

XVII CONFERENCIA
INTERAMERICANA
de la CRUZ ROJA
23 - 24 - 25 - 26 de Abril del 2003
Santiago de Chile



Equidad y salud en América

Iniciativa de la Cruz Roja
para aumentar la equidad
en la salud y fortalecer las
capacidades locales en América



Federación Internacional de Sociedades
de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja

© Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja

Está autorizado citar, copiar, traducir a otros idiomas o adaptar a las necesidades locales cualquier parte de esta publicación sin necesidad de solicitar previamente la aprobación de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, siempre que se indique la fuente de manera expresa e inequívoca.

Fotografías © Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.

2003

Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja

Apartado Postal 372

CH-1211 Ginebra 19

Suiza

Teléfono: +41 22 730 4222

Fax: +41 22 733 0395

Telex: 412 133 FRC CH

Correo electrónico: secretariat@ifrc.org

Sitio Web: www.ifrc.org

Contenido

Prólogo	3
Resumen ejecutivo	4
1. Salud y equidad en América: estrategias de la Cruz Roja	8
1.1. Tendencias actuales	
1.2. El problema de la inequidad	
2. La Cruz Roja y la salud en América	10
2.1. Financiamiento de las actividades de salud en América	
2.2. Repercusiones en la salud pública	
3. Estrategia general	13
4. Ejecución de la iniciativa	14
4.1. Movilización social mediante la educación de la comunidad y la promoción de la donación voluntaria no remunerada de sangre	
4.1. Salud de la mujer y salud materno-infantil	
4.1. VIH/SIDA	
4.1. La salud en situaciones de emergencia	
4.1. Creación de un entorno propicio	
5. Movilización de recursos, supervisión y evaluación	21
Anexos	
I. Glosario	22
II. Resolución - El Compromiso de Santiago de Chile	25
III. El Compromiso de Santiago de Chile	26



XVII Conferencia Interamericana Santiago de Chile

23, 24, 25, 26 de abril 2003



Programa de salud de Cruz Roja en América
Enero 2002



Reunión de delegados y consultores de salud con OPS en Washington
Febrero 2002



Reunión de las Sociedades Nacionales de Cruz Roja con la Organización Panamericana de la Salud y los ministros de salud de América Central en Asunción Guatemala
Abril 2002



Ministrado de Enfermedades transmitidas por la Organización Panamericana de la Salud y la Federación
Mayo 2002



Reunión del grupo de expertos en salud y representantes de las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja del Caribe en Panamá
Septiembre 2002



Reunión Nacional con la Federación y los ministros de América Central en Santiago de Chile
Octubre 2002



Nuestro agradecimiento a todas las Sociedades Nacionales de América por su entusiasmo, contribución y apoyo en la elaboración y discusión de este documento. Queremos agradecer de forma particular el apoyo técnico y financiero dado por las Sociedades Nacionales de Canadá, España, Estados Unidos, Noruega y Suecia durante todo el proceso de preparación de este documento y durante la Conferencia Interamericana celebrada en Chile.

Prólogo

En general, los indicadores de salud en América Latina han mejorado, pero aún subsisten desigualdades crecientes, tanto entre los países de la región y el Caribe como entre los diferentes grupos de población de cada país. Los indicadores de salud muestran claramente que la diferencia entre el estado de salud de ricos y pobres, así como entre las sociedades con mayor y menor equidad en términos de distribución de ingresos, va en aumento.

El mandato de la Cruz Roja consiste en “mejorar la situación de las personas vulnerables mediante la movilización del poder de la humanidad” y ello supone comprometerse en aras de lograr equidad. Con más de 100 años de experiencia en el área de la salud y servicios sociales en la región y una vasta

red de voluntarios, la Cruz Roja posee la capacidad de hacer un gran aporte a la salud de las personas más vulnerables en América.

No obstante, la Cruz Roja tiene que hacer frente a una serie de desafíos si pretende contribuir en mayor medida a la reducción de las desigualdades en salud en América y mejorar el impacto de sus intervenciones en la salud pública.

Nuestro éxito en el cumplimiento de esta responsabilidad dependerá de que seamos capaces de analizar y evaluar críticamente la capacidad, las fortalezas y las debilidades de la Cruz Roja en América en cuanto a servir a las personas más vulnerables en nuestras comunidades. ¿Somos sensibles ante la verdadera vulnerabilidad en nuestras

comunidades? ¿Qué parámetros utilizamos para determinar con quiénes trabajamos? ¿Cómo nos relacionamos con los grupos vulnerables? ¿Afecta nuestra búsqueda de recursos nuestra necesidad de actuar ante problemas de equidad? ¿Cómo podemos ampliar el enfoque de nuestros programas? ¿Cómo podemos ayudar a nuestros interlocutores gubernamentales, tales como ministerios de salud, a comprometerse con estos grupos? ¿Cómo podemos hacer para que se escuche a los que sufren las desigualdades en materia de salud? ¿Cuál es nuestra obligación en cuanto a lograr que nuestra organización sea más diversa y refleje mejor a las poblaciones que servimos?

El proceso participativo que condujo a la XVII Conferencia Interamericana ha creado un espacio para reflexionar de manera sistemática sobre estos problemas. Quisiéramos dar las gracias a los ministerios de salud y a la Organización Panamericana de la Salud por su activa contribución a estas reflexiones. El presente documento es un resumen de estos debates y presenta de manera concisa una estrategia para enfrentar los desafíos. Estamos convencidos de que mediante su compromiso con la ejecución de tal estrategia, las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja mejorarán la equidad en salud en América y fortalecerán las capacidades locales.



Resumen ejecutivo del documento Equidad y Salud en América

El problema de la inequidad

En general, los indicadores de salud en América Latina y el Caribe han mejorado, pero aún subsisten disparidades crecientes, tanto entre los países de la región como entre los diferentes grupos de población de cada país. Los indicadores de salud muestran claramente que la diferencia entre el estado de salud de ricos y pobres, así como entre las sociedades con mayor y menor equidad en términos de distribución de ingresos, va en aumento.

Se estima que tres cuartas partes de la población total de América viven actualmente en centros urbanos, un fenómeno que ha tenido importantes implicaciones para la salud. Más de la mitad de la población de la región que se vive en extrema pobreza, vive actualmente en ciudades. La pobreza y la marginación están ampliamente reconocidas como causas fundamentales de la desigualdad en la salud y de ciertas enfermedades infecciosas. Se ha estimado que, aproximadamente, del 20 al 25 por ciento de la población de la región carece de acceso permanente a los servicios de atención a la salud o a otras medidas sociales de protección. Esta situación afecta en particular a mujeres y niños, así como a las poblaciones geográficamente aisladas.

La Cruz Roja y la salud en América

Mediante su red de voluntarios, las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja están presentes en todos los países de la región. Muchas de ellas tienen una larga tradición de actividades de salud, tales como: formación y prestación de primeros auxilios, programas de sangre, servicios de ambulancias y atención prehospitalaria, centros hospitalarios, escuelas de enfermería y en los últimos años se han desarrollado actividades de salud comunitaria, atención materno infantil y campañas de prevención del VIH/SIDA.

