pueden necesitar líneas presupuestales para, por ej.: gestión de información, comunicaciones, y evaluaciones.

### QUÉ DEBE ESTAR INCLUIDO EN LA ESTRATEGIA EN SALUD PARA UN CAP/CHAP

Normalmente, un plan común de acción humanitaria (CHAP) debe incluir:

- ✓ las necesidades y los riesgos prioritarios para la salud;
- ✓ la correspondiente estrategia en salud, con no más de cinco *objetivos* para el sector salud y no más de cinco *indicadores* clave en salud, que permitan medir el progreso hacia el logro de los objetivos;
- ✓ una lista de las organizaciones que contribuirán en esa estrategia en salud, y un esquema o un gráfico que muestre la complementariedad entre las actividades propuestas;
- ✓ una explicación breve sobre cómo el Clúster/grupo sectorial llevará a cabo la monitoría de la implementación de los proyectos y la consecución de los objetivos;
- ✓ las implicaciones que tendría el que no se implementara la estrategia en salud.

La estrategia debe estar basada en evidencia y estar claramente vinculada con una o más de las prioridades humanitarias generales acordadas, e incluir a las principales organizaciones que trabajan en el sector salud.

Los proyectos individuales deben ser revisados y acordados por el Clúster/grupo sectorial de salud y deben apoyar la estrategia definida para la respuesta en salud (ver el siguiente recuadro).

[Adaptado de: *Technical guidelines for consolidated appeals* (guía técnica para los llamamientos consolidados de ayuda), IASC, 2006]

1 ROL Y FUNCIONAMIENTO DE UN CLÚSTER DE SALUD

2 COORDINACIÓN EFECTIVA

3 EVALUACIÓN Y MONITORÍA DE LA SITUACIÓN DE SALUD

4 ANÁLISIS Y PRIORIZACIÓN

5 DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN

6 ESTÁNDARES

7 PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN PARA LA MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

8 MONITORÍA DEL DESEMPEÑO DEL CLÚSTER Y LECCIONES APRENDIDAS

9 LISTAS ESTÁNDARES DE SERVICIOS Y INDICADORES

○ ANNEXOS

### EJEMPLOS DE CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN/PRIORIZACIÓN DE PROYECTOS

- ✓ Estrategia: el proyecto responde a las áreas acordadas como prioritarias en la estrategia de respuesta en salud a la crisis, y ayudarán a cumplir los objetivos específicos acordados utilizando las actividades estratégicas definidas.
- ✓ Capacidad organizacional: la organización que pide la ayuda tiene la experiencia técnica en el país, la capacidad, y el mandato para implementar el proyecto, o puede movilizar esa capacidad operativa cuando sea requerida.
- ✓ Población: el proyecto se enfoca sobre uno o más de los grupos poblacionales vulnerables identificados como prioritarios por el equipo humanitario/IASC del país.
- ✓ Área geográfica: el proyecto será implementado en una región que está considerada como prioritaria para la acción humanitaria en salud.
- ✓ Oportunidad en el tiempo: el proyecto puede tener un impacto medible en el marco temporal del llamamiento de ayuda (usualmente un año).
- ✓ Otros criterios específicos de contexto: por ej.: proyectos que promueven la igualdad de género, o que incluyen un enfoque sobre VIH/SIDA (en lugares donde esto es un problema de mayor importancia), y/o ayudan a construir capacidad local.

[Adaptado de: *Guidance for CAP project selection and prioritisation* (Guía para la selección y la priorización de proyectos para el proceso consolidado de llamamiento de ayuda), IASC, Junio, 2004]

### Lectura complementaria

-  Ver la página web del IASC dedicada al proceso consolidado de llamamiento de ayuda (CAP) en: <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-subsidi-common-default&sb=12>. Ver también en el CD ROM adjunto, los documentos *Consolidated appeals 2009* y *Consolidated Appeal for Liberia 2007* (llamamiento consolidado de ayuda Liberia 2007).

### 5.3 APOYO A LA RECUPERACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

Después de un *desastre de inicio súbito*, se puede iniciar el fortalecimiento/reconstrucción del sistema de salud local desde el primer día, diseñando e implementando todos los programas y actividades de emergencia en salud de manera que contribuyan a ese objetivo. La fase de recuperación después de un desastre ofrece una ventana de oportunidad para “reconstruir mejor” – asegurando un sistema de salud apropiado y sostenible que esté dotado de sistemas de preparación previa y de capacidad para enfrentar crisis futuras, e instaurando medidas de reducción de la vulnerabilidad.

Después de una *crisis prolongada*, o hacia el final de una, la recuperación es un proceso largo y complejo. Se necesita que los socios locales y externos trabajen juntos para reconstruir la capacidad del estado para prestar los servicios sanitarios así como otros servicios esenciales, al tiempo que re-establecen las actividades económicas. La planificación de la recuperación del sistema de salud debe comenzar tempranamente. La formulación de políticas idóneas, estrategias adecuadas y planes flexibles constituyen pasos esenciales para establecer un marco adecuado para la acción en un entorno altamente fragmentado.

El período post-desastre o post-crisis ofrece oportunidades importantes. El entusiasmo para llevar a cabo la reconstrucción puede ser alto, la generosidad de los donantes puede ser considerable, y la resistencia a los cambios puede estar reducida. Los roles y responsabilidades de género pueden haber cambiado durante una crisis prolongada y puede haber oportunidades para el empoderamiento de las mujeres y mayores niveles de igualdad de género.

Si antes de la crisis el sistema de salud presentaba (como es frecuentemente el caso) distorsiones e inequidades, la fase de recuperación puede ofrecer la posibilidad de sentar los cimientos para la mejora del sistema. Estas oportunidades deben ser aprovechadas.

#### Principios orientadores

Los siguientes son algunos principios básicos:

- ✓ **Pensar en el largo plazo:** tener presente que las decisiones e inversiones hechas durante las fases iniciales de una crisis pueden

1 ROL Y FUNCIONAMIENTO DE UN CLÚSTER DE SALUD

2 COORDINACIÓN EFECTIVA

3 EVALUACIÓN Y MONITORÍA DE LA SITUACIÓN DE SALUD

4 ANÁLISIS Y PRIORIZACIÓN

5 DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN

6 ESTÁNDARES

7 PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN PARA LA MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

8 MONITORÍA DEL DESEMPEÑO DEL CLÚSTER Y LECCIONES APRENDIDAS

9 LISTAS ESTÁNDARES DE SERVICIOS Y INDICADORES

○ ANNEXOS

tener consecuencias negativas en el largo plazo, que se pueden extender hasta bien entradas las fases de recuperación y reconstrucción.<sup>21</sup>

- ✓ **Adoptar un enfoque de “sistemas” y enfocarse en los seis bloques fundamentales:** reconocer que hay muchos componentes inter-relacionados que contribuyen a la provisión de la atención en salud y que acciones que afectan uno de esos componentes pueden tener efecto sobre todos los demás. El análisis y la comprensión de todos los componentes del sistema de salud y de sus interacciones constituyen una base necesaria para realizar intervenciones coherentes y no-disruptivas. El conocimiento y entendimiento de los antecedentes históricos, políticos, económicos y sociales fortalecen significativamente el análisis del sistema de salud y, por consiguiente, la efectividad de las intervenciones. El recuadro al final de esta sección ilustra algunos puntos clave en relación con los seis bloques fundamentales de un sistema de salud, tal como están definidos por la OMS.<sup>22</sup>
- ✓ **Enfocarse en las metas y los desenlaces:** prestar atención a la calidad, la cobertura, el acceso y la seguridad de los servicios para asegurar que son eficientes, responden adecuadamente, y producen una mejor salud para todos (equidad).
- ✓ **Promover – y capacitar – el liderazgo nacional:** la planificación e implementación de las actividades de recuperación debe estar liderada por autoridades y agencias nacionales relevantes a los niveles central y sub-nacional. EN la medida en que sea necesario, se debe (re)-construir la capacidad de estas entidades, teniendo en cuenta los cambios constitucionales necesarios para habilitar una mayor descentralización de la que existía antes de la crisis.<sup>23</sup>
- ✓ **Trabajar con actores/socios nuevos:** desarrollar relaciones de trabajo con las instituciones financieras internacionales y con otras entidades orientadas al desarrollo.

---

<sup>21</sup> Por ejemplo: se pueden construir o expandir unidades sanitarias en localidades o áreas que sean más seguras, y esas infraestructuras pueden resultar redundantes cuando la situación vuelva a la normalidad; trabajadores sanitarios de menor calificación pueden recibir cursos cortos ad hoc, lo cual puede generar expectativas de ser integrados en el sistema sanitario; pueden ser utilizados múltiples canales de suministro de medicamentos en detrimento de los canales oficiales; se pueden poner en funcionamiento múltiples sistemas de información socavando el sistema de información único; etc.

<sup>22</sup> OMS. *Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO’s framework for action* (fortalecimiento de los sistemas de salud para mejorar los desenlaces en salud: el marco de acción de la OMS). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2007.

<sup>23</sup> Es necesario un plan de gran envergadura liderado nacionalmente, con el cual estén de acuerdo todos los donantes, que tenga un “actor líder” que desarrolla y comparte una visión clara, a la vez que inspira y supervisa las evaluaciones conjuntas, y prepara políticas, estrategias y planes amplios. El MinSalud debe normalmente ser ese “actor líder”, pero si al ministerio todavía le hace falta la capacidad necesaria, un agencia internacional respetada puede ejercer ese papel actuando de acuerdo con el gobierno.

- ✓ **Asegurar la coordinación con otros sectores:** los esfuerzos en salud (así como en otros servicios sociales básicos) deben ser planificados e implementados en paralelo con actividades para lograr una buena gobernanza y la recuperación de las comunidades.
- ✓ **Utilizar los Objetivos del Milenio en salud** (metas a mediados de esta década) como metas para enfocar las actividades de recuperación después de una crisis prolongada. En esos casos, es raro que los servicios de salud se puedan reconstruir como existían anteriormente. Invariablemente son necesarias reformas más o menos extensas. Los objetivos del milenio pueden servir como guías y metas útiles para evaluar las estrategias y los programas durante la recuperación.
- ✓ **Trabajar con los socios y la sociedad civil locales y fortalecer sus capacidades,** incluyendo a aquellos de grupos pobres y marginado, para hacerles participes en la provisión de los servicios de salud, incluyendo su gestión y monitoría. Así como el desarrollo de los mecanismos de rendición de cuentas.
- ✓ **Promover una agenda de reforma y de cambio que sea dirigida por los actores locales, quienes sean sus dueños.**
- ✓ **Asegurar un división apropiada por fases:** la reforma de políticas y del sector no debe sobrecargar instituciones frágiles y sobrepasar la débil capacidad existente.
- ✓ **Alinear las actividades apoyadas por los donantes con la estrategia, la política y los sistemas del gobierno.** Si esto no es posible, los donantes deben armonizar sus enfoques haciendo énfasis en el desarrollo de mecanismos que favorezcan, y no debiliten, el rol del gobierno en la dirección del sector salud.

Hay que notar que a veces se debe sacrificar la *eficiencia* para poder lograr la equidad, por ejemplo, utilizando unidades móviles para prestar servicios en áreas aisladas y desatendidas.

## Acciones del Coordinador del Clúster de Salud y del Grupo Sectorial en su conjunto

### *Proteger y reforzar las capacidades locales desde un comienzo*

- Trabajar en conjunto con el MinSalud, como resulte apropiado, para asegurar que todos los programas y las actividades de salud durante la emergencia están diseñados y se implemen-

1

ROL Y  
FUNCIONAMIENTO  
DE UN CLÚSTER  
DE SALUD

2

COORDINACIÓN  
EFECTIVA

3

EVALUACIÓN  
Y MONITORÍA  
DE LA SITUACIÓN  
DE SALUD

4

ANÁLISIS Y  
PRIORIZACIÓN

5

DESARROLLO DE  
LA ESTRATEGIA Y  
PLANIFICACIÓN

6

ESTÁNDARES

7

PROMOCIÓN Y  
SENSIBILIZA-  
CIÓN PARA LA  
MOVILIZACIÓN  
DE RECURSOS

8

MONITORÍA  
DEL DESEMPEÑO  
DEL CLÚSTER  
Y LECCIONES  
APRENDIDAS

9

LISTAS ESTÁNDAR-  
ES DE SERVICIOS  
Y INDICADORES

○

ANNEXOS

tan de manera que contribuyan a la reconstrucción de las capacidades locales. En particular, se debe tratar de asegurar que:

- en lo posible, se usen, reactiven y reparen las infraestructuras y los sistemas existentes – y que se eviten nuevos sistemas paralelos, salvo cuando sean absolutamente necesarios;
- se identifiquen y utilicen las competencias nacionales tanto como sea posible;
- que el personal local esté involucrado en todas las actividades de evaluación, planificación y respuesta;
- se identifican las necesidades de (re)entrenamiento, y se provee entrenamiento apropiado y orientado a tareas, tan pronto como sea posible;
- Hay igualdad de oportunidades para la participación y la formación para mujeres y hombres.

Intentar lograr acuerdo entre todos los actores clave en salud acerca de:

- la importancia de mantener y, donde sea posible, fortalecer el MinSalud y las estructuras de salud del nivel sub-nacional; y
- acerca de cómo evitar el desmantelamiento de estas estructuras. (las posibilidades pueden incluir el pagar incentivos al personal del MinSalud para permanecer en sus puestos. En colaboración con los socios, hay que usar la imaginación para encontrar maneras de hacer esto adecuadamente).

Desalentar a todos los actores sanitarios acerca de la creación de nuevos sistemas paralelos, a no ser que esto sea absolutamente necesario.

Facilitar las alianzas entre y con ONGs internacionales/nacionales para ayudar a construir la capacidad local.

Promover los principios de partenariado que aparecen en la sección 1.1.

### ***Promover la recuperación temprana de los sistemas de salud***

Progresivamente prestar mayor atención a la recuperación, mientras que todavía se aseguran las acciones de salud pública para proteger vidas y reducir la enfermedad y la discapacidad evitables, manteniendo en cuenta las condiciones socioeconómicas generales, la capacidad institucional del gobierno y de los actores no-estatales y la naturaleza de la crisis, así como las diferencias entre las diversas áreas geográficas.

Colaborar en las evaluaciones de necesidades post-conflicto – usualmente lideradas por las Naciones Unidas y el Banco Mundial y llevadas a cabo en consulta cercana con las autoridades nacionales – y con otras

evaluaciones post-crisis interagencias orientadas a la recuperación, tales como las misiones conjuntas y las evaluaciones de necesidades posteriores a desastres.

- ☑ Al utilizar el proceso consolidado para el llamamiento de ayuda para algunas de las actividades de recuperación temprana, en acuerdo con el Coordinador Humanitario y el equipo humanitario de país, explorar las posibilidades de conseguir fondos para actividades más sustanciales relacionadas con la recuperación, a través de acuerdos bilaterales o multilaterales, incluyendo fondos multi-donante de fideicomiso (MDTF), e incluir las actividades prioritarias relacionadas en el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el país (CAF).
- ☑ Acelerar la construcción de capacidades dentro de las agencias nacionales, para habilitarlas, con el fin de que estas organizaciones, junto con las empresas nacionales lideren la reconstrucción de instalaciones y servicios, y acelerar de esta manera el proceso de apropiación nacional del proceso y sus resultados. (Demostrar la existencia de las agencias nacionales y su disposición para desempeñar roles de importancia en el proceso de recuperación, acelerando así la transición desde la dependencia de fuentes externas hacia la autosuficiencia).
- ☑ Identificar las agencias y empresas locales que funcionen bien que puedan servir como modelo o como apoyo para las instituciones o servicios sanitarios que no estén funcionando adecuadamente.

Cuando la emergencia ha pasado y algunos de los actores sanitarios externos se están marchando, se debe planificar cuidadosamente el traspaso de los servicios de salud al gobierno – paso a paso y de manera progresiva y secuencial, a lo largo de un período de tiempo definido.

- ☑ Promover y apoyar el mapeo de las necesidades de recursos humanos en salud a la luz del análisis de brechas en el sector salud.
- ☑ Promover (apoyando al MinSalud) el mapeo y seguimiento de las inversiones/contribuciones financieras al sector salud.
- ☑ Animar a todos los actores del sector salud interesados a que basen sus compromisos financieros y sus planes de recuperación en la evidencia proveniente de los análisis recientes del sector salud, y especialmente en los datos del HeRAMS, como

1 ROL Y FUNCIONAMIENTO DE UN CLÚSTER DE SALUD

2 COORDINACIÓN EFECTIVA

3 EVALUACIÓN Y MONITORÍA DE LA SITUACIÓN DE SALUD

4 ANÁLISIS Y PRIORIZACIÓN

5 DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN

6 ESTÁNDARES

7 PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN PARA LA MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

8 MONITORÍA DEL DESEMPEÑO DEL CLÚSTER Y LECCIONES APRENDIDAS

9 LISTAS ESTÁNDARES DE SERVICIOS Y INDICADORES

○ ANNEXOS

la base para estimar las necesidades de medicamentos y de otros insumos materiales.

- ☑ Apoyar al MinSalud y a otros actores del sector salud a desarrollar posiciones claras basadas en evidencia acerca del cobreo de tarifas a los usuarios de servicios (incluyendo la identificación y el aseguramiento de financiación alternativa cuando las tarifas a usuarios son abolidas o reducidas significativamente).

### Lectura complementaria

- 📖 Grupo de Trabajo [del Clúster] sobre Recuperación Temprana (Cluster Working Group on Early Recovery). *Guidance note on early recovery* (Nota orientativa sobre recuperación temprana). Grupo de Trabajo sobre Recuperación Temprana en cooperación con el Grupo de Trabajo de UNGD-ECHA sobre Transición, Abril 2008.
- 📖 Islam, M (ed.). *Health systems assessment approach: A how-to manual* (Manual de utilización del enfoque de evaluación de los sistemas de salud), presentado a USAID en colaboración con Health Systems 20/20, Partners for Health Reformplus, Quality Assurance Project y Rational Pharmaceutical Management Plus. Arlington, Virginia, Management Sciences for Health, 2007.
- 📖 OMS. *Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action* (Fortalecimiento de los sistemas sanitarios para mejorar los desenlaces de salud. Marco para la acción de la OMS). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2007.
- 📖 OMS. *Towards a framework for health recovery in transition situations. Global Consultation on Health Recovery in transition situations* (Hacia un marco de referencia para la recuperación del sector salud en situaciones de transición. Consulta global sobre recuperación del sector salud en situaciones de transición). Montreux, Suiza, 4-6 Diciembre de 2007. Organización Mundial de la Salud, documento de referencia previa.
- 📖 Pavignani E, Colombo A. *Análisis de sistemas de salud deteriorados – un manual modular*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2011.
- 📖 Smith J. *Guide to health workforce development in post-conflict environments* (Guía para el desarrollo de los recursos humanos de salud en entornos post-conflicto). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2005.