- bien todos estos programas han tenido una repercusión en la salud individual, sus efectos en el área de la salud pública han sido limitados por una serie de razones, a saber:
- la fragmentación de las actividades, tanto a escala nacional como regional, debido, en parte, a diferentes sistemas de gestión y de organización del voluntariado y a la falta general de coordinación;
- las contribuciones de las Sociedades Nacionales Participantes (SNP) en general han tenido lugar a raíz de emergencias, cuando ha habido la presión de invertir rápidamente grandes sumas de dinero;
- el volumen y la sostenibilidad de los programas no han sido suficientes para garantizar el impacto a nivel nacional;
- las Sociedades Nacionales necesitan fortalecer su presencia en grupos y/o áreas, donde la Cruz Roja puede ejercer más influencia para lograr mayor equidad en la salud.

Esta iniciativa regional implica el compromiso de salvar estas limitaciones a mediano plazo, obtener mayor impacto en el mejoramiento de la salud de los grupos más vulnerables y lograr mayor equidad y desarrollo en la región.

La iniciativa de la Cruz Roja para incrementar la equidad en salud en América

Establece cinco prioridades estratégicas:

- 1 Establecer estrategias y programas nacionales que identifiquen las brechas de **equidad** en salud. Decidir las intervenciones necesarias para reducir las desigualdades en comunidades y grupos específicos
- 2 Concebir un **enfoque más centrado** para los programas y la labor de sensibilización, con vistas a lograr mayor repercusión en la salud pública.
- 3 Garantizar una mayor **integración** entre los diferentes programas de salud y los programas comunitarios de preparación para desastres y desarrollo organizativo a nivel de comunidad y de filial.
- 4 Fortalecer la red de **voluntarios** que trabaja en sus propias comunidades con vistas a lograr un volumen sostenible a gran escala de los programas y desarrollar sistemas y mecanismos apropiados de gestión del voluntariado.
- 5 **Mejorar las alianzas**, especialmente con los ministerios de salud y otras organizaciones que influyen en la salud pública de la región.



Para implementar la iniciativa se requiere:

El enfoque hacia la equidad supone que, mediante la utilización de la información y los datos existentes para analizar las actuales desigualdades en sus respectivos países, las Sociedades Nacionales establezcan objetivos específicos y decidan las intervenciones que serán necesarias para comenzar a reducir las desigualdades en las comunidades. La ventaja comparativa que posee la Cruz Roja – su vasta red de voluntarios y su presencia en la comunidad – implica que puede desempeñar un cometido decisivo en cuanto a identificar las desigualdades y a reducirlas.

En lo relativo a los programas, se ha considerado que hay cuatro áreas que poseen mayor potencial para aumentar la repercusión en la salud pública y la integración en todas las intervenciones de las Sociedades Nacionales.

I. La movilización social mediante la educación comunitaria y la promoción de la donación voluntaria no remunerada de sangre.

La mayoría de los problemas programáticos que se consignan en el documento *Equidad y Salud en América* demanda un enfoque hacia la movilización social. **La movilización social** puede ser una poderosa estrategia de salud pública y reviste esencial importancia para el éxito de la iniciativa. Ésta comprende la ampliación de **programas de educación comunitaria** (tales como de primeros auxilios, preparación para desastres, brigadas de seguridad industrial, etc.) y la **promoción de la donación voluntaria no remunerada de sangre**. Estas actividades pueden tener gran repercusión en la salud pública, servir de base para otras actividades de salud y preparación para desastres y convertirse en una vía para captar voluntarios.

II. Salud de la mujer y salud materno-infantil

Una de las desigualdades de salud que más afecta a América es el número de mujeres que mueren prematuramente o por causas que se pueden prevenir. Así mismo, en la región, más de 170 000 niños menores de 5 años mueren cada año a causa de enfermedades que se pueden fácilmente prevenir o curar.

Una respuesta eficaz y apropiada a los problemas de salud de la mujer y de salud materno-infantil se debe centrar en lograr **la igualdad entre los géneros** en la salud, lo cual presupone eliminar las diferencias innecesarias, injustas y evitables en el estado de la salud y la supervivencia. Incluye también y la implementación de la **Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) a nivel comunitario**. Así como desarrollar una estrecha coordinación con las principales partes interesadas, incluidas las **autoridades locales de salud**, los **líderes comunitarios** y las **familias** de la comunidad

III. VIH/ SIDA

Se estima que 2.800.000 personas en América viven actualmente con SIDA. Dentro de la región existen diferencias significativas en cuanto a la intensidad de la epidemia y a sus tendencias de transmisión: en América Latina, 1.400.000 personas viven con VIH/SIDA; 420.000 en el Caribe y 940.000 en América del Norte. Con una prevalencia total de más del 2% en la población adulta, el Caribe es la segunda región más afectada del mundo, después del África subsahariana.

Las Sociedades Nacionales se han comprometido a realizar acciones para reducir el estigma y la discriminación, a realizar intervenciones de prevención, así como a iniciar actividades de cuidado y atención domiciliaria donde resulte apropiado.

La Cruz Roja impulsará la formación para desarrollar la competencia de su personal en torno al SIDA y promoverá la **integración sistemática de las actividades sobre VIH/SIDA en todos los programas**. Deberá fortalecer los **vínculos entre la Cruz Roja y las organizaciones de personas que viven con VIH/SIDA**, proporcionándoles espacio físico y organizativo en la Cruz Roja y participará activamente en el **desarrollo de programas a largo plazo** con otras organizaciones que tienen más experiencia en este campo.

IV. La salud pública en situaciones de emergencia

Los desastres naturales o provocados por el hombre, destruyen vidas, medios de subsistencia e infraestructuras y provocan un aumento de la demanda de asistencia y atención a la salud que, en general, los sistemas nacionales de salud de la región no pueden cubrir. La Cruz Roja debe abogar y

promover el que todos y cada uno de los afectados reciban atención de salud con calidad y sin discriminación.

Las Sociedades Nacionales elaborarán un **plan de intervención en casos de desastre** que incluya aspectos de higiene, agua y saneamiento, nutrición, salud psicosocial y albergues temporales y que tenga en cuenta el tema de género y las normas del Proyecto Esfera. Se realizará **en asociación con otras organizaciones** y con la participación de beneficiarios. La Unidad Panamericana de Respuesta a Desastres (UPARED/PADRU) deberá seguir desarrollando **los ámbitos relacionados con la salud**.

El éxito en la ejecución de la presente iniciativa rebasa ampliamente el marco de los departamentos de salud de las Sociedades Nacionales, ya que, en algunos casos, hace necesario introducir cambios de política y gestión. Fundamental para el éxito será el garantizar mayor sinergia entre los diferentes programas de salud con los programas comunitarios de preparación para desastres y de desarrollo organizativo a nivel de las comunidades y filiales.

También será necesario introducir cambios para fortalecer las redes de **voluntarios** que trabajan en sus propias comunidades, con vistas a lograr un volumen sostenible a gran escala y desarrollar sistemas y mecanismos apropiados de gestión del voluntariado, así como estrechar las **alianzas** con los ministerios de salud. El personal de la Cruz Roja y los voluntarios tienen que reflejar la diversidad de las comunidades en las que trabajan.



1. Salud y equidad en América

Esta iniciativa de la Cruz Roja tiene como objetivo ayudar a las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja en toda América a reducir las desigualdades en salud y a fortalecer la capacidad local para asistir mejor a las personas vulnerables. Esto reviste particular importancia debido a que América Latina encabeza una lista poco envidiable: es la región con el mayor nivel de desigualdad en el mundo.

El presente documento y el llamamiento a la acción de las Sociedades Nacionales de la región se inspiran en la labor de la “La Cumbre de América” celebrada en Quebec en abril de 2001. El actual documento se presentó a debate y fue aprobado en la XVII Conferencia Interamericana, que tuvo lugar en Santiago de Chile del 23 al 26 de abril de 2003.

1.1. Tendencias actuales

A principios del siglo XXI, las estadísticas nacionales sobre salud en la región de América muestran un mejoramiento continuo de casi todos los indicadores de salud, incluidas la esperanza de vida, la mortalidad infantil, la cobertura de vacunación y la incidencia de diversas enfermedades transmisibles.

La esperanza de vida en la región ha aumentado durante los dos últimos decenios en casi seis años como promedio y actualmente es de 68,5 años. A escala regional, la mayor reducción ha tenido lugar en la mortalidad por enfermedades transmisibles, la cual disminuyó de 95 por cada 100 000 personas en 1980, a 57 por cada 100 000 personas, en el año 2000. Las tasas de mortalidad por enfermedades transmisibles en niños menores de un año de edad, también se redujeron a la mitad en la mayoría de la región durante el mismo período.

Se estima que tres cuartas partes de la población total de América viven actualmente en centros urbanos, un fenómeno que ha tenido importantes implicaciones para la salud. La rápida urbanización en América Latina no sólo ha aumentado el riesgo de enfrentarse a problemas sociales más estrechamente asociados con los asentamientos urbanos, tales como la violencia y los accidentes automovilísticos, sino también ha elevado la proporción de habitantes urbanos pobres. Más de la mitad de la población de la región que se halla en extrema pobreza, vive actualmente en ciudades. La pobreza y la marginación están ampliamente reconocidas como causas fundamentales de la desigualdad en la salud.

A esto se suma que la región continúa experimentando el deterioro del medio ambiente y numerosos desastres. Terremotos, actividades volcánicas, huracanes, inundaciones, deslizamientos de fango y sequías han afectado seriamente la salud de la población en años recientes. Los efectos del calentamiento del planeta, la deforestación y la degradación del suelo también comprometen la salud del hombre y la conservación de la diversidad biológica.

1.2. El problema de la inequidad

En general, los indicadores de salud en América Latina han mejorado, pero aún subsisten disparidades crecientes, tanto entre los países de la región, como entre los diferentes grupos de población de cada país. Las mejoras de las condiciones sanitarias no han tenido lugar en igual medida entre los

¹ Casas, J., Dachs, N. and Bambas, A. 'Health Disparities in Latin America and the Caribbean: The Role of Social and Economic Determinants', en *Health and Equity*. OPS, 2001.

diferentes grupos socio-económicos (ver cuadro en página 10), ya que la salud de los sectores sociales que viven en condiciones desfavorables parece mejorar menos consecuentemente y en tasas mucho más modestas que entre los grupos con mejores condiciones sociales y económicas.¹ Como resultado de ello, la región presenta una brecha en el área de salud significativa entre los diferentes grupos sociales y áreas geográficas de cada país. Estas desigualdades regionales y nacionales en la esfera de la salud se reproducen con mayor intensidad a escala de distritos y localidades.

La privatización de determinados servicios sociales y la reciente tentativa de privatizar sistemas de salud y de seguridad social gubernamentales, han significado que los pobres, especialmente los que viven en áreas rurales remotas, tienen menos contacto con los sistemas sociales y de salud. Se ha estimado que, aproximadamente, del 20 al 25 por ciento de la población de la región no tiene acceso permanente a los servicios de atención a la salud o a otras medidas sociales de protección. Esta situación afecta en particular a mujeres y niños, así como a las poblaciones geográficamente aisladas.

Investigaciones realizadas indican una estrecha relación entre la equidad social y la salud. Las desigualdades en la salud se deben, principalmente, a que las personas tienen acceso desigual a los recursos de la sociedad, incluidas la educación, la atención a la salud, la seguridad laboral y el aire y el agua salubres. Las principales determinantes sociales de la salud son las relacionadas con las diferencias de raza y etnicidad, género y clase social, medidas éstas por el nivel de ingresos, la educación y las condiciones materiales de vida. Como tal, la reducción de las desigualdades en la salud radica, en parte, en la satisfacción de necesidades básicas, en la eliminación de la pobreza y la creación en la sociedad de oportunidades más accesibles para las poblaciones marginadas.

La relación entre las condiciones de salud de la población y su nivel económico es ampliamente reconocida. Los avances en salud en América también dependen del grado de equidad en la distribución de los ingresos. Los avances en la esperanza de vida, mortalidad y supervivencia materno-infantiles, por ejemplo, han sido sistemáticamente mayores en países con una distribución más equitativa de los ingresos. Los únicos países que realmente han alcanzado una esperanza de vida promedio más alta que la media regional, son aquéllos donde existen pocas brechas en los ingresos, independientemente del nivel de éstos. Países más pobres, pero con más equidad, han alcanzado una esperanza de vida promedio de 70,8 años; más alta, por consiguiente, que en países más ricos, pero con menos equidad (69,7 años). Los países que proporcionan a sus poblaciones mejor acceso a la educación, a los servicios básicos de salud, a la nutrición y al saneamiento básico, poseen menores tasas de mortalidad que países con iguales o mejores rendimientos económicos, pero donde persisten grandes disparidades en los ingresos y recursos.² Por consiguiente, las sociedades más saludables de América no son necesariamente las más ricas, sino aquéllas que distribuyen sus ingresos y recursos de manera más justa.

En resumen, si bien la situación de la salud en América ha mejorado constantemente en los pasados decenios, las mejoras no han sido uniformes en todos los países, ni en todos los grupos sociales dentro de cada país. Las diferencias entre las condiciones sanitarias de ricos y pobres, así como entre las sociedades más y menos equitativas en cuanto a la distribución de los ingresos, van en aumento.

²Wilkinson, R.G. *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London: Routledge, 1996.

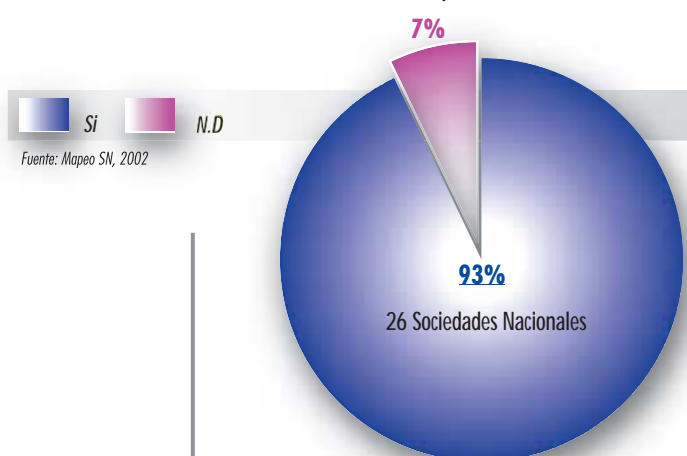
País	Porcentaje de población indígena o afroamericana	Diferencia en años de escolaridad, en comparación con el resto de la población	Razón de salarios promedio entre afroamericanos e indígenas y el resto de la población	Porcentaje de beneficios si se aprovechara adecuadamente el actual nivel educativo	Porcentaje de beneficios en el PIB si se lograra un nivel educativo igual al del resto de la población
Bolivia	49.32	-4.4 años	0.49	17.12	19.56
Brasil	43.94	-2.1 años	0.50	4.85	7.98
Guatemala	44.70	-2.8 años	0.53	4.59	9.04
Perú	17.82	-3.3 años	0.58	1.76	2.45

Fuente: Zoninsein J. *El caso económico para combatir la exclusión racial y étnica en América Latina y el Caribe*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 2002.