-  Smith JH, Kolehmainen-Aitken RL. *Establishing human resource systems for health during post-conflict reconstruction* (Establecimiento de sistemas de recursos humanos para la salud durante la reconstrucción post-conflicto). Management Sciences for Health (MSH), occasional paper No.3, 2006.

## LOS SEIS PILARES DE LOS SISTEMAS DE SALUD – CONSIDERACIONES CLAVE DURANTE LA RECUPERACIÓN

Los siguientes son los pilares definidos en: “Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO’s framework for action” (*fortalecimiento de los sistemas sanitarios para mejorar los desenlaces de salud. Marco para la acción de la OMS*). OMS, 2007. Todos deben tenerse en cuenta durante la recuperación sin perder el enfoque esencial sobre los desenlaces de salud:

### 1. *Liderazgo y gobernanza*

El liderazgo y la gobernanza son claves para definir la política sanitaria general y para traducirla en estrategias en salud y planes anuales que puedan ser dotados de recursos y llevados a cabo, pero que con frecuencia son afectados seriamente durante un conflicto crisis prolongados. Los siguientes son elementos a tener en cuenta:

- ✓ El fortalecimiento de las capacidades para habilitar que el MinSalud pueda asegurar el liderazgo necesario (puede necesitar asistencia técnica en el corto plazo, y fortalecimiento de las capacidades para el más largo plazo).
- ✓ La formulación de políticas y estrategias para proporcionar un sentido de dirección y proveer un marco común para la acción (siendo la negociación y el compartir tan importantes como el producto final).
- ✓ El desarrollo de plataformas de coordinación que involucren a todos los actores interesados clave.
- ✓ El apoyo a la descentralización a través del fortalecimiento de las capacidades para la planificación y la gestión a nivel de los distritos. Las responsabilidades y los procedimientos deben estar claros, deben haberse distribuido los recursos (humanos y financieros) adecuados, y se debe suministrar apoyo para la gestión.

1

ROL Y  
FUNCIONAMIENTO  
DE UN CLÚSTER  
DE SALUD

2

COORDINACIÓN  
EFECTIVA

3

EVALUACIÓN  
Y MONITORÍA  
DE LA SITUACIÓN  
DE SALUD

4

ANÁLISIS Y  
PRIORIZACIÓN

5

DESARROLLO DE  
LA ESTRATEGIA Y  
PLANIFICACIÓN

6

ESTÁNDARES

7

PROMOCIÓN Y  
SENSIBILIZA-  
CIÓN PARA LA  
MOVILIZACIÓN  
DE RECURSOS

8

MONITORÍA  
DEL DESEMPEÑO  
DEL CLÚSTER  
Y LECCIONES  
APRENDIDAS

9

LISTAS ESTÁNDAR-  
ES DE SERVICIOS  
Y INDICADORES



ANNEXOS

Se debe animar a todos los socios del sector salud (incluyendo a los donantes) para que se involucren en el fortalecimiento de la capacidad para la gestión sanitaria (al nivel del que se trate) como una parte estándar de cualquier propuesta o plan para la recuperación.

## 2. *Recursos humanos*

Para asegurar una fuerza de trabajo en salud competente, que funcione y sea costeable, es necesario:

- ✓ asegurar el establecimiento temprano de una base de datos y un sistema de información de recursos humanos para la planificación de recursos humanos tanto para el corto como para el largo plazo;
- ✓ examinar los asuntos concernientes a salarios y las tendencias recientes en formación y en inmigración y emigración, así como el posible reclutamiento y formación de personal lego para ciertas tareas específicas; y
- ✓ planificar desde muy temprano, con base en reflexión y análisis concienzudos, el desarrollo de recursos humanos adecuados.

Evitar la expansión excesiva de la red sanitaria (sin que se acompañe de los recursos humanos para manejarla adecuadamente o de los fondos necesarios para solventar los futuros gastos recurrentes) y asegurar actividades apropiadas de entrenamiento y re-entrenamiento. Pero evitando una panoplia de actividades inadecuadas de entrenamiento *ad hoc*. (El entrenamiento de trabajadores sanitarios de baja calificación puede estar justificado en el corto plazo pero resulta esencial la planificación de largo plazo para el entrenamiento previo a los servicios).

La *contratación externa* de servicios es propuesta ocasionalmente para el aumento de la cobertura de los servicios esenciales de salud en contextos de inseguridad y un sector salud bajo de recursos (por ej.: Afganistán en 2008). La externalización puede efectivamente ser necesaria cuando el estado está virtualmente ausente, pero la contratación debe usarse con cautela para no poner en peligro a largo plazo el desarrollo mismo del estado.

## 3. *Financiamiento*

Se requieren estimativos realistas tanto de los costos de las actividades de recuperación como de los niveles probables de financiación que

pueden estar disponibles a través del presupuesto estatal, de los fondos humanitarios continuados (pero decrecientes), de nuevos programas de desarrollo, de los fondos bilaterales, de los diversos fondos globales, y de préstamos de instituciones financieras internacionales. Elaborar estrategias y formular planes sin que estos estén conectados a los recursos que realísticamente estarán disponibles es un ejercicio inútil. El tema de las tarifas de cobro a los usuarios – que se mantengan, o que sean reducidas o abolidas – tiene el potencial de ser controvertido.

#### 4. *Medicamentos y tecnología*

Con frecuencia, en caso de crisis prolongadas, las disposiciones para el suministro de los medicamentos y de otros insumos sanitarios se han degradado considerablemente y se han fragmentado. El establecimiento o restablecimiento de un almacén farmacéutico central, o de un mecanismo similar, debe ser planificado cuidadosamente con base en análisis detallado de los factores que impiden el suministro de medicamentos e insumos esenciales a las instituciones de salud. Se deben promover los conceptos de los medicamentos esenciales y de los protocolos de tratamiento.

#### 5. *Información*

Una primera prioridad durante la recuperación es el establecimiento o restablecimiento de un sistema apropiado para la gestión de la información en salud, que recoge datos relevantes de manera confiable, desagregados por edad y sexo, y provee una base sólida de información tanto para la planificación de corto plazo como para la de más largo plazo. Para establecer una línea de base, se necesitarán evaluaciones detalladas de las instituciones sanitarias, que utilicen datos existentes y encuestas pormenorizadas. Se deben identificar los factores que impidan el registro y la transferencia de información por las autoridades centrales a sus contrapartes regionales y locales, y la transferencia de reportes desde el nivel local y regional a las autoridades centrales. Los sistemas de vigilancia epidemiológica y alerta temprana deben ser incorporados en las operaciones normales en los niveles provincial y distrital.

1 ROL Y FUNCIONAMIENTO DE UN CLÚSTER DE SALUD

2 COORDINACIÓN EFECTIVA

3 EVALUACIÓN Y MONITORÍA DE LA SITUACIÓN DE SALUD

4 ANÁLISIS Y PRIORIZACIÓN

5 DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN

6 ESTÁNDARES

7 PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN PARA LA MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

8 MONITORÍA DEL DESEMPEÑO DEL CLÚSTER Y LECCIONES APRENDIDAS

9 LISTAS ESTÁNDARES DE SERVICIOS Y INDICADORES

○ ANNEXOS

## 6. *Prestación de servicios*

Durante la recuperación será crucial el fortalecimiento de los servicios de atención primaria, con énfasis en los servicios mencionados en la tabla de la Figura 3 (en la sección 3.3). Esto incluye la planificación de la restauración de la prestación de servicios, así como la expansión a las áreas con servicios insuficientes (un balance difícil entre la política, la equidad y la eficiencia) al igual que la introducción de modelos nuevos de prestación de servicios, cuando esto sea necesario. Se deben combinar las lecciones de otros países con un entendimiento del contexto local. También se debe dar consideración a otras áreas específicas, como la seguridad de la sangre y sus derivados, la esterilización en las instituciones sanitarias, la disposición de materiales inyectables y cortopunzantes, y la eliminación de residuos médicos.



## 5.4 TOMA EN CUENTA DE LOS TEMAS NEURÁLGICOS TRANSVERSALES

Todas las actividades deben ser planificadas teniendo en cuenta las preocupaciones y los riesgos acerca de los derechos humanos, la perspectiva de género y el medioambiente, así como los riesgos y las limitaciones relacionados con VIH/SIDA.

### Lista de verificación para temas neurálgicos transversales<sup>24</sup>

#### *Derechos humanos y protección*

- ¿Las estrategias y modalidades de implementación propuestas aseguran la igualdad en el acceso a la asistencia y a los servicios para TODOS los grupos de población, así como la protección adecuada para los beneficiarios y para los trabajadores humanitarios/sanitarios?
- ¿Podrían reforzar patrones existentes de discriminación o aumentar los riesgos asociados?

<sup>24</sup> Esta lista de verificación está basada en las notas orientativas para el Plan Común de Acción Humanitaria (CHAP), con añadidura de puntos sobre VIH/SIDA y apoyo psicosocial.

- ☑ ¿Las actividades o las modalidades de implementación podrían ser modificadas para asegurar un mejor respeto por los derechos humanos y una mejor protección, especialmente para aquellos grupos que se ha determinado están en mayor riesgo (por ej. hogares con mujer cabeza de familia, mujeres y hombres con discapacidad, personas que viven con VIH/SIDA, varones adolescentes)?
- ☑ ¿Hay colaboración efectiva entre los Clústers de Salud y de Protección para asegurar la protección, el tratamiento y el apoyo psicosocial de los grupos de riesgo especial mencionados anteriormente, así como de los niños no acompañados y los sobrevivientes de violencia sexual y con base de género?

### **Género**

- ☑ ¿Las estrategias y modalidades de implementación promueven la igualdad de género y minimizan los riesgos de violencia sexual y con base de género?
- ☑ ¿Podrían aumentar las desigualdades existentes?
- ☑ ¿Las actividades o las modalidades de implementación podrían ser modificadas para promover mejor la igualdad de género?

### **VIH/SIDA**

- ☑ ¿Las estrategias propuestas toman en cuenta la prevalencia de VIH/SIDA y minimizan los riesgos de transmisión de una manera apropiada culturalmente?
- ☑ ¿Podrían modificarse las actividades o las modalidades de implementación para dar mejores servicios a las personas que viven con VIH/SIDA y reducir los riesgos de transmisión?
- ☑ ¿Las medidas estándar de protección se están implementando de manera efectiva en todas las áreas (la primera prioridad antes de considerar otras medidas)?
- ☑ ¿Funcionan los dispositivos para asegurar el tratamiento continuado de pacientes que ya están recibiendo terapia antirretroviral?
- ☑ ¿Se están manteniendo las estrategias de prevención que estaban implantadas antes de la crisis?

1

ROL Y  
FUNCIONAMIENTO  
DE UN CLÚSTER  
DE SALUD

2

COORDINACIÓN  
EFECTIVA

3

EVALUACIÓN  
Y MONITORÍA  
DE LA SITUACIÓN  
DE SALUD

4

ANÁLISIS Y  
PRIORIZACIÓN

5

DESARROLLO DE  
LA ESTRATEGIA Y  
PLANIFICACIÓN

6

ESTÁNDARES

7

PROMOCIÓN Y  
SENSIBILIZA-  
CIÓN PARA LA  
MOVILIZACIÓN  
DE RECURSOS

8

MONITORÍA  
DEL DESEMPEÑO  
DEL CLÚSTER  
Y LECCIONES  
APRENDIDAS

9

LISTAS ESTÁNDAR-  
RES DE SERVICIOS  
Y INDICADORES

○

ANNEXOS

### ***Medioambiente***

- ☑ ¿Las estrategias y modalidades de implementación propuestas aseguran la protección del medioambiente y de la base de recursos naturales?
- ☑ ¿Podrían crear residuos adicionales innecesarios?
- ☑ ¿Podrían modificarse las actividades o las modalidades de implementación para proteger mejor el medioambiente?

### ***Apoyo psicosocial***

- ☑ ¿Las actividades propuestas involucran una respuesta multisectorial coordinada que incluye la provisión de apoyos psicosociales básicos a la población?
- ☑ ¿Las estrategias propuestas facilitan las condiciones para la movilización comunitaria, la apropiación comunitaria, el control comunitario, la auto-ayuda comunitaria, el apoyo comunitario, y las prácticas culturales de sanación?
- ☑ ¿Las estrategias y modalidades de implementación propuestas tienen en cuenta las consideraciones sociales (ayuda segura y con dignidad para todos, respeto por las prácticas culturales locales y por los recursos comunitarios existentes)?

### **Lectura complementaria**

- 📖 Anexo F, en el CD ROM, que resume los puntos principales en relación con estos temas neurálgicos.
- 📖 IASC. *Directrices para las intervenciones relacionadas con el VIH/SIDA en contextos de emergencia*. Comité Permanente entre Organismos (IASC), 2003.
- 📖 IASC. *Directrices aplicables a las intervenciones contra la violencia por razón de género en situaciones humanitarias enfoque sobre la prevención y la respuesta contra la violencia sexual en situaciones de emergencia*. Comité Permanente entre Organismos (IASC), Septiembre 2005.
- 📖 IASC. *Mujeres, niñas, niños y hombres, necesidades diferentes, iguales oportunidades. Manual de género para la acción humanitaria*. Ginebra: Comité Permanente entre Organismos (IASC), 2006.
- 📖 IASC. *Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes*. Comité Permanente entre Organismos (IASC), 2007.

## 5.5 DESARROLLO DE PLANES PARA CONTINGENCIAS DURANTE LA CRISIS

Los planes de contingencia referidos aquí son planes para responder a contingencias “en crisis”, preparación para manejar posibles eventos futuros (“contingencias”) que podrían complicar aún más la situación actual.

### Algunos principios básicos

- ✓ Se deben anticipar los eventos que durante los meses venideros podrían impactar aún más sobre la salud de la población o sobre las operaciones de asistencia humanitaria en curso.
- ✓ Se deben preparar planes de contingencia para responder a posibles nuevas amenazas para la salud y asegurar, tanto como sea posible, la continuidad de los servicios y de la ayuda humanitaria a las poblaciones objetivo. Deben incluirse como anexos a la estrategia de la respuesta en salud a la crisis.

Los eventos (contingencias) que pueden necesitar ser considerados con anticipación incluyen, por ejemplo:

- desastres secundarios: recurrencia de las amenazas primarias o de fenómenos secundarios como las epidemias de enfermedades transmisibles, o una próxima temporada de ciclones;
- deterioro de las situación de seguridad, en especial la posibilidad de que la renovación de un conflicto pueda afectar algunas instalaciones sanitarias, así como causar desplazamientos adicionales de población, o interrumpir los corredores de suministros;
- disrupción de las cadenas de suministros dentro del país debida a sobrecarga de los servicios provinciales.

Nota Bene: Las variaciones estacionales, tales como las temporadas de lluvias y de sequía, y sus efectos usuales sobre los patrones de enfermedad y sobre la prestación de los servicios de salud y el acceso a los mismos, deben ser también tenidos en cuenta pero esto debería estar integrado dentro de la estrategia básica de respuesta en salud a la crisis. Los planes de contingencia deben cubrir otros eventos, más excepcionales.

1

ROL Y  
FUNCIONAMIENTO  
DE UN CLÚSTER  
DE SALUD

2

COORDINACIÓN  
EFECTIVA

3

EVALUACIÓN  
Y MONITORÍA  
DE LA SITUACIÓN  
DE SALUD

4

ANÁLISIS Y  
PRIORIZACIÓN

5

DESARROLLO DE  
LA ESTRATEGIA Y  
PLANIFICACIÓN

6

ESTÁNDARES

7

PROMOCIÓN Y  
SENSIBILIZA-  
CIÓN PARA LA  
MOVILIZACIÓN  
DE RECURSOS

8

MONITORÍA  
DEL DESEMPEÑO  
DEL CLÚSTER  
Y LECCIONES  
APRENDIDAS

9

LISTAS ESTÁNDAR-  
ES DE SERVICIOS  
Y INDICADORES

○

ANEXOS

## Acciones del Coordinador del Clúster de Salud y del Grupo Sectorial en su conjunto

En colaboración con el MinSalud y con otros interesados:

- ☑ Identificar y priorizar las posibles contingencias que durante los siguientes meses podrían tener impacto sobre:
  - la salud de la población; o
  - las operaciones en curso de ayuda humanitaria en el sector salud.
- ☑ Dentro del Clúster, decidir en coordinación con el MinSalud y con otros actores sanitarios clave, cómo serán manejados tales eventos – cómo se responderá a las nuevas necesidades en salud y cómo serán mantenidos el apoyo operativo y los servicios si ocurren los posibles eventos.
- ☑ Estimar los recursos adicionales – humanos, materiales, financieros – que se podrían necesitar para responder a la nueva situación, y determinar cómo serían movilizados y dónde se deberían pre-posicionar las provisiones correspondientes.
- ☑ Asegurar la continuidad de la monitoría en curso de las existencias de contingencia y de su reabastecimiento siempre que sea necesario.
- ☑ Escribir un plan conjunto para contingencias en salud que describa el/ los escenarios anticipados, especifique los preparativos para la evaluación y la planificación conjuntas, describa la estrategia y las acciones de respuesta y los recursos que probablemente se necesitarían, y asigne roles y responsabilidades específicos para la acción tanto para cuando estos ocurran como para las medidas inmediatas de preparación.
- ☑ Diseminar el plan a todos los interesados y asegurar que todos los socios del Clúster toman las medidas internas necesarias para estar listos para asumir sus roles/responsabilidades cuando ocurran estos eventos. Si es necesario, preparar proyectos específicos para aumentar el grado de preparación previa y buscar la movilización de los recursos necesarios por parte de los donantes.
- ☑ Revisar con regularidad (i) la lista de posibles contingencias y escenarios, y (ii) el plan para las contingencias. Actualizar ambos cuando sea necesario.

## Lectura complementaria

- 📖 IASC. *Contingency planning* (Planificación para contingencias). Cluster-Sector Leadership Training Tip Sheet (Consejos y recursos, Formación del IASC sobre liderazgo de grupos). Comité Permanente entre Organismos (IASC), 2007.
- 📖 IASC. *Inter-agency contingency planning guidelines* (Guía para la planificación interagencias para las contingencias), Comité Permanente entre Organismos (IASC), Noviembre 2007.

# 6

## ESTÁNDARES

### ***Puntos clave:***

- ✓ Buscar una alta cobertura con calidad.
- ✓ Construir consenso sobre la aplicación de las mejores prácticas.
- ✓ Monitorizar la aplicación/implementación de intervenciones basadas en la evidencia.
- ✓ Promover un entorno propicio para la adopción e implementación de prácticas basadas en la evidencia.

### **Productos esperados del Clúster de Salud**

- ✓ Estándares, protocolos y guías consensuados para la provisión de atención básica en salud; formatos estandarizados de reporte.
- ✓ Materiales y oportunidades de entrenamiento disponibles para todos los socios del Clúster, para mejorar, acorde a las necesidades, las habilidades y los estándares para la provisión de servicios.

1

ROL Y  
FUNCIONAMIENTO  
DE UN CLÚSTER  
DE SALUD

2

COORDINACIÓN  
EFECTIVA

3

EVALUACIÓN  
Y MONITORÍA  
DE LA SITUACIÓN  
DE SALUD

4

ANÁLISIS Y  
PRIORIZACIÓN

5

DESARROLLO DE  
LA ESTRATEGIA Y  
PLANIFICACIÓN

6

ESTÁNDARES

7

PROMOCIÓN Y  
SENSIBILIZA-  
CIÓN PARA LA  
MOVILIZACIÓN  
DE RECURSOS

8

MONITORÍA  
DEL DESEMPEÑO  
DEL CLÚSTER  
Y LECCIONES  
APRENDIDAS

9

LISTAS ESTÁNDA-  
RES DE SERVICIOS  
Y INDICADORES

ANNEXOS

<b>“Brechas” comunes en relación con los estándares de provisión de servicios</b> Hallazgos de 10 estudios de caso de país (2004-2007)	
Ejemplos	Soluciones propuestas
<p><b>Malnutrición</b></p> <p>Con frecuencia la malnutrición global aguda en niños de 6-59 meses de edad es excesiva, aún en emergencias de larga duración y situaciones de recuperación temprana.</p> <p>La atención en salud para los malnutridos no siempre cumple con los estándares internacionales, en particular el tratamiento de rutina de la malaria en los centros de alimentación terapéutica. Por ejemplo, las muertes debidas a la malaria fueron muy numerosas en un centro de alimentación terapéutica. La promoción de la lactancia materna es inadecuada.</p>	<p>Crear vínculos entre el sector salud y el mecanismo de coordinación en nutrición. Asegurar datos adecuados acerca de la prevalencia de malnutrición para la toma de decisiones.</p> <p>Diseminar las guías de operación a todos los socios sectoriales, junto con los socios en nutrición, con un enfoque en atención de base comunitaria (que incluya cuidados de alimentación terapéutica y la promoción de la lactancia materna a nivel comunitario).</p>
<p><b>Enfermedades de origen hídrico</b></p> <p>Falta de prevención, de promoción de higiene, y de manejo clínico estandarizado de la diarrea, con vínculos con las actividades del Clúster de Agua, Saneamiento e Higiene (WASH). Acceso inadecuado a cantidades suficientes de agua segura en muchos contextos.</p>	<p>Crear vínculos entre el sector salud y el mecanismo de coordinación del sector de agua, saneamiento e higiene (WASH), para asegurar que el acceso al agua cumple con los estándares mínimos internacionales, y para desarrollar y difundir estándares y guías operativas sobre promoción de higiene y manejo de la diarrea.</p>
<p><b>Sarampión</b></p> <p>La cobertura de la vacunación contra el sarampión no cumple con los estándares internacionales, en particular en situaciones fuera de los campos.</p>	<p>Organizar vacunación masiva, bien monitorizada, contra el sarampión, en conjunto con las autoridades nacionales y otras agencias cuando ello esté indicado. Reforzar los programas de vacunación de rutina, como sea apropiado de acuerdo a la fase de la respuesta.</p>
<p><b>Brotos</b></p> <p>Faltan los reportes y las definiciones de caso estandarizados, no se hace análisis en tiempo real y la retroalimentación es lenta. La confirmación de los brotes por el laboratorio es lenta. Los tiempos de respuesta con lentos (más de 48 horas).</p>	<p>Nombrar una agencia para que coordine la vigilancia de enfermedades, así como la detección de brotes y la respuesta a estos. Planificar la respuesta a los brotes, incluyendo la identificación por laboratorio (local, nacional, o internacional) para confirmación. Motivar el establecimiento de un sistema de alerta y respuesta temprana. Establecer un stock de suministros de emergencia para el caso de contingencias.</p>
<p><b>Malaria</b></p> <p>No se cuenta con prevención y tratamiento estandarizados para la malaria, que sean apropiados para la situación epidemiológica y para la fase de la respuesta, así como para grupos especiales como los severamente malnutridos.</p>	<p>Desarrollar y difundir estándares y guías operativas, abogar por que se cuente con guías de tratamiento basadas en la evidencia, y planificar apoyo adicional para el suministro de medicamentos y materiales cuando sea necesario.</p>

Ejemplos	Soluciones propuestas
<p><b>Salud reproductiva (incluyendo obstetricia)</b></p> <p>Alta mortalidad materna, con acceso limitado a la atención obstétrica de emergencia y a los servicios integrales de salud reproductiva.</p>	<p>Diseminar un paquete mínimo específico para la fase de la respuesta entre los socios del Clúster (incluyendo, durante las emergencias agudas, la distribución de kits de parto limpio a las mujeres embarazadas y, en contextos de mayor estabilidad, la promoción de la atención del parto en una institución sanitaria que cuente con personal entrenado).</p>
<p><b>Violencia con base de género (VBG)</b></p> <p>Falta de un esfuerzo multisectorial para prevenir la VBG y responder a ella (coordinación inter-sectorial pobre).</p>	<p>Asegurar que el sector salud participa en una estrategia inter-sectorial para la prevención y la respuesta a la VBG.</p> <p>Desarrollar y difundir estándares y guías operativas para la VBG, incluyendo la identificación de los roles y las responsabilidades, la estandarización de reportes, el manejo de la información, el manejo clínico y la referencia.</p> <p>Colaborar con el Clúster de Protección y definir tempranamente en la respuesta un “marco local” para las medidas de prevención y el apoyo legal y psicosocial.</p>
<p><b>VIH/SIDA &amp; Infecciones de transmisión sexual (ITS)</b></p> <p>Los servicios para la prevención y la atención de VIH/SIDA están descuidados, son inadecuados, o no están integrados en la provisión de los servicios de salud. Falta de prevención y tratamiento apropiado por edad y sexo para las ITS y el VIH/SIDA y coordinado con otros sectores.</p> <p>La disposición de residuos no es siempre segura.</p> <p>La transfusión de sangre no es siempre segura.</p>	<p>Iniciar un paquete de servicios mínimos a nivel comunitario para la prevención de las ITS y el VIH/SIDA, que sea sensible al género y a la edad.</p> <p>Proveer suministros adecuados para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento, incluyendo medicamentos antirretrovirales donde estos se hayan hecho disponibles.</p> <p>Suministrar condones a través de diversos canales para asegurar el acceso universal.</p> <p>Desarrollar y difundir estándares y guías operativas para la implementación y la monitorización de la transfusión sanguínea segura y de la eliminación segura de residuos.</p>
<p><b>Salud mental y apoyo psicosocial</b></p> <p>No hay, o está desorganizada, la planificación específica por etapas para los servicios de salud mental y apoyo psicosocial, en particular para el manejo de la dependencia del alcohol. Hace falta un enfoque de salud mental basado en la comunidad.</p>	<p>Colaborar con el Clúster de Protección y definir tempranamente en la respuesta un “marco local” para las medidas de prevención y el apoyo legal y psicosocial. En la fase de emergencia, las acciones deben ser predominantemente de carácter social, con el estímulo de los apoyos sociales y la provisión de los primeros auxilios psicológicos por parte de los agentes comunitarios, al tiempo que se protege a las personas con enfermedad mental severa.</p>
<p><b>Disposición de los cadáveres (servicios forenses)</b></p> <p>El entierro de los cadáveres se hace en fosas comunes, de manera social y culturalmente inapropiada.</p>	<p>Desarrollar y difundir estándares y guías operativas.</p> <p>Cuando esté indicado, abogar con las autoridades nacionales por sepelios culturalmente apropiados.</p>

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10



## 6.1 ASEGURAR LOS ESTÁNDARES – PROMOVER LAS MEJORES PRÁCTICAS

---

La calidad es esencial para que la respuesta en salud a la emergencia pueda disminuir la mortalidad y la morbilidad. Por ejemplo, si una campaña de vacunación contra el sarampión no logra una cobertura del 95%, habrá fallado en la prevención del riesgo de un brote epidémico de sarampión. La calidad de servicio es también un determinante clave de la utilización de servicios de salud, y esta última es crítica durante una emergencia.

### Algunos principios básicos

- ✓ Los servicios y las actividades de todos los actores sanitarios normalmente deben estar de acuerdo con las políticas y guías nacionales de tratamiento, pero donde estas no estén alineadas con la evidencia o las prácticas más recientes a nivel global, la Agencia Líder y el Coordinador del Clúster de Salud deben facilitar el diálogo entre todos los interesados para lograr un acuerdo sobre la aplicación de las mejores prácticas y para que mejoren las políticas y guías nacionales correspondientes.
- ✓ Donde existen guías y protocolos, pero estos no son usados, o no son practicados ampliamente a nivel comunitario y de las instituciones sanitarias, los esfuerzos se deben centrar en mejorar el conocimiento y la práctica y monitorizar la implementación de los estándares y protocolos en las comunidades y las instituciones de salud.

Para los propósitos del Clúster, las *Normas mínimas de respuesta humanitaria en casos de desastre* del Proyecto Esfera (Capítulo 5: Normas mínimas en materia de servicios de salud. 2004) son una referencia clave, pero no la única, Otras se mencionan más adelante en la tabla.

### Acciones del Coordinador del Clúster de Salud y del Grupo Sectorial en su conjunto

- Asegurar que las guías nacionales son conocidas por todos los actores sanitarios.
- Lograr acuerdo sobre qué estándares y mejores prácticas se aplicarán si las políticas y normas nacionales no están acorde a la evidencia o las prácticas recomendadas más recientes a nivel global.

- ☑ Asegurar un entorno propicio para la implementación de las mejores prácticas clínicas y de salud pública. Facilitar y promover la adherencia a las mejores prácticas y a los estándares de atención.
- ☑ Disponer lo necesario para la preparación y disseminación de guías técnicas y organizar entrenamiento conjunto cuando este sea necesario (ver sección 6.2).
- ☑ Asegurar que el sistema de inspección y vigilancia recoge y compila los datos necesarios para monitorizar la aplicación de los estándares (ver sección 3.6).
- ☑ Monitorizar conjuntamente la implementación de los estándares nacionales/acordados y compartir experiencias con el ánimo de conseguir un alto estándar de servicios para todas las comunidades.

Si se considera útil, se puede invitar a expertos en los temas transversales neurálgicos que sean relevantes al contexto de la crisis, para que brinden apoyo apropiado a la integración efectiva de los temas mencionados en todas las actividades del Clúster de Salud.

### **Acciones específicas de la Agencia Líder del Clúster de Salud**

- ☑ Asegurarse que todas las ONGs internacionales y todos los demás socios del Clúster conocen las políticas y las prioridades nacionales de salud, y los protocolos y la mejor práctica internacional, y su relevancia para la presente situación. Incentivarlos para que respeten esas políticas y protocolos y para que se preserve y fortalezca la capacidad local con el fin de desarrollar servicios que sean sostenibles en el largo plazo (incluyendo los sistemas de información y alerta y las instituciones de salud).
- ☑ Disuadir a cualquier organización de realizar acciones que no sean consistentes con los estándares establecidos.
- ☑ Cuando haya desacuerdo sobre los estándares de atención, facilitar el diálogo con el ánimo de asegurar que la “mejor” atención en salud está disponible equitativamente para todas las comunidades.
- ☑ Asegurar que los datos son desagregados sistemáticamente por sexo y por edad, y que los socios del sector salud tienen, cuando lo necesiten, el apoyo adecuado para la recolección de esos datos.

1

ROL Y  
FUNCIONAMIENTO  
DE UN CLÚSTER  
DE SALUD

2

COORDINACIÓN  
EFECTIVA

3

EVALUACIÓN  
Y MONITORÍA  
DE LA SITUACIÓN  
DE SALUD

4

ANÁLISIS Y  
PRIORIZACIÓN

5

DESARROLLO DE  
LA ESTRATEGIA Y  
PLANIFICACIÓN

6

ESTÁNDARES

7

PROMOCIÓN Y  
SENSIBILIZA-  
CIÓN PARA LA  
MOVILIZACIÓN  
DE RECURSOS

8

MONITORÍA  
DEL DESEMPEÑO  
DEL CLÚSTER  
Y LECCIONES  
APRENDIDAS

9

LISTAS ESTÁNDAR-  
ES DE SERVICIOS  
Y INDICADORES

○

ANNEXOS

- ☑ Crear oportunidades para compartir lo aprendido y para analizar de manera conjunta los datos sobre el desempeño de los servicios.
- ☑ Monitorizar los indicadores del estado de salud y de la prestación de servicios de salud pública y, cuando sea necesario, llamar la atención sobre las divergencias de los estándares nacionales y la mejor práctica internacional, y sugerir lo que podría hacerse para mejorar los estándares. Asegurar que los indicadores son sensibles a la perspectiva de género.
- ☑ Organizar presentaciones breves para las organizaciones nuevas que llegan al país para trabajar en el sector salud y, cuando sea necesario, ayudar a que el MinSalud organice esas presentaciones. Los contenidos pueden incluir los siguientes temas:
  - el perfil epidemiológico del país, las políticas y los programas nacionales, y la cobertura de los servicios de salud previa a la emergencia;
  - la experiencia nacional e internacional disponible (por ej.: sobre las enfermedades tropicales específicas del país, las cuales pueden estar más allá de la experiencia de algunas ONGs extranjeras);
  - la estructura del MinSalud y la lista de puntos focales de salud en otras organizaciones;
  - los detalles sobre las disposiciones para la coordinación de la emergencia en salud.

La Agencia Líder y el Coordinador del Clúster de Salud pueden dar consejo a los equipos extranjeros de ayuda que son nuevos en el país, sobre las medidas para proteger su propia salud y para asegurar que hayan organizado lo necesario para llevar a cabo evacuaciones médicas de emergencia. La tabla siguiente resume algunas mejores prácticas y menciona referencias para orientación adicional.

## Buenas prácticas & materiales de referencia recomendados por sub-sector

<p>Servicios generales de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Como mínimo una unidad básica de salud por cada 10 000 personas.</li> <li>✓ Atención de emergencia obstétrica básica (BEmOC), incluyendo las 6 funciones trazadoras, disponibles a nivel de cada centro de salud, estos a razón de uno por cada 30 000 personas.</li> <li>✓ El estándar recomendado es de 1 servicio que preste atención de emergencia obstétrica integral (CEmOC) y 4 puntos que provean BEmOC por cada 500 000 personas pero, en condiciones de conflicto, los servicios deben estar disponibles tan cerca de la población como sea posible, puesto que la referencia puede ser imposible.</li> <li>✓ Se debe favorecer el rol de los practicantes de nivel intermedio (enfermería, matronas, oficiales sanitarios) en la provisión de servicios de salud curativos.</li> <li>✓ Y el rol de los trabajadores comunitarios de salud en la provisión de atención curativa para enfermedades de la niñez, por ej.: el manejo de casos de neumonía a nivel comunitario en localidades remotas, una estrategia potencial para alcanzar comunidades dispersas y campos inaccesibles de personas desplazadas.</li> <li>✓ Evaluación de riesgos de brotes de enfermedad.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estándares mínimos Esfera.</li> <li>• Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. <i>Manual de trabajo interinstitucional sobre salud reproductiva en escenarios humanitarios</i>. Revisión 2010 para Informe de Trabajo. Ginebra: Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis, 2010.</li> <li>• MSF. <i>Refugee health: an approach to emergency situations</i> (salud de los refugiados: un enfoque para situaciones de emergencia). París: Médicos Sin Fronteras, 1997.</li> </ul>
<p>Salud infantil</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Los niños con neumonía tienen acceso a tratamiento adecuado dentro de las 24-48 horas de aparición de los síntomas.</li> <li>✓ Suplemento de Zinc para el tratamiento de la diarrea en la niñez.</li> <li>✓ Suplemento de Vitamina A para todos los niños menores de 5 años.</li> <li>✓ Sales para rehidratación oral disponibles a nivel de los hogares.</li> <li>✓ Tratamiento de la malaria – recomendación de terapia de combinación con base en Artemisina (ACT), con tests de diagnóstico rápido o diagnóstico microscópico.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• OMS. <i>Malaria control in complex emergencies: an interagency field handbook</i> (Control de la malaria en emergencias complejas: un manual de campo inter-agencias). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2005.</li> <li>• OMS. <i>Child health in complex emergencies</i> (Salud infantil en emergencias complejas). Organización Mundial de la Salud, 2009.</li> <li>• MSF. <i>Clinical guidelines: diagnosis and treatment manual</i> (Manual de guías clínicas de diagnóstico y tratamiento). París: Médicos Sin Fronteras, 2010.</li> </ul>
<p>Nutrición</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Manejo de casos con malnutrición aguda severa e nivel de centros de salud.</li> <li>✓ Si los niveles de malnutrición aguda están por encima del estándar nacional, o son <math>&gt;10</math> de malnutrición aguda global y <math>&gt;1</math> de malnutrición aguda severa – coordinar con el Clúster de Nutrición para el posible inicio de manejo de casos de la malnutrición aguda a nivel comunitario.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• OMS. <i>Management of severe malnutrition: a manual for physicians and senior Health workers</i> (<i>Manejo de la malnutrición severa: un manual para médicos y trabajadores sanitarios senior</i>). Organización Mundial de la Salud, 2000.</li> <li>• Valid International y Concern Worldwide. <i>Community-based therapeutic care: a field manual</i> (<i>Cuidado terapéutico a nivel de base comunitaria: un manual de campo</i>). Valid International, 2006.</li> </ul>