2. La Cruz Roja y la salud en América

Mediante su red de voluntarios, las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja están presentes en todos los países y territorios de la región. Muchas de ellas tienen una larga tradición de actividades de salud. Según las respuestas al ejercicio de mapeo enviadas por 28 Sociedades Nacionales (de un total de 33), estas actividades incluyen:

Sociedades Nacionales / curso de formación primeros auxilios

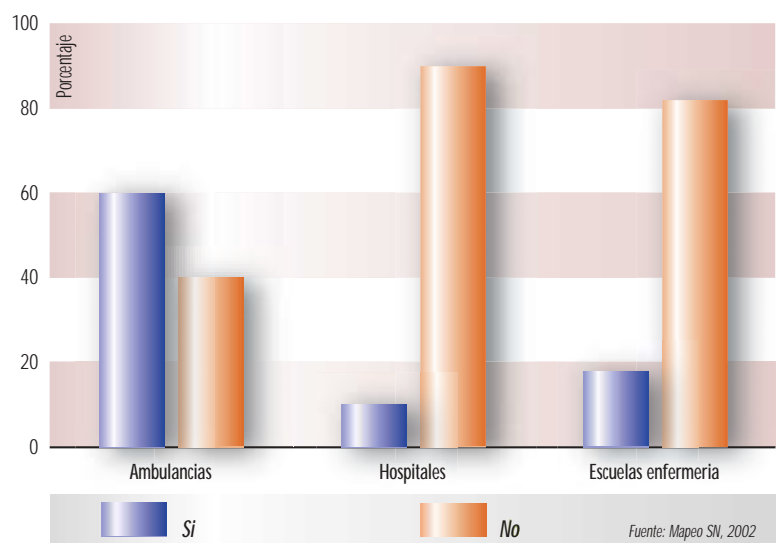


- **Formación y prestación de primeros auxilios:** muy extendidas en las Sociedades de la Cruz Roja en la región de América, tanto a nivel central como en las filiales. El 93% de las SN organizan cursos de formación en primeros auxilios.
- **Programas de sangre:** Colombia, República Dominicana, Ecuador, Estados Unidos, Honduras y Nicaragua son algunos de los países de la región donde el Gobierno ha delegado en la Cruz Roja, total o parcialmente, la gestión de los respectivos programas nacionales de sangre. En otros países, el cometido de la Cruz Roja es más limitado y se centra fundamentalmente en la promoción de las donaciones voluntarias no remuneradas de sangre. El 70% de las SN informan que están promoviendo la donación voluntaria y altruista de sangre.
- **Servicios de ambulancias y atención prehospitalaria:** las Sociedades de la Cruz Roja de Colombia, Costa Rica, República Dominicana y Nicaragua, por ejemplo, poseen y administran estos servicios. Alrededor de un 60% de las SN están involucradas en atención prehospitalaria.



- **Centros hospitalarios y de salud:** la Cruz Roja Colombiana, Paraguaya y Venezolana administran estos tipos de centros.
- **Escuelas de enfermería:** son dirigidas por la Cruz Roja en Argentina, Brasil y Uruguay; los estudiantes graduados obtienen diplomas reconocidos oficialmente. Un 15% de las SN están involucradas en formación de enfermeras.
- **Salud comunitaria y atención primaria de salud:** éstas son, probablemente, las actividades que más se han desarrollado en años recientes. Por ejemplo, Sociedades de la Cruz Roja en Bolivia, el Caribe y Honduras, están participando activamente en la organización de campañas de prevención del VIH/SIDA dirigidas a los jóvenes, actualmente el 90% de las SN participan en intervenciones para combatir la pandemia; la Cruz Roja está realizando a nivel comunitario la estrategia de la AIEPI (Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia), en más de diez países. Algunos programas comunitarios regionales, tales como "Camalote", el Amazónico, el Andino y otros programas de preparación comunitaria para casos de desastre incluyen componentes de salud y medio ambiente; el 70% de las SN realizan actividades de salud materno-infantil y salud comunitaria en sus respectivos países.

Sociedades Nacionales / servicios de salud tradicionales



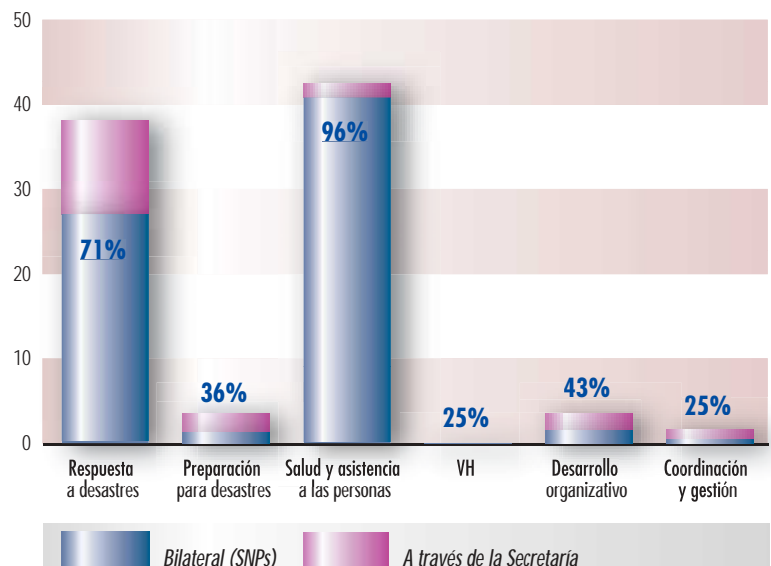
2.1. Financiamiento de actividades de salud en América

La mayor parte de las actividades de salud de la Cruz Roja en la región se financian con fondos que recaudan las Sociedades Nacionales en sus respectivos países, tanto del público, por concepto de honorarios de servicios, como de contratos de prestación de servicios con el Estado.

No obstante, el apoyo financiero internacional es muy importante, como muestra el cuadro que aparece a continuación.

Aproximadamente las dos terceras partes del financiamiento internacional provienen de llamamientos de apoyo lanzados después de desastres importantes en la región (por ejemplo, en años recientes, cuando los huracanes Georges y Mitch, las inundaciones y los deslizamientos de fango en Venezuela y los terremotos en El Salvador).

Financiamiento promedio de la Cruz Roja en 2000/2001 (110.8 millones de CHF) Apoyo Internacional en las Américas



No todas las consecuencias de estos desastres han sido negativas. A raíz de éstos desastres en América Latina, las Sociedades de la Cruz Roja han podido impulsar programas de salud a largo plazo o reorganizar programas nacionales de salud. Asimismo, han podido fortalecer las capacidades locales a nivel de filial, tanto mediante la creación de nuevas filiales en áreas próximas a los desastres, como mediante el fortalecimiento de las filiales ya existentes. Otro aspecto importante de las actividades posteriores a los desastres en muchos de los países de la región, ha sido el establecimiento de nuevas relaciones de cooperación entre la Cruz Roja y otras instituciones de salud.

2.2. El impacto en la salud pública

Si bien los programas sociales y de atención de la salud de la Cruz Roja ejercen una repercusión importante en la salud individual, sus efectos en la salud pública se han visto limitados por una serie de razones, a saber:

- la fragmentación de las actividades, tanto a escala nacional como regional, debido, en parte, a diferentes sistemas de gestión y de organización del voluntariado y a la falta general de coordinación;
- las contribuciones de las Sociedades Nacionales participantes (SNP) en general se han hecho a raíz de emergencias, cuando ha habido la presión de invertir rápidamente grandes sumas de dinero;
- el volumen y la sostenibilidad de los programas no han sido suficientes para garantizar que tengan una repercusión a nivel nacional;
- las Sociedades Nacionales necesitan fortalecer su presencia en grupos y/o áreas, donde la Cruz Roja puede ejercer más influencia para lograr mayor equidad en la salud.