1

2

3

4

5

6

7

8

9

<b>Buenas prácticas &amp; materiales de referencia recomendados por sub-sector</b>	
<b>Enfermedades transmisibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sistema de alerta y respuesta temprana (EWARS) establecido, incluyendo la recolección de datos por los proveedores de servicios, el análisis y la diseminación de datos.</li> <li>✓ Respuesta a los brotes iniciada dentro de las 24-48 horas del reporte de casos.</li> <li>✓ Tasa de mortalidad de casos durante brotes de cólera y de sarampión de &lt;1%.</li> <li>✓ Campaña de vacunación contra el sarampión llevada a cabo con el objetivo de lograr cobertura de &gt;95% entre niños de 6 a 59 meses de edad.</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estándares mínimos Esfera.</li> <li>• MSF. <i>Management of a measles epidemic</i> (Manejo de una epidemia de sarampión). París: Médicos Sin Fronteras, 1996.</li> <li>• MSF. <i>Management of epidemic meningococcal meningitis</i> (Manejo de la meningitis meningocócica epidémica). París: Médicos Sin Fronteras, 2008.</li> <li>• OMS. <i>Brotes de cólera: evaluación de la respuesta a los brotes y mejora de la preparación</i>. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2004.</li> <li>• OMS. <i>Communicable diseases control in emergencies: field manual</i> (Control de las enfermedades transmisibles: manual de campo). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2005.</li> </ul>
<b>ITSs &amp; VIH/SIDA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Precauciones estándar e a nivel de las instituciones.</li> <li>✓ Continuidad de la terapia antirretroviral para aquellos que están en tratamiento (reaprovisionamiento).</li> <li>✓ Transfusión sanguínea segura.</li> <li>✓ Condones gratuitos disponibles y accesibles para la comunidad.</li> <li>✓ Manejo sindromático de casos de ITSs.</li> <li>✓ Test rápidos para sífilis como parte de cuidado prenatal enfocado (ANC).</li> <li>✓ Iniciar prevención de la transmisión madre-hijo en contextos en los que el VIH/SIDA es la principal causa de muerte (por ej.: África subsahariana).</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• OMS. <i>Practical guidelines for infection control in health care facilities</i> (Guía práctica para el control de infecciones en instalaciones sanitarias). Organización Mundial de la Salud, Oficina regional para el Sur-Este Asiático, Oficina Regional para el Pacífico Occidental, 2004.</li> <li>• OMS. <i>Child health in complex emergencies</i> (Salud infantil en emergencias complejas). Organización Mundial de la Salud, 2009.</li> <li>• OMS. <i>Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo. Una guía para la práctica básica</i>. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2005.</li> </ul>
<b>Salud materna y neonatal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM) para la salud reproductiva en situaciones de crisis.</li> <li>✓ Provisión de kits de parto limpio a mujeres embarazadas, acompañada de consejos sobre cómo usar el kit y sobre un plan de preparación para el parto.</li> <li>✓ Cuidados post-natales inmediatos (para la madre &amp; el neonato) por personal médico (o trabajadores comunitarios entrenados) dentro de 24-48 horas después del parto.</li> <li>✓ Provisión de cuidados obstétricos básicos de emergencia (BEmOC) trazadores a nivel de centros de salud.</li> </ul>

### Buenas prácticas & materiales de referencia recomendados por sub-sector

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Disponibilidad de mecanismo de referencia, con atención especial a los cuidados obstétricos integrales de emergencia (CEmOC).</li> <li>✓ Material para resuscitación neonatal y personal adecuadamente entrenado disponible en todos los puntos de servicios de salud y personal entrenado en cuidado neonatal esencial incluyendo la resuscitación neonatal.</li> <li>✓ Procurar que aumente la proporción de partos atendidos a nivel de las instituciones sanitarias.</li> </ul>	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MSF. <i>Obstetrics in remote settings: a guide for non-specialized health care</i> (Obstetricia en contextos remotos: una guía para la atención en salud no especializada). París: Médicos Sin Fronteras, 2007.</li> <li>• OMS, UNFPA, UNICEF, Banco Mundial. <i>Integrated management of pregnancy, childbirth, and newborn care</i> (Manejo integrado del embarazo y el parto, y atención neonatal). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2009.</li> <li>• Women's Commission. <i>Paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM) para la salud reproductiva en situaciones de crisis</i>. Reproductive Health Response in Conflict (RHRC) Consortium, 2006.</li> </ul>	2
Violencia sexual	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El personal médico tiene las habilidades para el manejo médico de los casos de violencia sexual.</li> <li>✓ Profilaxis post exposición (PEP) para VIH/SIDA, tratamiento de ITS, vacuna contra la hepatitis B, anticonceptivos de emergencia – disponibles desde el nivel de la unidad básica de salud, sin desabastecimientos.</li> <li>✓ Provisión de, o enlace con, el apoyo psicosocial.</li> </ul>	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IASC. <i>Directrices aplicables a las intervenciones contra la violencia por razón de género en situaciones humanitarias enfoque sobre la prevención y la respuesta contra la violencia sexual en situaciones de emergencia</i>. Comité Permanente entre Organismos (IASC), Septiembre 2005.</li> <li>• OMS, UNFPA, ACNUR. <i>Clinical management of rape survivors</i> (Manejo clínico de los sobrevivientes de violación). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 2005.</li> </ul>	4
Enfermedades no-transmisibles, heridas y salud mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Los servicios para responder a las necesidades de rescate y evacuación, primeros auxilios y atención quirúrgica están disponibles inmediatamente después de desastres naturales, como los terremotos.</li> <li>✓ Re-abastecimiento de los suministros para tratar las enfermedades crónicas en circunstancias en las que la carga de enfermedad crónica es alta.</li> <li>✓ Proteger y atender a las personas con enfermedades mentales y a otros pacientes institucionalizados.</li> </ul>	5
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IASC. <i>Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes</i>. Comité Permanente entre Organismos (IASC), 2007.</li> </ul>	6
Salud medio-ambiental	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sistema de manejo seguro de residuos médicos y de objetos cortopunzantes funcionando en todas las instalaciones sanitarias.</li> <li>✓ El personal de las instalaciones sanitarias está entrenado en las precauciones estándar universales.</li> </ul>	7
		8
		9



## **6.2 DEFINICIÓN Y COBERTURA DE LAS NECESIDADES DE FORMACIÓN – CONSTRUCCIÓN DE CAPACIDADES**

---

Con frecuencia es necesario entrenar a los trabajadores ya los auxiliares sanitarios para mejorar los estándares, especialmente durante situaciones de crisis prolongada. Usualmente se requieren actividades más amplias para la construcción de capacidades para facilitar la recuperación, especialmente en una crisis compleja (relacionada con un conflicto), incluyendo el desarrollo de políticas y sistemas y la actualización de equipos.

### **Algunos principios básicos**

- ✓ Toda la formación debe estar diseñada para cubrir brechas específicas en la provisión o en el desempeño de servicios, u debe estar basada en la evaluación de las necesidades de formación.
- ✓ Los estándares, normas, currículos, y materiales de formación nacionales deben ser utilizados como plataformas iniciales, y deben ser actualizados, integrados o simplificados en consulta con las autoridades nacionales/locales.
- ✓ La formación debe ser coordinada entre los distintos actores sanitarios para asegurar una consistencia razonable de contenidos y estándares.
- ✓ Durante el período de respuesta inicial, se debe mantener el foco en apoyar la implementación de prioridades como el paquete de servicios iniciales mínimos para la salud reproductiva y el sistema de alerta y respuesta temprana (alerta temprana incluyendo las definiciones estándar de casos) y en elementos clave de formación que respondan a problemas internos inmediatos dentro de las organizaciones.

### **Acciones del Coordinador del Clúster de Salud y del Grupo Sectorial en su conjunto**

- ☑ Con base en las brechas identificadas en los servicios y en las capacidades para prestar servicios, identificar las necesidades prioritarias de formación para el personal tanto del MinSalud como del sector salud a nivel local, así como las de los socios del Clúster. Incluir, en la medida

necesaria, formación tanto para la prestación de servicios como para la utilización de las herramientas del Clúster.

- ☑ Coordinar tanto como sea posible el desarrollo (o la actualización/adaptación) de los materiales de formación con los estándares y currículos nacionales, y ponerlos a disposición para que sean utilizados por todos los socios del Clúster.
- ☑ Coordinar entre los socios la planificación y la implementación de las actividades de formación, y facilitar eventos conjuntos de formación siempre que sea posible.
- ☑ Mantener información actualizada sobre las actividades de formación que se han realizado, las que se están llevando a cabo y las que están programadas para el futuro.
- ☑ Identificar otras necesidades de construcción de las capacidades que deban ser cubiertas para facilitar la recuperación temprana; coordinar entre los socios la planificación y la implementación de esas actividades para maximizar su complementariedad.

### Lecciones y consejos prácticos de la experiencia sobre el terreno

En Uganda, se organizó un taller de tres días sobre salud, nutrición y VIH/SIDA para los miembros de tres Clústers (de agencias de las Naciones Unidas, ONGs y del gobierno). Se cubrió una amplia variedad de temas, incluyendo el enfoque de clústers, el manejo de información durante las crisis, el desarrollo de estrategias conjuntas de salud, y la transformación de las prioridades en salud en acciones concretas. La formación brindó una buena oportunidad para la planificación conjunta por los miembros del Clúster. Lo cual resultó en un Plan conjunto de salud, nutrición, y VIH/SIDA para Karamoja. El Clúster también apoyó la participación de algunos de sus miembros en varios cursos internacionales organizados por el Clúster Global de Salud, la OMS y la ONG Merlin.

1 ROL Y FUNCIONAMIENTO DE UN CLÚSTER DE SALUD

2 COORDINACIÓN EFECTIVA

3 EVALUACIÓN Y MONITORÍA DE LA SITUACIÓN DE SALUD

4 ANÁLISIS Y PRIORIZACIÓN

5 DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN

6 ESTÁNDARES

7 PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN PARA LA MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

8 MONITORÍA DEL DESEMPEÑO DEL CLÚSTER Y LECCIONES APRENDIDAS

9 LISTAS ESTÁNDARES DE SERVICIOS Y INDICADORES

ANNEXOS



## 7

## PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN PARA LA MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

### **Puntos clave:**

- ✓ La Agencia Líder y el Coordinador del Clúster de Salud deben abogar por las prioridades y necesidades del sector salud, aprovechando todas las oportunidades disponibles, incluyendo las reuniones del equipo humanitario/IASC de país y las reuniones con los donantes, para las actividades de promoción y sensibilización (para los propósitos de este escrito usamos “promoción y sensibilización” como traducción del término inglés “*advocacy*”) sobre la situación y las necesidades de salud, y sobre las necesidades de financiación de todos los socios, dentro del marco acordado para la estrategia de respuesta en salud a la crisis.
- ✓ Los componentes del sector salud de los llamamientos conjuntos de ayuda – específicamente los llamamientos de emergencia y los llamamientos consolidados – deben ser preparados a través de un proceso colaborativo, liderado por el Coordinador del Clúster de Salud, que incluya a tantos de los socios del Clúster de Salud como sea posible.
- ✓ Siempre que sea posible y apropiado, todos los socios del Clúster de Salud deben abogar por las prioridades acordadas para el sector salud y presentar sus propias actividades dentro del contexto del esfuerzo del sector salud como un todo – y de la estrategia acordada para la respuesta en salud a la crisis.
- ✓ La Agencia Líder del Clúster debería: pedir al Coordinador Humanitario que active la ventana de respuesta rápida del Fondo Central de Respuesta a Emergencias (CERF) cuando/si los indicadores muestran que la situación de salud se está deteriorando y es necesaria una intervención de emergencia; y consolidar las contribuciones del Clúster para las aplicaciones a la ventana de emergencias sub-financiadas del CERF cuando existan brechas críticas y no se pueden movilizar otros recursos rápidamente.
- ✓ Cuando persisten brechas críticas a pesar de los esfuerzos coordinados para cubrirlas, la Agencia Líder del Clúster tiene la responsabilidad de trabajar con las autoridades nacionales, con el Coordinador Humanitario y con los donantes para abogar por que se tomen las acciones adecuadas por parte de las partes involucradas para que se movilicen los recursos adicionales necesarios para una respuesta adecuada y apropiada (ver *proveedor de última instancia* al final de la sección 1.3)

1

ROL Y  
FUNCIONAMIENTO  
DE UN CLÚSTER  
DE SALUD

2

COORDINACIÓN  
EFECTIVA

3

EVALUACIÓN  
Y MONITORÍA  
DE LA SITUACIÓN  
DE SALUD

4

ANÁLISIS Y  
PRIORIZACIÓN

5

DESARROLLO DE  
LA ESTRATEGIA Y  
PLANIFICACIÓN

6

ESTÁNDARES

7

PROMOCIÓN Y  
SENSIBILIZACIÓN  
PARA LA  
MOVILIZACIÓN  
DE RECURSOS

8

MONITORÍA  
DEL DESEMPEÑO  
DEL CLÚSTER  
Y LECCIONES  
APRENDIDAS

9

LISTAS ESTÁNDARES  
DE SERVICIOS  
Y INDICADORES



ANEXOS

## Productos que se esperan del Clúster de Salud

- ✓ Elementos del sector salud acordados conjuntamente incluidos en los llamamientos de ayuda y en las aplicaciones al CERF; prioridades acordadas para la adjudicación de recursos comunes agregados.
- ✓ Una estrategia y un plan conjuntos para las actividades de promoción y sensibilización.

En el CD ROM se incluyen ejemplos de aplicaciones al CERF, de llamamientos de ayuda de emergencia (flash appeal) y de plantillas de proyectos para el proceso consolidado de llamamiento de ayuda (CAP).

<b>“Brechas” comunes en relación con los recursos</b> Hallazgos de 10 estudios de caso de país (2004-07)	
Ejemplos	Soluciones propuestas
<p>Recursos inadecuados para implementar las acciones esenciales para minimizar la mortalidad y la morbilidad evitables. Complicado esto en la fase aguda por la poca flexibilidad de los fondos de emergencia, y la falta de transparencia sobre los desembolsos a las ONGs. Las brechas de recursos son reportadas con frecuencia al pasar de la emergencia a la fase de recuperación temprana.</p>	<p>Abogar con los donantes y los gobiernos nacionales por una adjudicación de recursos mayor y más transparente. Mejorar la base de evidencia disponible para la promoción y sensibilización, a través por ejemplo de evaluaciones conjuntas, y difundir los resultados obtenidos. Fomentar la cobertura por parte de los medios populares de comunicación, incluyendo el uso de personajes de alto perfil como “embajadores itinerantes”.</p> <p>Evitar la introducción del cobro de tarifas a los usuarios de los servicios sanitarios, lo cual en la mayoría de los contextos no libera suficientes fondos para mejorar la calidad y la cobertura, mientras que sí afectan a los pobres de manera desproporcionada.</p>

## 7.1 PREPARACIÓN DE LOS COMPONENTES DE SALUD PARA UN LLAMAMIENTO URGENTE DE AYUDA FLASH

El llamamiento urgente de ayuda flash es una herramienta para estructurar una respuesta humanitaria coordinada para los primeros tres a seis meses de una emergencia y para lograr la movilización por parte de los donantes de los recursos necesarios. El Coordinador Humanitario promueve un llamamiento urgente de ayuda en consulta con todos los interesados y define el marco temporal para su preparación.

Normalmente, el Coordinador Humanitario y el equipo humanitario de país deben completar un borrador dentro de los primeros 5 a 7 días tras el inicio de la crisis. El llamamiento es presentado entonces aproximadamente 48 horas después por OCHA en Ginebra. Usualmente, hay una revisión programada aproximadamente un mes más tarde con base en información adicional que incluye proyectos adicionales para la recuperación temprana. (El llamamiento urgente de ayuda flash puede ser convertido en un llamamiento consolidado si se hace necesaria una respuesta inter-agencias que dure más de seis meses.

### Algunos principios básicos

- ✓ La Agencia Líder y el Coordinador del Clúster de Salud tienen la responsabilidad de presentar al Coordinador Humanitario un plan inicial de respuesta para el sector salud que haya sido preparado en colaboración con los socios sanitarios y en consulta con el MinSalud.
- ✓ El plan de respuesta debe incluir una estrategia inicial para la respuesta en salud, una definición de roles y responsabilidades, y la descripción esquemática de los proyectos específicos que se proponen – todo esto basado en la información disponible, en los estimativos tempranos y en suposiciones/conjeturas informadas.
- ✓ El plan inicial de respuesta debería enfocarse en las necesidades urgentes para salvar vidas, además de los proyectos de recuperación temprana que puedan ser identificados, planificados e implementados dentro de los primeros meses.

1

ROL Y FUNCIONAMIENTO DE UN CLÚSTER DE SALUD

2

COORDINACIÓN EFECTIVA

3

EVALUACIÓN Y MONITORÍA DE LA SITUACIÓN DE SALUD

4

ANÁLISIS Y PRIORIZACIÓN

5

DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN

6

ESTÁNDARES

7

PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN PARA LA MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

8

MONITORÍA DEL DESEMPEÑO DEL CLÚSTER Y LECCIONES APRENDIDAS

9

LISTAS ESTÁNDARES DE SERVICIOS Y INDICADORES

○

ANNEXOS

- ✓ Los llamamientos de ayuda y los proyectos (incluyendo los requerimientos presupuestarios) pueden ser actualizados en línea en cualquier momento a través del Servicio de Seguimiento Financiero de OCHA (FTS).