Esta iniciativa regional implica el compromiso de salvar estas limitaciones a mediano plazo, obtener mayor repercusión en el mejoramiento de la salud de los grupos más vulnerables y lograr mayor equidad y desarrollo en la región.



3. Estrategia general

La iniciativa de la Cruz Roja para incrementar la equidad en salud en América establece las cinco prioridades estratégicas siguientes:

1. **Equidad** : establecer estrategias y programas nacionales que identifiquen y se centren en las brechas de equidad en salud. Con la ayuda de la información y los datos disponibles para analizar las desigualdades actuales en sus países, las Sociedades Nacionales establecerán objetivos específicos y decidirán qué intervenciones serán necesarias para comenzar a reducir las desigualdades en comunidades y grupos específicos.
2. Concebir un **enfoque más centrado** para los programas y la labor de sensibilización, con vistas a lograr mayor repercusión en la salud pública. Las áreas que se consideran con mayor potencial para que la Cruz Roja ejerza más influencia en la salud pública y la equidad son:
 - Aprovechar los primeros auxilios, la movilización social en favor de la salud y la promoción de la donación voluntaria no remunerada de sangre como vías para introducir otras actividades de salud y de gestión de desastres.
 - Desarrollar intervenciones de salud materno-infantil que incorporen medidas de educación de la comunidad y salud comunitaria, así como actividades prehospitales y clínicas donde resulte apropiado.
 - Desarrollar programas que tengan como objetivo reducir el estigma relacionado con el SIDA, prevenir la propagación de infecciones e iniciar actividades de atención y apoyo, haciendo especial hincapié en el trabajo con grupos más vulnerables.
 - Prepararse para las crisis de salud pública (epidemias y desastres) y responder con mayor apoyo en estas situaciones.
3. **Integración**: garantizar mayor sinergia entre los diferentes programas de salud y con los programas comunitarios de preparación para desastres y desarrollo organizativo a nivel de comunidad y filial.
4. Fortalecer la red de **voluntarios** que trabaja en sus propias comunidades con vistas a lograr un volumen sostenible a gran escala de los programas y desarrollar sistemas y mecanismos apropiados de gestión del voluntariado.
5. **Mejorar las asociaciones**, especialmente con los ministerios de salud y otros actores fundamentales de la salud pública en la región y garantizar que los recursos que se recauden como resultado de llamamientos internacionales en casos de desastres contribuyan a perfeccionar esta iniciativa a largo plazo.



Federación

Para que esta iniciativa tenga éxito es de vital importancia que seamos responsables nosotros mismos. Será necesario fortalecer los sistemas de supervisión y evaluación en la misma medida en que nos esforzamos por medir los resultados y los logros.

4. Implementar la iniciativa

La ejecución de la presente iniciativa rebasa ampliamente el marco de los departamentos de salud de las Sociedades Nacionales, ya que, en algunos casos, hace necesario introducir cambios de política y gestión, con vistas a garantizar una mayor coordinación dentro de las respectivas Sociedades Nacionales, mayor integración y flexibilidad de los cuerpos de voluntarios y, además, mayor acercamiento y coordinación con los servicios sociales y de salud gubernamentales (remítase al capítulo 4.5 Creación de un entorno propicio).

Los gobiernos son los principales responsables de la salud y el bienestar de la población, incluidos los grupos más vulnerables. El papel de la Cruz Roja es el de auxiliar de los gobiernos (y, específicamente en este caso, de los ministerios de salud) y no el de sustituirlos en el cumplimiento de sus responsabilidades. No obstante, mediante la ejecución de su estrategia, la Cruz Roja puede y debe contribuir significativamente a aumentar la equidad en salud.

El enfoque hacia la **equidad** supone que mediante la utilización de la información y los datos existentes para analizar las actuales desigualdades en sus respectivos países, las Sociedades Nacionales establezcan objetivos específicos y decidan las intervenciones que serán necesarias para comenzar a reducir las desigualdades en las comunidades. La ventaja comparativa que posee la Cruz Roja – su vasta red de voluntarios y su presencia en la comunidad – implica que puede desempeñar un cometido decisivo en cuanto a identificar las desigualdades y a reducirlas. La elaboración de mapas de riesgo, metodología que las Sociedades Nacionales y la Federación Internacional han utilizado exitosamente en otras áreas, sería una forma apropiada de clasificar los grupos de alto riesgo.

La Cruz Roja posee las condiciones para trabajar en aras de esta igualdad de acceso, ayudando a las comunidades a estar mejor informadas y, finalmente, a asumir el control de su salud. Mediante su presencia en las comunidades, la Cruz Roja puede instruir a grupos vulnerables, difundir información y advertencias sanitarias y establecer vínculos con las estructuras de salud existentes. Puede ayudar a las mujeres a controlar mejor su propia salud y la de sus familias, explicándoles, por ejemplo, la maternidad sana y ayudar a las personas que viven con VIH/SIDA a superar el estigma y la discriminación a que se enfrentan.

En todas las sociedades existen importantes disparidades de salud entre los diferentes grupos sociales. Sin embargo, éstas pueden evitarse. Mucho se podría lograr si el desafío de eliminar las desigualdades sanitarias se convirtiese en política gubernamental. La Cruz Roja puede abogar por la asistencia sanitaria equitativa a todos los niveles – desde la comunidad, hasta los niveles nacional, regional e internacional. Como auxiliar de los gobiernos, la Cruz Roja puede poner de relieve las brechas y desigualdades que existen en el sistema y trabajar en colaboración con las comunidades y las entidades que toman decisiones para hallar soluciones apropiadas.

En lo relativo a los programas, se ha considerado que hay cuatro áreas que poseen mayor potencial para aumentar el impacto en la salud pública y la integración en todas las intervenciones de las Sociedades Nacionales.

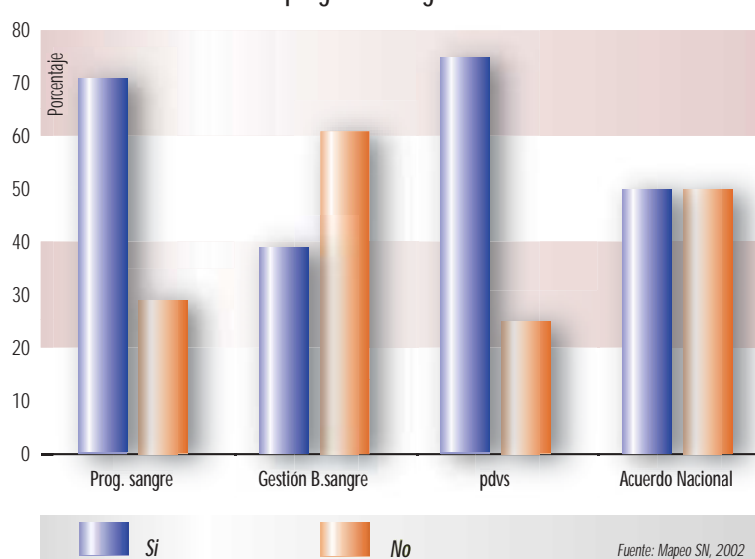
4.1. La movilización social mediante la educación comunitaria y la promoción de la donación voluntaria no remunerada de sangre

Se podrían utilizar muchas estadísticas para ilustrar algunos de los desafíos a los que se enfrenta la

región y donde la labor consecuente de los voluntarios de la Cruz Roja puede hacer una gran diferencia para aumentar la equidad en salud en América. La mayoría de los problemas programáticos que se identifican más adelante en el documento, demandan un mayor enfoque hacia la movilización social. No obstante vale resaltar algunos de éstos:

- La violencia afecta a gran cantidad de niños que viven en la calle. En Brasil, por ejemplo, se estima que de 7 a 8 millones de chicos, en edades entre 5 y 18 años, viven y trabajan en la calle. A ellos se suman, al menos, 800 000 chicas que también viven en las calles y se sustentan mediante la prostitución (*La Salud en América*, Vol. 1, 2002).
- Mientras el 9 % de la población mundial vive en América Latina y el Caribe, el porcentaje de la región respecto al total mundial de accidentes fatales es el más alto (13 %) (*Review of Traffic Safety – Latin America and Caribbean Region*) American Development Bank, 1998).
- En América, solamente Aruba, Bermudas, Canadá, Cuba, Curaçao, Estados Unidos, Islas Caimán, Islas Vírgenes Británicas, Santa Lucía y Surinam obtienen más del 50% del suministro de sangre a partir de la donación voluntaria no remunerada de sangre (dvnrs). No obstante, en el 77% de los países de América, la dvnrs aún no ha alcanzado estas proporciones, que se consideran como la meta a lograr en la región. Las personas que donan sangre bajo presión o por dinero tienden a no revelar problemas que pueden convertirlas en donantes inadecuados; por lo tanto, representan un riesgo potencialmente alto para el suministro de sangre segura. Aunque este riesgo está disminuyendo, la transmisión directa de sangre es actualmente responsable del 5,5% de los casos de SIDA en el caribe hispano parlante, 2,8% en México, 2,1% en Norteamérica, 1,9% en el Cono sur, 1,7% en Brasil, 1,6% en el área Andina y 0,5% en el caribe anglófono.

Sociedades Nacionales / programa sangre



La movilización social puede ser una poderosa estrategia de salud pública, y reviste esencial importancia para el éxito de la iniciativa. Ésta comprende la ampliación de **programas de educación comunitaria** (tales como de primeros auxilios, preparación para desastres, brigadas de seguridad industrial, etc.) y la **promoción de la donación voluntaria no remunerada de sangre**³. Estas actividades pueden tener gran repercusión en la salud pública, servir de base para otras actividades de salud y preparación para desastres y convertirse en una vía para captar voluntarios.

Algunas Sociedades Nacionales han iniciado procesos para alcanzar este objetivo y adquirir experiencias que puedan compartir con otras Sociedades Nacionales de la región. Los primeros auxilios y la promoción de la donación voluntaria no remunerada de sangre puede constituir un poderoso factor de integración que vincule los servicios tradicionales de la Cruz Roja (tales como: clínicas, hospitales, bancos de sangre, etc.), actividades de salud en emergencias (refugios temporales, agua y saneamiento, brigadas sanitarias para emergencias, apoyo psicológico) y de salud comunitaria (AIEPI, control de vectores, VIH/SIDA). Algunos de los “logros rápidos” que acelerarán el progreso en esta dirección programática se encuentran:

- Revisar los currículos de la formación en primeros auxilios, salud comunitaria y preparación para desastres, con el objetivo de incorporar y añadir los conceptos sobre seguridad de la sangre y promoción de la donación voluntaria no remunerada de sangre.
- Revitalizar la red regional de responsables de primeros auxilios sería un paso útil hacia la consecución de los objetivos de la iniciativa. En un inicio, la red regional puede tener como objetivo: 1) confirmar la armonización de los programas de capacitación en primeros auxilios y el material de que dispone la región y

³ Es necesario informar y educar a la población para erradicar falsas creencias y ofrecer información exacta sobre la sangre y su donación. Un estudio realizado por la OPS en 15 países demostró que los ciudadanos de América Latina y el Caribe tienen poca información sobre cómo se obtiene, procesa y utiliza la sangre que se dona. Además, les es difícil tener acceso a estos servicios, y los horarios de trabajo de los bancos de sangre con frecuencia no favorecen al usuario. Los resultados también confirmaron que aún prevalecen muchos mitos sobre la donación de sangre, incluida la idea de que donar sangre hace aumentar de peso, perder peso o que induce a contraer enfermedades.

2) facilitar el enfoque integrado entre las actividades tradicionales de atención prehospitalaria, la donación voluntaria no remunerada de sangre y las iniciativas relativas a la salud pública. non-remunerated blood donation and public health-related initiatives.

4.2 Salud de la mujer y salud materno-infantil

Una de las desigualdades de salud que más afecta a América es el número de mujeres que mueren prematuramente o por causas que se pueden prevenir. De cada 160 mujeres que nacen en América Latina y el Caribe, una muere prematuramente a consecuencia de complicaciones durante el embarazo o el parto. En América del Norte, solamente una mujer de cada 3.500 muere por estas mismas causas.

Lograr la igualdad entre los géneros en la salud presupone eliminar las diferencias innecesarias, injustas y evitables en el estado de salud y la supervivencia. La relación entre **género y salud** actualmente pone de relieve una forma fundamental de discriminación. Por consiguiente, es preciso resaltar que la propia naturaleza de estas necesidades y derechos no sólo se refiere a la dimensión biomédica de la reproducción, sino también abarca todas las etapas del ciclo de vida y las diferentes dimensiones de la persona, independientemente de si ésta decide ser madre o no.

La mujer tiende a utilizar más los servicios de salud que el hombre, debido a que:⁴

- su función reproductora condiciona más necesidades,
- se enferma más frecuentemente y
- tiene mayor esperanza de vida.

Las mujeres son las principales administradoras y suministradoras de servicios de la salud a la familia y la comunidad, aunque hasta ahora generalmente ha sido el hombre el que ha tomado todas las decisiones. Incluir la dimensión del género en los modelos de atención a la salud significa tener en consideración las diferencias existentes entre los sexos en cuanto a riesgos, responsabilidades y restricciones socialmente condicionadas, a la hora de planificar qué servicios se van a prestar y de qué manera.⁵

En la región, más de 170.000 niños menores de 5 años mueren cada año a causa de enfermedades que se pueden fácilmente prevenir o curar. Las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas y la malnutrición son las tres principales causas de enfermedad y muerte en este grupo de edad. Estas enfermedades y otras como las causadas por parásitos intestinales, enfermedades evitables mediante vacunas y la malaria, son también la razón principal de las consultas médicas y las hospitalizaciones en América.

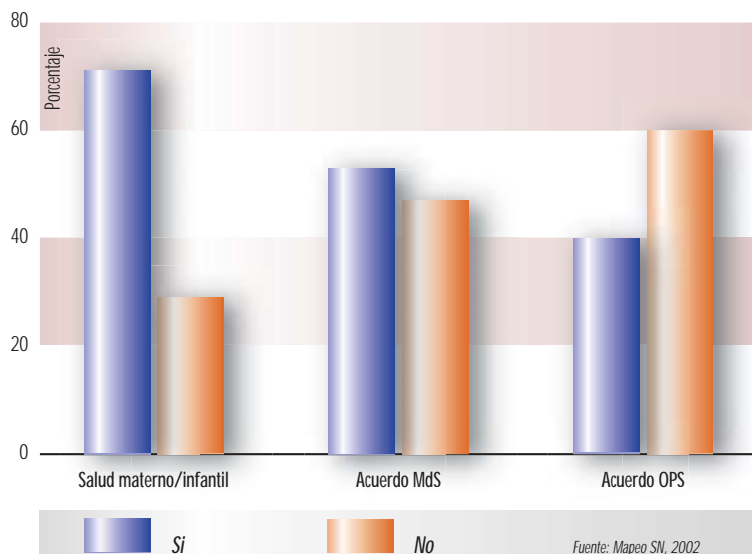


⁴ Informe de la OPS "Mujer, salud y desarrollo".