El llamamiento urgente de ayuda puede incluir proyectos de las agencias de Naciones Unidas, de organizaciones internacionales y de ONGs. Puede incluir alianzas para proyectos con la sociedad de la Cruz Roja o la Media Luna Roja nacional. Los ministerios del gobierno no pueden apelar directamente para conseguir fondos a través de un llamamiento urgente de ayuda, pero sí pueden ser aliados en proyectos de las Naciones Unidas o de ONGs.

### **Acciones del Coordinador del Clúster de Salud y del Grupo Sectorial en su conjunto**

La Agencia Líder y el Coordinador del Clúster de Salud deben:

- Congregar a todos los actores en salud importantes y facilitar un proceso de:
  - análisis de la información disponible de evaluaciones previas y desarrollo de acuerdos sobre la estrategia inicial para la respuesta (ver sección 5.1);
  - evaluación/validación de los proyectos propuestos por organizaciones individuales; y
  - desarrollo de consenso sobre los proyectos que deben ser in el llamamiento de ayuda, asegurando que todos sean relevantes, de alta prioridad, coordinados y viables.
- Consultar con el MinSalud y mantener informados a los representantes locales de los donantes.
- Escribir el plan en el formato de documento requerido para el llamamiento de ayuda.
- Establecer lazos con otros Clústers – en particular con el de Nutrición y el de Agua, Higiene y Saneamiento – para asegurar que todas las actividades relacionadas con la salud pública son complementarias y responden apropiadamente a los problemas prioritarios.

Normalmente, el borrador del llamamiento por el sector salud debe ser presentado al Coordinador Humanitario dentro de los 3 o 4 días después de que se toma la decisión de lanzar el llamamiento urgente de ayuda; la fecha límite específica será establecida en cada caso por el Coordinador Humanitario.

Actividades	Condiciones
<i>Criterios: Actividades que tienen un impacto inmediato sobre la salud de la población afectada por una emergencia</i>	
Coordinación de los aspectos de salud en el contexto de los desastres naturales y las emergencias complejas.	Como parte de una iniciativa más amplia (puede estar incluida en la coordinación inter-sectorial general).
Vigilancia de enfermedades y difusión de la información crítica de salud y de los reactivos de laboratorio para el diagnóstico temprano.	Acciones para la detección de casos y la vigilancia epidemiológica a través de los sistemas existentes de alerta temprana.
Asegurar el acceso equitativo y oportuno a la atención primaria básica de emergencia, incluyendo: establecimiento de instalaciones sanitarias y de sistemas de apoyo, personal sanitario esencial, medicamentos complementarios, equipamiento básico, la eliminación de cobros a los usuarios y la referencia individual a la atención de segundo nivel.	Todos estos en el contexto de la respuesta específica a la emergencia.
Provisión, distribución y reabastecimiento de suministros de emergencia de uso frecuente.	
Atención médica y apoyo psicosocial para los sobrevivientes de la violencia sexual y de género, incluyendo kits de prevención post-exposición (PEP) y de anticonceptivos de emergencia.	
Manejo de números masivos de víctimas.	
Respuesta a las condiciones relacionadas con enfermedades transmisibles que amenazan la vida (vacunaciones, control de brotes de enfermedad).	
Intervenciones para el riesgo materno y neonatal, intervenciones de emergencia en salud reproductiva (incluyendo la provisión de kits de emergencia para salud reproductiva basados en el paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM)).	Caso por caso.
Atención en salud de segundo nivel de complejidad (sólo como seguimiento después de los desastres naturales).	Caso por caso.
Apoyo psicosocial para los sobrevivientes de emergencias.	Caso por caso y sólo en el contexto de los desastres naturales o de las emergencias complejas.
Concienciación sobre VIH/SIDA en emergencias y provisión de material educativo y condones.	
Consejería, diagnóstico y tratamiento de VIH para grupos vulnerables.	

1

2

3

4

5

6

7

8

9

○

## Lectura complementaria

-  Formato de aplicación para el CERF disponible en la lista de documentos de referencia incluidos en el CD ROM adjunto.
-  IASC. *CERF life-saving criteria and sectoral activities guidelines* (Guía del CERF sobre criterios y actividades para salvar vidas). Comité Permanente entre Organismos (IASC), Agosto 7 de 2007.
-  IASC. *Revised flash appeal guidance* (Guía revisada para el llamamiento urgente de ayuda). Comité Permanente entre Organismos (IASC), Marzo de 2009.



## 7.2 PROPUESTAS DE APLICACIONES AL CERF PARA EL SECTOR SALUD

---

El Fondo Central de Respuesta a Emergencias (CERF), es un fondo de reserva establecido por las Naciones Unidas para habilitar que asistencia humanitaria a las víctimas de desastres naturales y de otros tipos de emergencias, se pueda prestar de manera más oportuna, confiable y equitativa. Está diseñado para complementar – más no para sustituir – los llamamientos de ayuda de emergencia y los consolidados. Hay dos ventanas de financiación:

- Respuesta rápida – el CERF puede suministrar fondos semilla para echar a andar las operaciones críticas.
- Emergencias con fondos escasos – El CERF puede financiar proyectos para salvar vidas durante el desarrollo de una situación de emergencia para la cual no fondos suficientes (proyectos prioritarios que no están cubiertos todavía por otros donantes).

El Fondo está pensado para apoyar de manera general la respuesta de emergencia, pero las ONGs no son elegibles para acceder a los fondos del CERF directamente. Sólo las agencias de las Naciones Unidas pueden presentar solicitudes para financiación por el CERF. La Agencia Líder del Clúster de Salud (o una agencia designada de las Naciones Unidas, en el caso de que Agencia Líder del Clúster no sea una agencia de las Naciones Unidas) puede – y debe – reunir y presentar una propuesta que incorpore los requerimientos de financiación de proyectos de otros socios del Clúster que no pertenecen a las Naciones Unidas. La Agencia Líder/Agencia de las Naciones Unidas tiene entonces la responsabilidad de asegurar que los fondos del CERF adjudicados para proyectos de ONGs sean transferidos a las ONGs correspondientes.

## Acciones del Coordinador del Clúster de Salud y del Grupo Sectorial en su conjunto

- ☑ Producir una solicitud para el CERF en paralelo al llamamiento flash de ayuda de emergencia. El llamamiento sirve de análisis contextual para la solicitud al CERF.
- ☑ Seleccionar del llamamiento flash de ayuda los proyectos de mayor prioridad que no han recibido todavía indicaciones claras de apoyo por parte de los donantes: las organizaciones involucradas deben entonces preparar en el formato CERF resúmenes concisos de los proyectos.
- ☑ Presentar el paquete de salud al Coordinador Humanitario para su inclusión en la solicitud general al CERF.

## Actividades en el sector salud que salvan vidas y pueden ser consideradas para financiación por el CERF

La tabla que aparece en la página 153 proviene de CERF *life-saving criteria and sectoral activities* (criterios y actividades sectoriales del CERF para salvar vidas), OCHA Agosto de 2007. Para consultar cualquier actualización, ver: <http://ochaonline.un.org/FundingFinance/CERF/tabid/1109/Default.aspx>



### 7.3 PREPARACIÓN, MONITORÍA Y REVISIÓN DE UN LLAMAMIENTO CONSOLIDADO DE AYUDA

El llamamiento consolidado de ayuda es más que un documento para conseguir fondos. También está pensado para servir como herramienta para planificar, coordinar e implementar las actividades humanitarias en respuesta a una emergencia (ya sea esta de gran envergadura o una emergencia compleja), o a un desastre natural. El llamamiento consolidado de ayuda se prepara cuando el Coordinador de Ayuda de Emergencia y el IASC deciden, en consulta con el Coordinador Humanitario y el Equipo IASC del país, que se necesita un enfoque consolidado para la movilización de recursos.

1

ROL Y FUNCIONAMIENTO DE UN CLÚSTER DE SALUD

2

COORDINACIÓN EFECTIVA

3

EVALUACIÓN Y MONITORÍA DE LA SITUACIÓN DE SALUD

4

ANÁLISIS Y PRIORIZACIÓN

5

DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN

6

ESTÁNDARES

7

PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN PARA LA MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

8

MONITORÍA DEL DESEMPEÑO DEL CLÚSTER Y LECCIONES APRENDIDAS

9

LISTAS ESTÁNDARES DE SERVICIOS Y INDICADORES

○

ANNEXOS

## Algunos principios básicos

- ✓ Un llamamiento consolidado de ayuda se desarrolla entre las agencias sobre el terreno, lideradas por el Coordinador Humanitario. Típicamente el proceso toma aproximadamente un mes.

La Agencia Líder, el Coordinador y los socios del Clúster de Salud:

- ✓ contribuyen al desarrollo (por el Coordinador Humanitario y OCHA) general de las prioridades inter-sectoriales y de la estrategia para la respuesta;
- ✓ preparan la sección de salud del plan común de acción humanitaria (CHAP) y proponen un conjunto coherente de proyectos que corresponden a las prioridades y a la estrategia acordadas;
- ✓ monitorizan las contribuciones en referencia al componente de salud del llamamiento consolidado y llevan a cabo una revisión semi-anual.

Una revisión semi-anual debería:

- ✓ *medir* el progreso logrado hacia la consecución de las metas y los objetivos del plan común de acción humanitaria (CHAP) y reportar los hallazgos a los interesados;
- ✓ *determinar* si la estrategia acordada está teniendo el impacto deseado o no, y si es necesario cambiar la estrategia para adaptarse a las nuevas condiciones;
- ✓ *actualizar* el portafolio de proyectos;
- ✓ *redefinir las prioridades* de las actividades y los proyectos humanitarios;
- ✓ *analizar* el financiamiento y, sobre esa base, abogar por el apoyo de los donantes.

## Acciones del Coordinador del Clúster de Salud y del Grupo Sectorial en su conjunto

### *Preparación de un llamamiento consolidado de ayuda*

- Convocar una reunión del Clúster de Salud para planificación – o conformar un grupo técnico de planificación – para preparar propuestas específicas. La reunión o el grupo debe estar co-liderado por una agencia de las Naciones Unidas y una ONG.
- Preparar la sección de salud del Plan Común de Acción Humanitaria como se describe en la sección 5.2.
- Acordar criterios claros para la selección de proyectos a ser incluidos en el llamamiento de ayuda.

- ☑ Las organizaciones que participan en el llamamiento de ayuda preparan plantillas de proyecto de una página acorde con la Guía Técnica del proceso consolidado de llamamiento de ayuda (CAP) y las presentan a l líder y co-líder de la reunión o grupo de planificación. Los proyectos deben responder a las prioridades acordadas y contribuir a la consecución de objetivos específicos de la estrategia de respuesta en salud a la crisis.
- ☑ Lograr acuerdo sobre los proyectos que han de incluirse en el llamamiento de ayuda con base en los criterios previamente seleccionados.
- ☑ Establecer lazos con otros Clústers – en particular con el de Nutrición y el de Agua, Higiene y Saneamiento – para asegurar que todas las actividades relacionadas con la salud pública son complementarias y responden apropiadamente a los problemas prioritarios.

### ***Seguimiento de las contribuciones en relación con un llamamiento de ayuda (monitoría)***

- ☑ Utilizar la base da datos del Servicio de Seguimiento Financiero de OCHA (FTS), para hacer seguimiento de las contribuciones en relación con el componente de salud del llamamiento de ayuda.

La FTS es una base de datos en línea y en tiempo real de las necesidades y las contribuciones de financiamiento humanitario. Proporciona una serie de tablas analíticas que muestran los flujos de ayuda humanitaria para crisis específicas y permite generar tablas a la medida a demanda de los usuarios.

### ***Llevar a cabo una revisión semi-anual***

- ☑ Revisar el componente relativo al sector salud del Plan Común de Acción Humanitaria, a la luz de información actualizada proveniente de evaluaciones y monitoría, y proponer los ajustes necesarios.
- ☑ Revisar todos los proyectos propuestos en el proceso consolidado de llamamiento de ayuda y validar que cada uno es todavía relevante (no se ha tornado inútil) y viable, y que sus presupuestos económicos son adecuados. Las propuestas de proyectos que no cumplan con estos requerimientos deben ser eliminadas, o revisadas por la organización proponente.

1

ROL Y  
FUNCIONAMIENTO  
DE UN CLÚSTER  
DE SALUD

2

COORDINACIÓN  
EFECTIVA

3

EVALUACIÓN  
Y MONITORÍA  
DE LA SITUACIÓN  
DE SALUD

4

ANÁLISIS Y  
PRIORIZACIÓN

5

DESARROLLO DE  
LA ESTRATEGIA Y  
PLANIFICACIÓN

6

ESTÁNDARES

7

PROMOCIÓN Y  
SENSIBILIZA-  
CIÓN PARA LA  
MOVILIZACIÓN  
DE RECURSOS

8

MONITORÍA  
DEL DESEMPEÑO  
DEL CLÚSTER  
Y LECCIONES  
APRENDIDAS

9

LISTAS ESTÁNDAR-  
ES DE SERVICIOS  
Y INDICADORES

○

ANNEXOS

- ☑ Priorizar los proyectos que todavía no hayan sido financiados o que no hayan sido dotados de fondos suficientes, utilizando como mínimo un sistema de dos categorías (alta prioridad y prioridad media).
- ☑ Asegurar que todas las propuestas y proyectos relevantes son tenidos en cuenta (incluso aquellos proyectos relevantes de ONGs, aunque ellos no aparezcan en el documento original de llamamiento de ayuda.<sup>25</sup>

Cada agencia debería mostrar tempranamente a sus oficinas centrales sus proyectos nuevos o revisados durante la revisión semi-anual, para minimizar los malentendidos y los cambios de último minuto.

## Lectura complementaria

### *Preparación de un llamamiento consolidado de ayuda*

- 📖 IASC. *Guidance for CAP project selection and prioritization* (Guía para la selección y priorización de proyectos para el proceso de llamamiento consolidado de ayuda CAP). Comité Permanente entre Organismos (IASC), Junio de 2004.
- 📖 IASC. *Consolidated Appeal Process Guidelines* (Guía para el proceso de llamamiento consolidado de ayuda). Comité Permanente entre Organismos (IASC), 2009.

### *Seguimiento de las contribuciones en relación con un llamamiento de ayuda*

- 📖 OCHA. OCHA field offices and the FTS (*las oficinas de OCHA y el Servicio de Seguimiento Financiero FTS*).

### *Llevar a cabo una revisión semi-anual*

- 📖 OCHA. *Guidelines for mid-year review* (Guía para la revisión semi-anual). Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios, Abril de 2009.

---

<sup>25</sup> Los proyectos que hayan sido financiados, pero que todavía no estén incluidos en el proceso consolidado de llamamiento de ayuda (CAP) deben ser tenidos en cuenta como parte de la revisión semi-anual. (siempre y cuando sean consistentes con el plan común de acción humanitaria), para así medir adecuadamente los fondos en relación con las necesidades.

## 7.4 TRABAJO CON LOS DONANTES – ACCESO A FONDOS DE OTRAS FUENTES

### Trabajo con los donantes

La Agencia Líder y el Coordinador del Clúster de Salud, en representación del Clúster y del sector en general, deben:

- ☑ Tomar la iniciativa de contactar a los representantes locales de los donantes, a las fundaciones y a donantes potenciales del sector privado con representación en el país para explicar las prioridades y las necesidades de recursos del sector salud. Deben hacer un inventario de los intereses particulares de los donantes y mantenerles informados con regularidad.
- ☑ Animar a los donantes potenciales a participar en las reuniones de coordinación y en las sesiones informativas del Clúster.
- ☑ Invitar a los donantes para que se unan a las misiones conjuntas de evaluación y a las visitas a sitios de proyecto. Apoyar las misiones conjuntas de investigación para que los donantes evalúen los hechos.
- ☑ Preparar boletines informativos concisos y presentaciones breves que sean “amigables a los donantes”, incluyendo gráficos. Preparar y suministrar material técnico detallado y presentaciones sólo cuando sean solicitados específicamente por un donante.
- ☑ Facilitar conexiones entre donantes y socios específicos del Clúster, cuando sea apropiado.
- ☑ Establecer un sistema para registrar los contactos con los donantes (propuestas entregadas, indicaciones de interés recibidas).

Idealmente, la planificación conjunta y la implementación coordinada de actividades acordadas deben ser seguidas de *reportes conjuntos a los donantes* – la preparación de un reporte narrativo conjunto para ser presentado a todos los donantes junto con los reportes financieros de cada organización por separado. La Agencia Líder y el Coordinador del Clúster de Salud deben proponer esto a los socios del Clúster y a los donantes y, cuando haya acuerdo al respecto, tomar el liderazgo en la preparación de un

1 ROL Y FUNCIONAMIENTO DE UN CLÚSTER DE SALUD

2 COORDINACIÓN EFECTIVA

3 EVALUACIÓN Y MONITORÍA DE LA SITUACIÓN DE LA SALUD

4 ANÁLISIS Y PRIORIZACIÓN

5 DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN

6 ESTÁNDARES

7 PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN PARA LA MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

8 MONITORÍA DEL DESEMPEÑO DEL CLÚSTER Y LECCIONES APRENDIDAS

9 LISTAS ESTÁNDARES DE SERVICIOS Y INDICADORES

○ ANNEXOS

reporte narrativo general basado en la estrategia y en los resultados esperados presentados previamente en el llamamiento flash urgente o en el llamamiento consolidado.

### Acceso a fondos de otras fuentes (no tradicionales)

En ciertas circunstancias, los fondos para las actividades humanitarias y/o de recuperación temprana deben ser buscados de:

- fondos humanitarios comunes (establecidos por países específicos);
- fondos de fideicomiso multi-donantes;
- el Fondo para la Paz y la Estabilidad de las Comunidades.

Para las actividades de recuperación, se pueden buscar fondos a través del mecanismo del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDAF).

También se pueden buscar fondos de fundaciones y del sector privado.