⁵ Ejemplos de ello serían la prestación de servicios como resultado de violencia contra mujeres y la presencia de impedimentos al libre ejercicio de los derechos sexuales y reproductores.

Si bien la salud infantil es un sector más amplio que la salud de los niños pequeños, la Cruz Roja debe centrar sus esfuerzos en los que tienen mayor riesgo, es decir, los niños menores de cinco años. Más de la mitad de las Sociedades Nacionales en la región realizan programas de salud materno-infantil (SMI) en diversos contextos, incluida la promoción de la salud comunitaria (por ejemplo, lactancia materna), actividades de prevención de enfermedades (agua y saneamiento, prevención de la violencia, etc.), movilización social en campañas nacionales de vacunación, servicios de referencia y contra referencia y prestación de servicios de atención clínica a la salud. Estas contribuciones siguen siendo un importante apoyo a la prevención de enfermedades y a la promoción de la salud.

Sociedades Nacionales / salud materno infantil



Una respuesta eficaz y apropiada a los problemas de la salud materno-infantil, incluye la implementación de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) a nivel de comunidad. La AIEPI se basa en intervenciones de salud pública aceptadas, en medidas preventivas en el hogar y en la comunidad, diagnóstico precoz, tratamiento eficaz y fortalecimiento del sector de la salud para reducir el riesgo de las enfermedades de la infancia y aumentar el acceso a profesionales de salud calificados. Al menos 15 Sociedades Nacionales poseen un acuerdo especial con sus ministerios de salud para prestar servicios de SMI, mientras otras 10 Sociedades (Bolivia, Colombia, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Perú y Venezuela) poseen un acuerdo especial de colaboración con la Cruz Roja Americana y la OPS.⁶

Debido a que el éxito de la AIEPI requiere un considerable componente de intervenciones locales, la Cruz Roja posee las condiciones apropiadas, gracias a su red de voluntarios, para ayudar a sus colaboradores estratégicos (ministerios de salud y OPS) a llegar a las poblaciones más vulnerables. Los programas comunitarios de SMI ofrecen la incomparable oportunidad de trazar programas de primeros auxilios y donación voluntaria no remunerada de sangre (entre las principales causas de muerte prematura de madres se encuentran las hemorragias durante el embarazo y el parto) y de incluirlos en los servicios más especializados de los hospitales (mediante servicios extrahospitalarios), clínicas y ambulancias. Entre las acciones que imprimirán un impulso en esta dirección programática se encuentran:

- Desarrollar una estrecha coordinación con las principales partes interesadas, incluidas las autoridades locales de salud, los líderes comunitarios de salud y las familias de la comunidad
- Revisar el proceso de selección de las filiales concernidas para basarlo no solamente en indicadores de salud fundamentales (por ejemplo, tasas de mortalidad infantil, prevalencia de enfermedades de la infancia y mortalidad materna), sino también en la posibilidad y la capacidad de la filial de la Cruz Roja de integrarlo a otras actividades en curso.
- Cuando situaciones de emergencias o desastres dañan a comunidades, también afectan a madres y niños. Por ello, la AIEPI se debe incluir en los planes de recuperación y recibir apoyo.

4.3. VIH/SIDA

Se estima que 2,8 millones de personas en América viven actualmente con SIDA. Dentro de la región, existen diferencias significativas en cuanto a la intensidad de la epidemia y a sus tendencias de transmisión: en América Latina, 1 millón 400 mil personas viven con VIH/SIDA; 420 mil en el Caribe y 940 mil en América del Norte. Con una prevalencia total de más del 2% en la población adulta, el Caribe es la segunda región más afectada del mundo, después del África subsahariana.

⁶ La Cruz Roja Americana acoge el Centro de Excelencia de la Cruz Roja para AIEPI y contribuye a ampliar la participación de las Sociedades Nacionales y de la Federación en este área. Los proyectos de salud comunitaria de la Cruz Roja Canadiense también llevan a cabo estrategias de la IMCI en América Central. Además, la Cruz Roja Británica, la Cruz Roja Italiana, la Cruz Roja Española y la Cruz Roja Suiza apoyan numerosos esfuerzos de la IMCI.

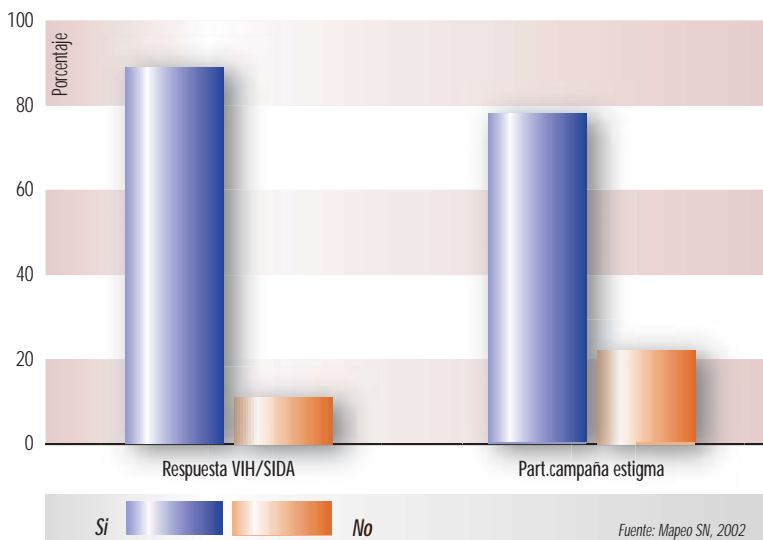
La transmisión del VIH por relaciones heterosexuales sigue siendo la causa de casi las tres cuartas partes de los casos del Caribe y América Central. La violencia en el hogar es un factor que aumenta la propagación del VIH en mujeres y niños. En la región andina, Canadá, México y Estados Unidos de América, la transmisión entre hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, es la causa de alrededor del 50% de los casos. El consumo de drogas intravenosas desempeña un papel importante en la transmisión del VIH en varios países, tales como Argentina y Brasil.



El análisis del problema no logra describir la mayor vulnerabilidad de ciertos grupos poblacionales. Los jóvenes tienen una vulnerabilidad especial respecto al VIH/SIDA debido a su desarrollo y cambios físicos y emocionales. La prevalencia del VIH/SIDA en los niños que viven en la calle es alta. Este grupo es particularmente vulnerable, debido a que muchos de ellos consumen drogas; tanto los niños como las niñas están expuestos al abuso de sus congéneres y de los adultos, su tasa de analfabetismo supera el 50 % en algunos lugares, y se ven forzados a tener relaciones sexuales a cambio de alimentos, productos o drogas. Entre los grupos más vulnerables y de riesgo se encuentran los que sufren el estigma y la discriminación debido a que las actividades que realizan están sujetas a sanciones penales o a la desaprobación social. Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los trabajadores del sexo, los niños que viven en la calle, etc. han de ser reconocidos como grupos a los que se dirigen los programas integrales de prevención y atención.