### Compartir recursos

Cuando hay recursos “puestos en común” disponibles para las acciones en salud:

- ☑ Acordar dentro del Clúster – en una reunión del Clúster – los criterios para la selección de actividades de proyectos en áreas prioritarias y para la adjudicación de recursos a cada agencia.
- ☑ Invitar a las agencias a que presenten propuestas (por ej.: utilizando el formato de aplicación del CERF) de acuerdo a los criterios acordados.
- ☑ Conformar un grupo de evaluación de proyectos incluyendo los representantes de cada uno de los grupos principales de interesados (por ej.: gobierno, grandes ONGs internacionales, grandes ONGs nacionales, pequeñas ONGs nacionales, otras instituciones y donantes nacionales) para revisar las propuestas y seleccionar los proyectos que serán financiados.<sup>26</sup>

---

<sup>26</sup> El mismo grupo de evaluación puede también revisar y seleccionar las propuestas a ser incluidas en el llamamiento flash urgente de ayuda o en el proceso consolidado de llamamiento de ayuda, y en las solicitudes de fondos del CERF.

- ☑ Asegurar que los procedimientos para la transferencia de fondos (por ej.: del CERF) a las organizaciones implementadoras correspondientes son claros y han sido entendidos por todos los involucrados.<sup>27</sup>

### Lectura complementaria

- 📖 Development Initiatives. *Review of trust fund mechanisms for transition financing, Phase 2 Report* (Revisión de los mecanismos de fondos de fideicomiso para la financiación durante períodos de transición, Reporte de la Fase 2). Development Initiatives, 28 de Abril de 2006.
- 📖 PNUD. *Memorandum of Understanding regarding operational aspects of the peacebuilding funds* (memorando de entendimiento acerca de los aspectos operativos de los fondos de construcción de paz). Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2007.
- 📖 Stoddard A, Salomons D, Haver K, Harmer A. *Common funds for humanitarian action in Sudan and the Democratic Republic of Congo: monitoring and evaluation study, Draft 1* (fondos comunes para la acción humanitaria en Sudán y en la República Democrática del Congo: estudio de monitoría y evaluación, Borrador 1), Center in International Cooperation New York University en colaboración con el Humanitarian Policy Group, Overseas Development Institute, Noviembre de 2006.
- 📖 Multi-donors Trust Fund (MDTF) of the United Nations Development Programme (fondo de fideicomiso multi-donante del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo). Más detalles en: <http://www.undp.org/mdtf/overview.shtml>

<sup>27</sup> Por ejemplo, cuando la OMS es la agencia líder del Clúster, los fondos del CERF serán transferidos inicialmente al OMS/HAC en Ginebra, y de allí a las oficinas centrales internacionales de la organización involucrada después de la firma de un acuerdo respectivo. (Esto normalmente habilita a la organización involucrada para comenzar operaciones más rápidamente que si los fondos fuesen transferidos directamente a una cuenta en el país de operaciones).

1

ROL Y  
FUNCIONAMIENTO  
DE UN CLÚSTER  
DE SALUD

2

COORDINACIÓN  
EFECTIVA

3

EVALUACIÓN  
Y MONITORÍA  
DE LA SITUACIÓN  
DE SALUD

4

ANÁLISIS Y  
PRIORIZACIÓN

5

DESARROLLO DE  
LA ESTRATEGIA Y  
PLANIFICACIÓN

6

ESTÁNDARES

7

PROMOCIÓN Y  
SENSIBILIZA-  
CIÓN PARA LA  
MOVILIZACIÓN  
DE RECURSOS

8

MONITORÍA  
DEL DESEMPEÑO  
DEL CLÚSTER  
Y LECCIONES  
APRENDIDAS

9

LISTAS ESTÁNDAR-  
ES DE SERVICIOS  
Y INDICADORES

○

ANEXOS



## 8

## MONITORÍA DEL DESEMPEÑO DEL CLÚSTER Y LECCIONES APRENDIDAS

### **Puntos clave:**

- ✓ La monitoría y la evaluación deben ser parte integral de la estrategia de respuesta.
- ✓ Los socios del Clúster de Salud deben monitorizar colectivamente la implementación de la estrategia general de respuesta en salud a la crisis y asegurar la evaluación de la respuesta general del Clúster/sector de Salud.
- ✓ Cuando el Enfoque de Clúster está implementado por completo y los actores sanitarios participantes trabajan juntos en alianza, el Clúster puede también organizar la monitoría y la evaluación conjuntas de proyectos individuales.
- ✓ La monitoría y la evaluación deben ser sensibles a la perspectiva de género y tener en cuenta otros temas transversales que sean relevantes localmente. (Desde las etapas tempranas de planificación de la respuesta, un grupo de trabajo con múltiples socios puede proporcionar información y lograr consenso sobre indicadores sensibles a la perspectiva de género, así como sobre otros aspectos del diseño y la implementación).
- ✓ La monitoría y la evaluación deben ser participativas, tanto como sea posible. Mientras más participativas sean las actividades, será más probable que representen la verdadera situación y las opiniones de los interesados del sector salud, incluyendo a las comunidades locales.
- ✓ La monitoría debe empezar desde las etapas tempranas de la respuesta y enfocarse en unos pocos indicadores clave. Puede ser refinada y extendida posteriormente. No se debe retardar su comienzo mientras se espera a que sea desarrollado un sistema sofisticado de monitoría.
- ✓ Se debe siempre tener cuidado de no recoger más datos de los que de hecho serán utilizados.
- ✓ Una evaluación concurrente real puede ser útil en las etapas tempranas de la respuesta y el Clúster de Salud debe estar dispuesto a organizar una, o aún mejor, a participar en una evaluación inter-sectorial concurrente.

1

ROL Y  
FUNCIONAMIENTO  
DE UN CLÚSTER  
DE SALUD

2

COORDINACIÓN  
EFECTIVA

3

EVALUACIÓN  
Y MONITORÍA  
DE LA SITUACIÓN  
DE SALUD

4

ANÁLISIS Y  
PRIORIZACIÓN

5

DESARROLLO DE  
LA ESTRATEGIA Y  
PLANIFICACIÓN

6

ESTÁNDARES

7

PROMOCIÓN Y  
SENSIBILIZA-  
CIÓN PARA LA  
MOVILIZACIÓN  
DE RECURSOS

8

MONITORÍA  
DEL DESEMPEÑO  
DEL CLÚSTER  
Y LECCIONES  
APRENDIDAS

9

LISTAS ESTÁNDAR-  
ES DE SERVICIOS  
Y INDICADORES



ANNEXOS

## Productos que se esperan del Clúster de Salud

- ✓ Visitas conjuntas para monitoría; evaluaciones y aprendizaje de lecciones conjuntas.

<b>“Brechas” comunes en relación con los recursos</b> Hallazgos de 10 estudios de caso de país (2004-07)	
Ejemplos	Soluciones propuestas
<b>Monitoría</b> No hay monitoría de la calidad, ni de los desenlaces y los impactos. Donde la monitoría no existe, el foco es sobre la cobertura y sobre las actividades (en particular las de promoción de la salud) y no está ligado a los mecanismos de seguimiento.	Formalizar la asignación de la responsabilidad de llevar a cabo la monitoría de la calidad a una agencia, acompañada de la asignación del presupuesto adecuado. Asegurar que la monitoría incluye el acceso de los grupos vulnerables y se hace desde la base de las perspectivas de género y de edad. Publicar trimestralmente las actividades de la agencia y los resultados utilizando indicadores estándar (en emergencias prolongadas). Enlazar los mecanismos de financiación de programas con el desempeño.
<b>Evaluación</b> No hay evaluación del impacto de los servicios humanitarios de salud a través del sector, desde una perspectiva poblacional.	Llevar a cabo una evaluación de salud interagencias.

## 8.1 MONITORÍA DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RESPUESTA DEL CLÚSTER DE SALUD

La *monitoría* de proyectos/programas es una parte integral del día a día de la gestión de proyectos. Proporciona información con la cual los gestores pueden identificar y resolver los problemas de implementación, y evaluar el progreso en la ejecución de las actividades planeadas. El Coordinador del Clúster de Salud y el Grupo Sectorial en pleno tiene interés en monitorizar la ejecución de la estrategia de respuesta en salud a la crisis y de la contribución colectiva de los socios del Clúster a la respuesta general del sector salud.

Es necesario disponer lo necesario para el *reporte estandarizado de la implementación* por parte de todos los socios del Clúster – y, de ser posible, por todos los actores sanitarios – y para la recepción, la clasificación y el análisis de los reportes. Esto debe hacerse en colaboración con el

MinSalud (o con otras autoridades nacionales relevantes). ¡No debe haber reportaje paralelo, por separado, al Clúster o al MinSalud!

Las *revisiones* conjuntas periódicas son esenciales. Deben participar todos los actores sanitarios involucrados y examinar no sólo el progreso de los diversos tipos de actividades, sino también si el Clúster está logrando sus objetivos en términos de alianzas, estándares y cobertura de las brechas, y si su capacidad de respuesta a las necesidades cambiantes es suficiente. Las revisiones deben examinar datos provenientes tanto de la monitoría de programas como de la vigilancia de situaciones específicas (ver sección 3.4).

Las revisiones semi-anales del llamamiento consolidado de ayuda son ejercicios importantes, pero en algunos casos también puede resultar útil llevar a cabo revisiones intermedias cada 2 o 3 meses.

#### ALGUNAS PREGUNTAS QUE DEBEN HACERSE DURANTE LA MONITORÍA Y LAS REVISIONES<sup>28</sup>

- ¿Qué actividades se están llevando a cabo, y qué progreso se ha logrado?
- ¿Qué tan rápido se están consumiendo los recursos y cómo se compara esa utilización con el progreso en la implementación (productos)? ¿Cómo se comparan los costos incurridos con relación al presupuesto? [eficiencia]
- ¿Se están logrando los resultados deseados (por ej.: visto a través de los resultados actualizados trimestralmente)? [efectividad]
- ¿hasta qué punto estos resultados están apoyando el logro de los propósitos de la estrategia en salud (por ej.: visto a través de un análisis semi-anual)?
- ¿Qué cambios han ocurrido en el contexto general? ¿Todavía son válidos Los supuestos originales?
- ¿Las actividades de respuesta han sido suficientemente refinadas y adaptadas a la luz de la información nueva? [capacidad de respuesta]
- En sí mismo, ¿cómo ha funcionado el Clúster de Salud? ¿Cuál ha sido la calidad de la relación entre los socios?
- ¿Qué tan efectivo ha sido el trabajo con otros Clústers?

1 ROL Y FUNCIONAMIENTO DE UN CLÚSTER DE SALUD

2 COORDINACIÓN EFECTIVA

3 EVALUACIÓN Y MONITORÍA DE LA SITUACIÓN DE SALUD

4 ANÁLISIS Y PRIORIZACIÓN

5 DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN

6 ESTÁNDARES

7 PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN PARA LA MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

8 MONITORÍA DEL DESEMPEÑO DEL CLÚSTER Y LECCIONES APRENDIDAS

9 LISTAS ESTÁNDARES DE SERVICIOS Y INDICADORES

○ ANNEXOS

<sup>28</sup> Manual Project Cycle Management (*manual de gestión del ciclo de proyecto*), Junio de 2005, Comisión Europea, ECHO.

## Acciones del Coordinador del Clúster de Salud y del Grupo Sectorial en su conjunto

- ☑ Lograr un estado actualizado de actividades – y el mapa actualizado de actores quién-qué-dónde – en cada una de las reuniones de coordinación al conseguir que los socios introduzcan la información nueva en plantillas provistas para ese efecto (¡no a través de largas declaraciones durante una sesión plenaria!)
- ☑ Organizar las revisiones semi-anales con la periodicidad requerida, así como revisiones intermedias si los socios del Clúster acuerdan que estás pueden ser útiles.

### Lectura complementaria

- 📖 IASC. *Guidelines CAP mid-year review* (guía para la revisión semi-anual del proceso consolidado de llamamiento de ayuda). Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios, Abril de 2009.
- 📖 Proyecto Esfera. *Carta Humanitaria y Normas mínimas de respuesta humanitaria en casos de desastre; edición revisada*. Ginebra, 2004.



## 8.2 ORGANIZACIÓN DE LAS EVALUACIONES Y DE EJERCICIOS DE LECCIONES APRENDIDAS<sup>29</sup>

Una evaluación debe suministrar información que sea creíble y útil, permitiendo la incorporación de lecciones aprendidas al proceso de toma de decisiones tanto de los receptores como de los donantes. Una evaluación se puede llevar a cabo durante la implementación (“medio-término”), a su final (“evaluación final”) o después (“evaluación ex post”), ya sea para ayudar a dirigir el proyecto o para sacar lecciones para futuros proyectos y programas.<sup>30</sup>

Una definición ampliamente aceptada de la OCDE, estableció cinco criterios básicos de evaluación: la relevancia y el cumplimiento de los objetivos; la eficiencia; la efectividad; el impacto; y la sostenibilidad.

<sup>29</sup> El Clúster Global de Salud no ha desarrollado (todavía) guías específicas sobre este tema. Esta sección presenta una recolección de algunos principios bien establecidos y sugiere cómo debería aproximarse un Clúster de Salud del nivel de país a los temas de las evaluaciones y los ejercicios de lecciones aprendidas.

<sup>30</sup> *Manual project cycle management* (Manual de gestión del ciclo de proyecto), Comisión Europea, ECHO, Junio de 2005.

ALNAP<sup>31</sup> ha sugerido tres criterios más para la evaluación de acciones humanitarias: la conectividad, la coherencia y la cobertura.

## Principios clave para las evaluaciones y los ejercicios de lecciones aprendidas

- ✓ Las evaluaciones y los ejercicios de lecciones aprendidas conjuntos deben ser organizados – usualmente por separado – en los momentos apropiados. Deben realizarse en un momento en el cual sea posible generar información que sea precisa, confiable y útil.
- ✓ Pueden ser organizados a nivel nacional o dentro de zonas operativas determinadas. Deben identificar temas de salud y asuntos operativos críticos y afinar las estrategias para responder a ellos. Se deben identificar las áreas de debilidad para que se puedan tomar pasos para rectificarlas. Los hallazgos deben llevar a recomendaciones operativas, técnicas, y de políticas.
- ✓ Una evaluación concurrente (“en tiempo real”) puede ser apropiada durante las primeras etapas de una operación humanitaria de gran envergadura. El propósito será asegurar los mejores desenlaces posibles para las poblaciones afectadas, a través de la identificación – y la sugerencia de soluciones – de problemas en la coordinación, la planificación y la gestión de la respuesta, así como asegurar la rendición de cuentas.
- ✓ Para toda crisis de gran envergadura, se debe llevar a cabo un ejercicio final de lecciones aprendidas no más tarde de un mes después del final de las operaciones humanitarias. El ejercicio debe cubrir tanto los aspectos programáticos como los operativos. Esto debe estar incluido en el plan y en el presupuesto de trabajo del Clúster/grupo de coordinación sectorial.
- ✓ El propósito de cada evaluación o ejercicio de lecciones aprendidas debe estar definido claramente, y sus términos de referencia (TdR) han de ser redactados cuidadosamente – ver el recuadro siguiente – y se debe establecer un presupuesto adecuado.
- ✓ Las evaluaciones y los ejercicios de lecciones aprendidas deben revisar el desempeño no sólo en relación con la estrategia definida para la respuesta en salud a la crisis, sino también en com-

1 ROL Y FUNCIONAMIENTO DE UN CLÚSTER DE SALUD

2 COORDINACIÓN EFECTIVA

3 EVALUACIÓN Y MONITORÍA DE LA SITUACIÓN DE LA SALUD

4 ANÁLISIS Y PRIORIZACIÓN

5 DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN

6 ESTÁNDARES

7 PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN PARA LA MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

8 MONITORÍA DEL DESEMPEÑO DEL CLÚSTER Y LECCIONES APRENDIDAS

9 LISTAS ESTÁNDARES DE SERVICIOS Y INDICADORES

○ ANNEXOS

<sup>31</sup> ALNAP es la “Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action” (*red activa de aprendizaje para la rendición de cuentas y el desempeño en acción humanitaria*) y fue establecida en 1997, después de una evaluación multi-agencias del genocidio de Ruanda. Ver: <http://www.alnap.org/>

paración con las metas de reducción de la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitables; de la restauración de la provisión de, y el acceso equitativo a, la atención preventiva y curativa; y de la mejora de la capacidad de respuesta a los cambios en la situación de crisis.

- ✓ Un factor clave del éxito de las evaluaciones de programas sectoriales es el que estén involucrados todos los socios del sector, incluyendo el MinSalud, en la planificación de la evaluación para asegurar la apropiación de los resultados. Todos los actores sanitarios principales deben participar en la planificación del ejercicio y estar de acuerdo en los TdR. (¡La evaluación de un programa sectorial es más compleja que la evaluación de una sola intervención!)
- ✓ Se debe designar un director de evaluación para cada ejercicio de evaluación o de lecciones aprendidas. Él/ella debe poder dedicar tiempo suficiente para administrar el proceso. Los equipos de evaluación deben incluir una mezcla de conocimientos y experiencia relevantes, y ser balanceados en cuanto al género.
- ✓ Los reportes, los hallazgos y las recomendaciones deben ser diseminadas oportunamente a todos los interesados y se debe llamar la atención de los administradores que necesitan conocer esta información para tomar acción.
- ✓ Se debe preparar un plan de acción para dar seguimiento a las recomendaciones. El plan ha de especificar claramente las responsabilidades para la ejecución de las acciones de seguimiento y se debe llevar a cabo la monitoría de su implementación.

Hay que tener cuidado de que se hace la distinción necesaria entre “efectividad” y “eficiencia”, y que estas son evaluadas por separado:

- La *efectividad* es una medida del grado en el que se han obtenido los resultados deseados de una intervención (sus objetivos específicos).
- La *eficiencia* es una medida de la relación ente salidas (los productos elaborados o servicios provistos por una intervención) y las entradas (los recursos utilizados por la intervención).

### **Acciones del Coordinador del Clúster de Salud y del Grupo Sectorial en su conjunto**

Trabajar con el MinSalud y con otros actores sanitarios importantes, en la medida necesaria, para:

- ☑ Identificar los tiempos correctos para la realización conjunta de una evaluación o un ejercicio de lecciones aprendidas, y obtener para esta propuesta el apoyo de los interesados más importantes.

- ☑ Organizar un proceso de consulta para: (i) identificar tanto los asuntos (las áreas generales que deben ser exploradas) como las preguntas específicas que deben ser contestadas; y (ii) llegar a un acuerdo sobre los TdR y sobre un plan para la evaluación y/o el ejercicio.
- ☑ Asegurar la designación de un director de evaluación y apoyarle a él/ella en la medida necesaria.

### ELABORACIÓN DE TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA UNA EVALUACIÓN O UNOS EJERCICIOS DE LECCIONES APRENDIDAS

Cualquiera que sea el propósito y el enfoque, unos TdR bien pensados son importantes. Deben ser directamente relevantes a las decisiones que han de tomar los usuarios previstos. El tiempo y el esfuerzo invertidos en la preparación de unos buenos TdR tienen grandes recompensas en términos de la calidad resultante, la relevancia y la utilidad.

- ✓ Los TdR deben describir detalladamente los objetivos (propósitos) del ejercicio, la metodología que se ha de utilizar, los pasos que se deben seguir, y los roles y las responsabilidades de todas las partes involucradas.
- ✓ Las preguntas deben estar limitadas a los asuntos más importantes, y deben ser sólo aquellas que de manera realista se puedan contestar en las circunstancias imperantes; hay que priorizarlas.
- ☺ ¡No sobrecargar los TdR! La sobrecarga es un problema frecuente cuando muchas personas añaden sus propias preguntas, especialmente en las evaluaciones conjuntas por varias agencias. La necesidad de enfocarse requiere una priorización de las necesidades diversas de los distintos usuarios o partes interesadas posibles.
- ☺ Se debe ser cauteloso a la hora de combinar los propósitos de aprendizaje de lecciones y de rendición de cuentas en una misma evaluación – los asuntos pertinentes y los usuarios previstos son diferentes y esto puede resultar en ambigüedades en el énfasis y en los enfoques.

Los TdR son tan importantes para los equipos internos como para los externos, aunque los equipos externos pueden necesitar mayor detalle sobre los antecedentes del contexto y sobre las audiencias y los usos previstos. Puede ser necesario traducir los TdR para su uso en el país. Para una evaluación *sectorial amplia*, todos los interesados deben estar de acuerdo con los TdR. Puede ser necesario adaptar/developar las metodologías y herramientas que se van a utilizar y probarlas sobre el terreno durante la fase inicial de diseño.

1

ROL Y  
FUNCIONAMIENTO  
DE UN CLÚSTER  
DE SALUD

2

COORDINACIÓN  
EFECTIVA

3

EVALUACIÓN  
Y MONITORÍA  
DE LA SITUACIÓN  
DE SALUD

4

ANÁLISIS Y  
PRIORIZACIÓN

5

DESARROLLO DE  
LA ESTRATEGIA Y  
PLANIFICACIÓN

6

ESTÁNDARES

7

PROMOCIÓN Y  
SENSIBILIZA-  
CIÓN PARA LA  
MOVILIZACIÓN  
DE RECURSOS

8

MONITORÍA  
DEL DESEMPEÑO  
DEL CLÚSTER  
Y LECCIONES  
APRENDIDAS

9

LISTAS ESTÁNDAR  
DE SERVICIOS Y  
INDICADORES

○

ANNEXOS

## EL ROL DE UN DIRECTOR DE EVALUACIÓN

El director de evaluación es parte del equipo de evaluación, aunque tiene un rol y una perspectiva espaciales. Entre otras cosas, él/ella debe:

- ✓ *Asegurar la preparación financiera y logística:* es necesario llevar a cabo una presupuestación y unos preparativos logísticos pormenorizados – no se deben sub-estimar el costo, el tiempo, y los recursos requeridos, especialmente para el componente de trabajo de campo de una evaluación
- ✓ *Dedicar un tiempo adecuado al proceso,* ser sistemático (en la planificación y la supervisión), sensible (a las necesidades del equipo y de otros involucrados), y estar orientado hacia las soluciones (anticipar los problemas que inevitablemente van a surgir y responder prontamente a ellos)
- ✓ *Asegurar que se permite el tiempo suficiente* para construir el nivel adecuado de interacción y de reportaje continuo entre el equipo de evaluación, el director de evaluación, el personal operativo y otros interesados.
- ✓ *Asegurar el seguimiento* – que los reportes/hallazgos y las recomendaciones sean diseminados prontamente a todos los interesados y puestos a la atención de los administradores que necesitan saber y tomar decisiones.

### Lectura complementaria

-  Beck T. *Evaluating humanitarian action using the OEDCDAC criteria. An ALNAP guide for humanitarian agencies* (Evaluación de la acción humanitaria utilizando los criterios del Comité de Ayuda para el Desarrollo de la OCDE. Una guía para las agencias humanitarias). Londres: Overseas Development Institute, Marzo de 2006.
-  IHE. *Guidelines for implementing interagency health and nutrition evaluations in humanitarian crises* (Guía para la implementación de evaluaciones interagencias en salud y nutrición durante crisis humanitarias). Inter-Agency Health and Nutrition Evaluations in Humanitarian Crisis (IHE) Initiative, August 2007.
-  Turner R, Baker J, Zaw MO, Naing SA. *Inter-agency real time evaluation of the response to Cyclone Nargis* (Evaluación interagencias en tiempo real de la respuesta al ciclón Nargis). Diciembre 17 de 2008.

## 9

## LISTAS ESTÁNDARES DE SERVICIOS E INDICADORES

### 9.1 NIVELES DE ATENCIÓN EN SALUD, SUBSECTORES Y SERVICIOS

La siguiente lista estándar de sub-sectores y servicios de salud se utiliza para todos los propósitos de recolección, registro y análisis de datos, incluyendo HeRAMS, la evaluación inicial rápida (IRA) y otras evaluaciones (ver secciones 3.2, 3.3, y 3.4), y para la identificación de brechas y la planificación (ver secciones 4.1 y 5.1). La lista de sub-sectores también se utiliza en la base de datos 4W gestionada por OCHA.

1 ROL Y  
FUNCIONAMIENTO  
DE UN CLÚSTER  
DE SALUD

2 COORDINACIÓN  
EFECTIVA

3 EVALUACIÓN  
Y MONITORÍA  
DE LA SITUACIÓN  
DE SALUD

4 ANÁLISIS Y  
PRIORIZACIÓN

5 DESARROLLO DE  
LA ESTRATEGIA Y  
PLANIFICACIÓN

6 ESTÁNDARES

7 PROMOCIÓN Y  
SENSIBILIZA-  
CIÓN PARA LA  
MOVILIZACIÓN  
DE RECURSOS

8 MONITORÍA  
DEL DESEMPEÑO  
DEL CLÚSTER  
Y LECCIONES  
APRENDIDAS

9 LISTAS ESTÁNDA-  
RES DE SERVICIOS  
Y INDICADORES

○ ANNEXOS

## LISTA DE CHEQUEO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

por nivel de atención y sub-sectores de salud, para chequeo en cada punto de servicio de las intervenciones llevadas a cabo en unidades fijas de salud/clínicas móviles/base comunitaria

Nivel de atención	Area/ Sub-sectores		Servicios de salud (Servicios de salud reproductiva del MISP en negrita)	
C. Atención a nivel comunitario	C0	Recolección de estadísticas vitales	C01	Muertes y nacimientos
			C02	Otros: por ej.: movimientos de población; registro de mujeres embarazadas y de recién nacidos
	C2	Salud infantil	C21	Componente comunitario de AIEPI: Información, Educación y Comunicación (IEC) de la cuidadora del niño + hallazgo activo de casos
			C22	Tratamiento domiciliario de: fiebre/Malaria/IRA/neumonía, deshidratación debida a diarrea aguda
			C23	Movilización y apoyo comunitario para campañas de vacunación masiva y/o administración masiva de medicamentos/tratamientos
	C3	Nutrición	C31	Tamizaje de malnutrición aguda (con la medida del perímetro del tercio medio del brazo – MUAC)
			C32	Seguimiento de niños incluidos en alimentación suplementaria/terapéutica (seguimiento de casos de no cumplimiento)
			C33	Atención terapéutica de malnutrición aguda a nivel comunitario
	C4	Enfermedades transmisibles	C41	Control de vectores (IEC + redes mosquiteras impregnadas + fumigación dentro y fuera de los hogares)
			C42	Movilización y apoyo comunitario para campañas de vacunación masiva y/o administración masiva de medicamentos/tratamientos
			C43	IEC sobre enfermedades prioritarias localmente (por ej.: autoreferencia de TB, autoreferencia de Malaria, otras)
	C5	ETS & VIH/ SIDA	C51	Promoción y sensibilización de/por los líderes comunitarios sobre ETS/VIH
			C52	IEC sobre prevención de ETS/VIH y comunicación sobre cambios de comportamiento
			C53	<b>Asegurar el acceso a condones gratuitos</b>

Nivel de atención	Area/ Sub-sectores		Servicios de salud (Servicios de salud reproductiva del MISIP en negrita)	
<b>C. Atención a nivel comunitario</b>	C6	Salud materna & neonatal	C6I	<b>Parto limpio en el domicilio</b> , incluyendo distribución de kits de parto limpio a mujeres visiblemente embarazadas, IEC y comunicación sobre cambios de comportamiento, conocimiento de signos de peligro y dónde/cuándo acudir por ayuda, apoyo de lactancia materna
	C7	Enfermedades no-transmisibles, heridas y salud mental	C8I	Promoción de auto-cuidado, proveer atención básica en salud y apoyo psicosocial, identificación y referencia de casos graves para tratamiento, proveer el seguimiento necesario a personas que sufren de condiciones de salud, discapacidades y problemas mentales crónicos, que son dadas de alta de los servicios sanitarios y sociales a nivel institucional
	C8	Salud medioambiental	C9I	IEC sobre promoción de higiene, agua y saneamiento, movilización comunitaria para campañas de limpieza y/u otras actividades de saneamiento
<b>P. Atención primaria</b>	P1	Servicios clínicos generales	P1I	Servicios ambulatorios
			P12	Laboratorio básico
			P13	Capacidad para hospitalización de corta estancia (5-10 camas)
			P14	Capacidad para la referencia: procedimientos de referencia, medios de comunicación, transporte
	P2	Salud infantil	P21	EPI: inmunización rutinaria contra todas las enfermedades objetivo a nivel nacional y cadena de frío adecuada en funcionamiento
			P22	Clínica para menores de 5 años realizada por personal sanitario entrenado en AIEPI
			P23	Tamizaje de subnutrición/malnutrición (monitoreo de crecimiento, MUAC, o Peso/Talla, Talla/Edad)
	P3	Nutrición	P31	Manejo de malnutrición aguda moderada
			P32	Manejo de malnutrición aguda severa

1

2

3

4

5

6

7

8

9

Nivel de atención	Area/ Sub-sectores		Servicios de salud (Servicios de salud reproductiva del MISAP en negrita)	
P. Atención primaria	P4	Enfermedades transmisibles	P41	Sitio centinela para el sistema de alerta temprana para las enfermedades con potencial epidémico, y la respuesta a los brotes (EWARS)
			P42	Diagnóstico y tratamiento de Malaria
			P43	Diagnóstico y tratamiento de TB
			P44	Otras enfermedades transmisibles relevantes localmente (por ej.: enfermedad del sueño)
	Área de salud sexual & reproductiva	P5 ETS & VIH/SIDA	P51	Manejo sintomático de las infecciones de transmisión sexual
			P52	<b>Precauciones estándar:</b> jeringas y agujas desechables, contenedores seguros para la disposición de elementos cortopunzantes, Equipo de protección personal, esterilizador, P 91
			P53	<b>Disponibilidad de condones gratuitos</b>
			P54	Profilaxis y tratamiento de infecciones oportunistas
			P55	Asesoría y tratamiento de VIH
			P56	Prevención de la transmisión madre-hijo de VIH (PMTCT)
			P57	Tratamiento antirretroviral (ART)
	Área de salud sexual & reproductiva	P6 Salud materna & neonatal	P61	Planificación familiar
			P62	Atención prenatal: evaluar plan para atención de embarazo, parto y plan de emergencia, responder a problemas (observados y/o reportados), aconsejar/ asesorar cuando sea apropiado sobre nutrición & lactancia materna, autocuidado y planificación familiar, y
			P63	Atención calificada durante el nacimiento para un parto normal limpio y seguro
P64			<b>Cuidado esencial al recién nacido:</b> resucitación neonatal + calor (método recomendado: Método Madre Canguro) + profilaxis ocular + cuidado limpio del cordón + lactancia materna temprana y exclusiva	

Nivel de atención	Area/ Sub-sectores		Servicios de salud (Servicios de salud reproductiva del MISP en negrita)	
<b>P. Atención primaria</b>	<b>Área de salud sexual &amp; reproductiva</b>	P6 Salud materna & neonatal	P65	<b>Atención Obstétrica Básica de Emergencia (BEmOC):</b> antibióticos parenterales + medicamentos oxitócicos/ anticonvulsivantes + remoción manual de la placenta + remoción de productos retenidos con aspiración con vacío manual (MVA) + parto vaginal asistido <b>24/24 &amp; 7/7</b>
			P66	Atención post-parto: examen de la madre y el recién nacido (hasta las 6 semanas), respuesta a signos observados, apoyo a la lactancia materna, promoción de la planificación familiar
			P67	Atención integral del aborto: aborto inducido seguro para todas las indicaciones legales, evacuación uterina utilizando MVA u otros métodos médicos, antibióticos profilácticos, tratamiento de las complicaciones del aborto, asesoramiento sobre aborto y contracepción post-aborto
		P7 Violencia sexual	P71	<b>Manejo clínico de sobrevivientes de violación</b> (incluyendo apoyo psicosocial)
			P72	<b>Contracepción de emergencia</b>
			P73	<b>Profilaxis post-exposición (PEP) para las enfermedades infecciosas de transmisión sexual &amp; VIH</b>
		<b>P. Atención primaria</b>	P8 Enfermedades no-transmisibles, heridas y salud mental	P81
P82	Tratamiento de la Hipertensión			
P83	Tratamiento de la Diabetes			
P84	Atención en salud mental: apoyo para la ansiedad y la angustia agudas, manejo en línea de frente de trastornos mentales comunes y severos			
P9 Salud medioambiental	P91		Disposición y manejo seguros de los residuos producidos en las instalaciones sanitarias	

1

2

3

4

5

6

7

8

9

Nivel de atención	Area/ Sub-sectores		Servicios de salud (Servicios de salud reproductiva del MISP en negrita)	
S. Atención de segundo y tercer nivel	S1	Servicios clínicos generales	S11	Servicios intrahospitalarios (salas de admisión para medicina, pediatría, y obstetricia y ginecología)
			S12	Cirugía de emergencia y electiva
			S13	Servicios de laboratorio (incluyendo el laboratorio de salud pública)
			S14	Servicio de banco de sangre
			S15	Servicio de Rayos X
	S2	Salud infantil	S21	Manejo de niños clasificados con enfermedades severas o muy severas (líquidos y medicamentos parenterales, O2)
	S6	Salud materna & neonatal	S61	<b>Atención Obstétrica Integral de Emergencia:</b> BEmOC + cesárea + transfusión sanguínea segura
	S8	Enfermedades no-transmisibles, heridas y salud mental	S81	Rehabilitación de heridas y discapacidades
			S82	Atención psiquiátrica y asesoramiento psicológico ambulatorios
			S83	Unidad de hospitalización psiquiátrica aguda.

## 9.2 INDICADORES Y VALORES DE REFERENCIA

La siguiente tabla presenta algunos indicadores comúnmente utilizados junto con sus valores de referencia ampliamente aceptados. La tabla provee orientación sobre cómo estimar las tasas de mortalidad.

SET DE INDICADORES CLAVE Y VALORES DE REFERENCIA PARA CADA CATEGORÍA SUGERIDOS POR EL CLUSTER GLOBAL DE SALUD					
Categoría	#	Nombre del Indicador	Tipo	Método de recolección de datos	Valores de referencia
Disponibilidad de los recursos de salud	A.1	Población promedio por Unidad de Salud (US), por tipo de US y por unidad administrativa	Entrada, <i>dato testigo</i> <sup>32</sup>	HeRAMS	Estándares ESFERA: 10 000 por 1 Unidad de Salud, 50 000 por 1 Centro de Salud, 250 000 por 1 Hospital Rural/ de Distrito
	A.2	Número de US con Atención Obstétrica Básica de Emergencia /cada 500,000 de población, por unidad administrativa	Entrada, <i>dato testigo</i>	HeRAMS	>= 4 US con Atención Obstétrica Básica de Emergencia /500,000
	A.3	Número de US con Atención Obstétrica Integral de Emergencia /cada 500,000 de población, por unidad administrativa	Entrada	HeRAMS	>= 1 US con Atención Obstétrica Integral de Emergencia /500,000
	A.4	Porcentaje de US sin existencias de un medicamento esencial seleccionado en 4 grupos de medicamentos, por unidad administrativa	Entrada	Evaluación Inicial Rápida	100%
	A.5	Número de camas hospitalarias por 10 000 de población (admisión general & maternidad), por unidad administrativa	Entrada	HeRAMS	> 10
	A.6	Porcentaje de US con manejo clínico de supervivientes de violación + contracepción de emergencia + profilaxis post-exposición (PEP) disponible	Entrada	HeRAMS	100%

<sup>32</sup> Dato testigo o “dato representativo” (en inglés: “proxy”): es un valor que refleja/representa de manera integral un aspecto clave del funcionamiento, o de los resultados, de la totalidad de un sistema o sub-sistema; por ej.: la capacidad instalada de servicios.

Categoría	#	Nombre del Indicador	Tipo	Método de recolección de datos	Valores de referencia
	A.7	Número de trabajadores sanitarios (medico/a + enfermero/a + partera) por 10 000 de población por unidad administrativa (% h/m)	Entrada	HeRAMS	> 22
	A.8	Número de Trabajadores Comunitarios de Salud por 10 000 de población, por unidad administrativa	Entrada	HeRAMS	>= 10
Cobertura de los servicios de salud	C.1	Número de consultas ambulatorias por persona, por año, por unidad administrativa	Salida, <i>dato testigo</i>	SIS/ EWARS	> = 1 visita nueva/ persona por año
	C.2	Número de consultas por trabajador clínico, por día, por unidad administrativa	Salida	SIS	Menos de 50/día por trabajador clínico
	C.3	Cobertura de vacunación contra el Sarampión (6 meses-15 años)	Salida	SIS, encuesta	> 95% en campos o en áreas urbanas > 90% en áreas rurales
	C.4	Cobertura de DPT3 en < 1 de un año, por unidad administrativa	Salida	SIS, encuesta	> 95%
	C.5	Porcentaje de nacimientos atendidos por un asistente entrenado	Salida	SIS, encuesta	> 90%
	C.6	Porcentaje de partos por sección cesárea, por unidad administrativa	Salida	Vigilancia prospectiva con base en las US	>= 5% and <= 15%
Factores de riesgo	R.1	Número de casos o tasa de incidencia de enfermedades seleccionadas relativas al contexto local (cólera, sarampión, meningitis aguda, otras)	Desenlace	EWARS, evaluación inicial rápida, vigilancia prospectiva con base en las US, encuestas	Medir las tendencias
	R.1	Número de casos o tasa de incidencia de enfermedades seleccionadas relativas al contexto local (cólera, sarampión, meningitis aguda, otras)	Desenlace	EWARS, evaluación inicial rápida, vigilancia prospectiva con base en las US, encuestas	Medir las tendencias
	R.2	Número de casos o incidencia de violencia sexual	Desenlace	Vigilancia prospectiva con base en las US, encuestas	Medir las tendencias
	R.3	Tasa de fatalidad (CFR) para las enfermedades más comunes	Desenlace, <i>dato testigo</i>	Vigilancia prospectiva con base en las US	Medir las tendencias

Categoría	#	Nombre del Indicador	Tipo	Método de recolección de datos	Valores de referencia
Factores de riesgo	R.4	Mortalidad proporcional	Desenlace, dato testigo	Vigilancia prospectiva con base en las US	Medir las tendencias
	R.5	Número de admisiones para tratamiento con alimentación complementaria y al centro de alimentación terapéutica	Desenlace, dato testigo	Vigilancia prospectiva con base en las US	Medir las tendencias
	R.6	Proporción/número de casos detectados de Malnutrición Aguda Global (GAM) y Malnutrición Aguda Severa (SAM) en menores de 5 tanto en ambulatorios como en hospitalizados	Desenlace, dato testigo	Vigilancia prospectiva con base en las US, en los centros de alimentación terapéutica y en los centros de alimentación complementaria	Medir las tendencias
	R.7	Proporción de personas con <15L de agua/día			Medir las tendencias
Desenlaces en salud	O.1	Tasa de Mortalidad de Casos	Desenlace	Encuesta de Hogares	$\geq 2 \times$ tasa inicial $O > 1/10\ 000$ por día*
	O.2	Tasa de Mortalidad en Menores de 5 (U5MR)	Desenlace	Encuesta de Hogares	$\geq 2 \times$ tasa inicial $O > 2/10\ 000$ por día*
	O.3	Prevalencia de Malnutrición Aguda Global	Desenlace	Encuesta de Hogares	$< 10\ %$ , medir las tendencias
	O.4	Prevalencia de Malnutrición Aguda Severa	Desenlace	Encuesta de Hogares	Medir las tendencias
	O.5	Porcentaje de la población en el quintil de peor funcionamiento, incluyendo aquellos con dificultades severas o extremas de funcionalidad.	Desenlace	WHODAS 2.0*, Encuesta de población	Los umbrales deben definirse de acuerdo al contexto local y a la naturaleza de la crisis. Medir las tendencias

\* Üstün B, Kostanjsek N, Chatterji S, Rehm J (eds.). *Measuring health and disability, Manual for WHO disability assessment schedule* (Medición de la salud y la discapacidad, manual para el programa de evaluación de la discapacidad de la OMS), WHODAS 2.0. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010.

## ESTIMACIÓN DE TASAS DE MORTALIDAD

Para que sea posible comparar las tasas de mortalidad a lo largo del tiempo, ya sea en la misma población o entre distintas poblaciones, los registros de muertes deben ser convertidos en tasas utilizando como estándar una misma *población como denominador y un período de tiempo* también estandarizado. Dependiendo de la situación, las tasas de mortalidad se expresan en una de dos maneras:

<i>Situación</i>	<i>Frecuencia usual de recolección de datos</i>	<i>Cálculo de la tasa de mortalidad</i>
período de emergencia aguda	diariamente, o cada pocos días	Muertes/10 000/día
Cuando se ha estabilizado la situación de salud	una vez al mes	Muertes /1000/mes

Nota Bene: En muchas situaciones, sólo se cuenta con un estimativo aproximado de la población total y pueden estar ocurriendo movimientos de población con altas tasas de desplazamiento hacia dentro y hacia fuera. El denominador es entonces cambiante e incierto. En esos casos, se debe calcular la tasa de mortalidad utilizando el promedio (le media aritmética) de los estimativos de población durante el período estudiado.

## Lectura complementaria

-  CDC, WFP. *A manual: measuring and interpreting mortality and malnutrition* (Manual para la medida e interpretación de mortalidad y malnutrición). Centers for Diseases Control and Prevention, World Food Programme, 2005.
-  Checchi F, Roberts L. *Interpreting and using mortality data in humanitarian emergencies* (Interpretación y utilización de datos de mortalidad en emergencias humanitarias). HPN Network Paper No. 52, Sept. 2005.
-  SMART. *Measuring mortality, nutritional status, and food security in crisis situations: SMART methodology* (Medición de mortalidad, estado nutricional, y seguridad alimentaria en situaciones de crisis: la metodología SMART). Versión 1, abril de 2006.

1

ROL Y  
FUNCIONAMIENTO  
DE UN CLÚSTER  
DE SALUD

2

COORDINACIÓN  
EFECTIVA

3

EVALUACIÓN  
Y MONITORÍA  
DE LA SITUACIÓN  
DE SALUD

4

ANÁLISIS Y  
PRIORIZACIÓN

5

DESARROLLO DE  
LA ESTRATEGIA Y  
PLANIFICACIÓN

6

ESTÁNDARES

7

PROMOCIÓN Y  
SENSIBILIZA-  
CIÓN PARA LA  
MOVILIZACIÓN  
DE RECURSOS

8

MONITORÍA  
DEL DESEMPEÑO  
DEL CLÚSTER  
Y LECCIONES  
APRENDIDAS

9

LISTAS ESTÁNDAR-  
ES DE SERVICIOS  
Y INDICADORES



ANNEXOS



## LO QUE USTED ENCONTRARÁ EN EL CD ROM ADJUNTO (La lista detallada de lo referido en la tabla de contenido en las páginas 7-8)

### 1. La versión electrónica de la *Guía del Clúster de Salud*

### 2. Las herramientas del Clúster de Salud

### 3. Los anexos a la *Guía del Clúster de Salud*

### 4. Los documentos relevantes de referencia:

- ACNUR (2006). *Tool for participatory assessment in operations*.
- ACNUR (2008). *Public health facility toolkit – Tool for the evaluation of public health facilities*.
- Beck T (2006). *Evaluating humanitarian action using the OEDCDAC criteria. An ALNAP guide for humanitarian agencies*.
- CDC, WFP (2005). *A manual: measuring and interpreting mortality and malnutrition*.
- CEPAL (2003). *Handbook for estimating the socio-economic and environmental effects of disasters*.
- Checchi F, Roberts L (2005). *Interpreting and using mortality data in humanitarian emergencies*.
- Cluster Global de Salud (2007). *Gap guidance materials – Assisting the health sector coordination mechanism to identify and fill gaps in the humanitarian response*.
- Cluster Working Group on Early Recovery (2008). *Guidance note on early recovery*.
- Darcy J, Hofmann C-A (2003). *According to need? Needs assessment and decision-making in the humanitarian sector*.
- Development Initiatives (2006). *Review of trust fund mechanisms for transition financing. Phase 2 Report*.
- FEWER, International Alert, Saferworld (2004). *Conflict-sensitive approaches to development, humanitarian assistance and peace-building: A resource pack*.
- Global Wash Cluster Coordination Project (2009). *WASH Cluster Coordinator Handbook*.
- Griekspoor A, Loretti A, Colombo A (2005). *Tracking the performance of essential health and nutrition services in humanitarian responses*.
- Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis (2010). *Manual de trabajo interinstitucional sobre salud reproductiva en escenarios humanitarios. Revisión 2010 para Informe de Trabajo*.
- IASC (2003). *Directrices para las intervenciones relacionadas con el VIH/SIDA en contextos de emergencia*.
- IASC (2004). *Guidance for CAP project selection and prioritization*.
- IASC (2005). *Directrices aplicables a las intervenciones contra la violencia por razón de género en situaciones humanitarias enfoque sobre la prevención y la respuesta contra la violencia sexual en situaciones de emergencia*.
- IASC (2006). *Guidance note on using the cluster approach to strengthen humanitarian response*.
- IASC (2006). *Mujeres, niñas, niños y hombres, necesidades diferentes, iguales oportunidades. Manual de género para la acción humanitaria*.
- IASC (2006). *Strengthening NGOs participation in the IASC, a discussion paper*.
- IASC (2007). *Advocating with national authorities, Contingency planning, Coordination meetings, Information management, Leadership in clusters and building consensus, Shared assessment and analysis. Cluster-Sector Leadership Training Tip Sheet*.
- IASC (2007). *CERF life-saving criteria and sectoral activities guidelines*.
- IASC (2007). *Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes*.
- IASC (2007). *Inter-agency contingency planning guidelines*.
- IASC (2007). *Need Analysis Framework, strengthening the analysis and presentation of humanitarian needs in the CAP*.
- IASC (2007). *Operational guidance on designating sector/cluster leads in major new emergencies*.
- IASC (2007). *Operational guidance on designating sector/cluster leads in ongoing emergencies*.
- IASC (2007). *Operational guidance on responsibilities of cluster/sector leads and OCHA in information management*.
- IASC (2007). *Principles of partnership, a statement of commitment*.
- IASC (2008). *Operational guidance for cluster lead agencies on working with national authorities*.
- IASC (2008). *Operational guidance on the concept of "Provider of Last Resort"*.
- IASC (2009). *Consolidated Appeal Process Guidelines*.
- IASC (2009). *Guidelines CAP mid-year review*.
- IASC (2009). *Initial rapid assessment tool guidance note*.
- IASC (2009). *Revised flash appeal guidance*.
- IASC Working Group (2007). *Rome statement on cluster roll-out*.
- IASC, Cluster Global de Salud (2008). *Health Cluster guidance note on health recovery*.
- IHE (2007). *Guidelines for implementing interagency health and nutrition evaluations in humanitarian crises*.
- Islam, M (ed.) (2007). *Health systems assessment approach: A how-to manual*.
- MSF (1996). *Management of a measles epidemic*.
- MSF (1997). *Refugee health: an approach to emergency situations*.
- MSF (2007). *Obstetrics in remote settings: a guide for non-specialized health care*.

**El CD contiene la versión completa de la Guía del Clúster de Salud con hipervínculos a los documentos de referencia. Para facilitar su disponibilidad para los usuarios en contextos con acceso limitado o sin acceso a Internet, el menú del CD también contiene versiones bajadas de la red de la mayoría de los documentos de referencia.**

Para acceder al material en el CD, colóquelo en un reproductor de discos compactos (en su computador o en un reproductor externo). Si no funciona automáticamente, abra el archivo del CD desde su computador y haga doble clic sobre el archivo index.html.

- 
- MSF (2008). *Management of epidemic meningococcal meningitis.*
  - MSF (2010). *Clinical guidelines: diagnosis and treatment manual.*
  - Naciones Unidas (2006). *Integrated mission planning process guidelines.*
  - Naciones Unidas (2008). Fact sheets Stop Rape Now, UN Action against Sexual Violence in Conflicts.
  - OCHA (2009). *Guidelines for mid-year review.*
  - OMS (1999). *Rapid health assessment protocols for emergencies.*
  - OMS (2000). *Management of severe malnutrition: a manual for physicians and senior health workers.*
  - OMS (2001). *Safe motherhood needs assessment.*
  - OMS (2003). *Health facility survey – Tool to evaluate the quality of care delivered to sick children attending outpatients facilities.*
  - OMS (2004). *Brotos de cólera: evaluación de la respuesta a los brotes y mejora de la preparación.*
  - OMS (2004). *Practical guidelines for infection control in health care facilities.*
  - OMS (2005). *Communicable disease control in emergencies: field manual.*
  - OMS (2005). *Communicable diseases control in emergencies: field manual.*
  - OMS (2005). *Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo. Una guía para la práctica básica.*
  - OMS (2005). *Malaria control in complex emergencies: an interagency field handbook.*
  - OMS (2007). *Setting priorities in communicable disease surveillance.*
  - OMS (2007). *Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action.*
  - OMS (2007). *Towards a framework for health recovery in transition situations. Global consultation on health recovery in transition situations.*
  - OMS (2007). *WHO ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergencies.*
  - OMS (2009). *Child health in complex emergencies.*
  - OMS, ONUSIDA (2000). *WHO recommended surveillance standards.*
  - OMS, OPS (2000). *Natural disasters – protecting the public's health.*
  - OMS, OPS (2003). *Guía de la OMS y la OPS para el uso de hospitales de campaña extranjeros en caso de desastres.*
  - OMS, UNFPA, ACNUR (2005). *Clinical management of rape survivors.*
  - OMS, UNFPA, UNICEF, Banco Mundial (2009). *Integrated management of pregnancy, childbirth, and newborn care.*
  - OPS (1982). *Epidemiological surveillance after a natural disaster.*
  - Pavignani E, Colombo A (2011). *Análisis de sistemas de salud deteriorados – un manual modular.*
  - PNUD (2007). *Memorandum of Understanding regarding operational aspects of the peacebuilding funds.*
  - Proyecto Esfera (2004). *Carta Humanitaria y Normas mínimas de respuesta humanitaria en casos de desastre; edición revisada.*
  - Seeds for change. *Consensus decision-making. Consensus in large groups.*
  - SMART (2006). *Measuring mortality, nutritional status, and food security in crisis situations: SMART methodology.*
  - Smith J (2005). *Guide to health workforce development in post-conflict environments.*
  - Smith JH, Kolehmainen-Aitken RL (2006). *Establishing human resource systems for health during post-conflict reconstruction.*
  - Stoddard A, Salomons D, Haver K, Harmer A (2006). *Common funds for humanitarian action in Sudan and the Democratic Republic of Congo: monitoring and evaluation study, Draft 1.*
  - Turner R, Baker J, Zaw MO, Naing SA (2008). *Inter-agency real time evaluation of the response to Cyclone Nargis.*
  - UNDG, Banco Mundial (2005). *An operational note on transitional results matrices.*
  - UNDG, ECHA (2005). *Transitional strategy guidance note.*
  - UNDG, PNUD, Banco Mundial (2004). *Practical guide to multilateral needs assessments in post-conflict situations.*
  - UNICEF, OMS, UNFPA (1997). *Guía para la monitoría de la disponibilidad y utilización de servicios obstétricos.*
  - USAID, CDC (2007). *Reproductive health assessment toolkit for conflict affected women- Reproductive health, assessment tool for women victims of conflicts.*
  - Valid International y Concern Worldwide (2006). *Community-based therapeutic care: a field manual.*
  - Women's Commission (2006). *Paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM) para la salud reproductiva en situaciones de crisis.*

## OBJETIVO DE LA RESPUESTA DEL SECTOR SALUD DURANTE LAS CRISIS HUMANITARIAS

**Reducir la mortalidad, morbilidad, y discapacidad evitables, y restaurar la provisión de, y el acceso equitativo a, atención en salud preventiva y curativa tan pronto como sea posible y de la manera más sostenible que sea factible.**

### RESULTADOS ESPERADOS DEL CLÚSTER DE SALUD

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mecanismos de coordinación del sector salud funcionando, contando con la participación de Agencias de las Naciones Unidas, ONGs, Organizaciones de Base Comunitaria, autoridades sanitarias, donantes, y miembros de la comunidad, incluyendo actores en el sitio de base y en el terreno, así como de otros sectores/Clústers</li> <li>✓ Mapa actualizado de los actores en salud, de los servicios de salud disponibles y de las actividades de provisión de servicios</li> <li>✓ Información actualizada sobre la situación y las necesidades de salud, disponible para todos los interesados; reportes de situación/boletines de salud con regularidad</li> </ul>	<p><i>ver capítulo 2</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Evaluación inicial rápida y análisis de situación, acuerdo sobre problemas de salud y riesgos prioritarios</li> <li>✓ Actualizaciones regulares del análisis de situación, con base en la vigilancia de la situación y los servicios de salud provistos</li> </ul>	<p><i>Ver capítulos 3, 4</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Una estrategia conjunta para la respuesta en salud durante la crisis, actualizada frecuentemente, con prioridades y objetivos claros en relación con los problemas, los riesgos, y las brechas de salud prioritarios</li> <li>✓ Un plan de contingencia conjunto para responder a eventos futuros que puedan impactar sobre la salud de la población o las actividades de respuesta de los socios</li> <li>✓ Distribución de las responsabilidades entre los socios con base en las capacidades para ejecutar sobre el terreno</li> </ul>	<p><i>Ver capítulo 5</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Estándares, protocolos y guías consensuados para la provisión de atención en salud básica, con formatos y reportes estandarizados</li> <li>✓ Materiales de formación y oportunidades para entrenamiento disponibles para que todos los socios puedan, acorde a las necesidades, actualizar sus destrezas y estándares para la provisión de servicios</li> </ul>	<p><i>Ver capítulo 6</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Consenso sobre los elementos relativos al sector salud incluidos en los llamamientos de ayuda y las aplicaciones al CERF; acuerdo sobre las prioridades para la adjudicación de recursos agregados</li> <li>✓ Una estrategia y un plan de promoción/sensibilización comunes</li> </ul>	<p><i>Ver capítulo 7</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Visitas al terreno conjuntas para monitoría; evaluaciones y aprendizaje de lecciones conjuntas</li> </ul>	<p><i>Ver capítulo 8</i></p>