Al reconocerse la intensidad del problema del VIH/SIDA en el Caribe, la Red Caribeña de la Cruz Roja de lucha contra el VIH/SIDA (CARAN) fue creada en el año 2000, con el objetivo de “fortalecer la capacidad de los países y Sociedades Nacionales de la Cruz Roja del Caribe para prevenir y controlar la propagación y el impacto de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), el VIH/SIDA”. Las dos terceras partes de las Sociedades Nacionales de la región reportan actividades sobre VIH/SIDA. En concordancia con la estrategia mundial de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja para reducir la vulnerabilidad de los hogares ante el VIH/SIDA (remitirse a las referencias al final del documento para conocer toda la estrategia y las actividades que se proponen), las Sociedades Nacionales se han comprometido a realizar actividades en la región, en particular en torno a la lucha contra el estigma y la discriminación, a realizar intervenciones de prevención, así como a iniciar actividades de cuidado y atención domiciliaria donde resulte apropiado. Los pasos que facilitarán rápidamente avanzar en dirección estratégica incluyen:

Sociedades Nacionales / VIH/SIDA



- la formación para desarrollar la competencia del personal de la Cruz Roja en torno al SIDA y la integración sistemática de las actividades sobre VIH/SIDA en todos los programas,
- fortalecer los vínculos entre la Cruz Roja y las organizaciones de personas que viven con VIH/SIDA, proporcionándoles espacio físico y organizativo en la Cruz Roja,
- participar activamente en el desarrollo de programas a largo plazo con otras organizaciones que tienen más experiencia en este campo.

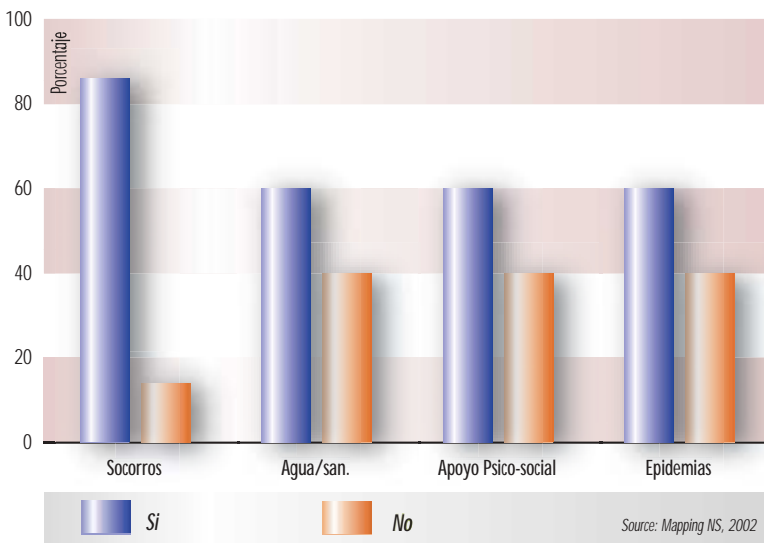
4.4 La salud pública en situaciones de emergencias

Tanto los desastres naturales como los provocados por el hombre azotan regularmente América. Estos desastres destruyen vidas, medios de subsistencia e infraestructuras y provocan un aumento de la demanda de asistencia y atención a la salud que, en general, los sistemas nacionales de salud de la región no pueden cubrir. Por ejemplo, el huracán Mitch, que azotó América Central en 1998, dañó más del 70 % de las infraestructuras de Honduras y Nicaragua y tuvo un efecto devastador en la economía y los servicios de estos dos países.



Los desastres acarrearán también graves consecuencias psicológicas. Los daños psicológicos pueden ser menos visibles que la destrucción de viviendas y de la infraestructura física, pero con frecuencia se tarda más en esperar los efectos psicológicos y emocionales de los desastres que en recuperarse de las pérdidas materiales. El *Informe Mundial sobre Salud de 2001* afirma que hasta un tercio de la población afectada por desastres o conflictos sufre trastornos mentales, de los cuales los más frecuentes son el trastorno de estrés postraumático que se caracteriza por recuerdos intrusivos, rechazo de circunstancias asociadas al estrés, perturbación del sueño, irritabilidad, miedo e hiperexcitación.

Sociedades Nacionales / salud en emergencias



Las intervenciones en casos de desastre han sido históricamente una actividad típica de la Cruz Roja en la región. A raíz de los huracanes Mitch y Georges y de los terremotos en El Salvador y Perú, voluntarios de la Cruz Roja trabajaron junto con los afectados. Más del 50% de las Sociedades Nacionales informan estar desarrollando proyectos de agua y saneamiento y actividades de apoyo psicológico como parte de sus intervenciones regulares en situaciones de grandes desastres. Las intervenciones de socorro en salud deben incluirse en los sistemas de reducción, intervención y recuperación existentes en los respectivos países.

Las poblaciones vulnerables con frecuencia son las más afectadas por los desastres y durante las situaciones de emergencia. No obstante, la pérdida de un familiar afecta tanto al rico como al pobre. La

Cruz Roja debe abogar, promover y garantizar que todos y cada uno de los afectados reciban atención de salud con calidad y sin discriminación.

Entre las posibilidades para lograr progresos rápidos en esta esfera programática, están:

- Las Sociedades Nacionales elaborarán un plan de intervención en casos de desastre que incluya aspectos sobre higiene, agua y saneamiento, nutrición, salud psicosocial y albergues temporales, que tenga en cuenta las diferencias de género y las normas del Proyecto Esfera. Esto se debe realizar en consulta con el personal y los voluntarios de la Sociedad Nacional, en asociación con otras organizaciones, así como otros actores y beneficiarios. Los programas tienen que identificar los recursos humanos y financieros para ejecutarlos, evaluar el proceso y formular una estrategia de recuperación que ponga en claro cómo ésta va a contribuir a la programación a largo plazo de la Sociedad Nacional en este área.
- Seguir desarrollando la Unidad Panamericana de Respuesta ante Desastres (UPARED, "PADRU" según las siglas en inglés), principalmente en los ámbitos relacionados con la salud.

4.5 Creación de un entorno propicio

El éxito en la ejecución de la presente iniciativa rebasa ampliamente el marco de los departamentos de salud de las Sociedades Nacionales, ya que, en algunos casos, hace necesario introducir cambios en las políticas y en la gestión.

Las decisiones para centrarse en el trabajo con los más vulnerables con el fin de reducir las desigualdades en comunidades y grupos específicos para lograr un **mayor enfoque** de los programas de salud y de sensibilización y para garantizar mayor sinergia entre los diferentes programas de salud y con los programas comunitarios de preparación para desastres y de desarrollo organizativo a nivel de comunidades y filiales. Todas estas decisiones demandan el compromiso de las instancias directivas, así como cambios en la política.

También será necesario introducir cambios en la política para fortalecer las redes de **voluntarios** que trabajan en sus propias comunidades, con vistas a lograr un volumen sostenible a gran escala y desarrollar sistemas y mecanismos apropiados de gestión del voluntariado, así como estrechar las **asociaciones** con los ministerios de salud. Entre las acciones específicas que contribuirán a la realización de esta iniciativa, se encuentran:



- **Desarrollo de la política:** adopción de decisiones políticas a escala nacional con respecto a la estrategia trazada en esta iniciativa poco después de la Conferencia Interamericana.
- **Gestión:** Las Sociedades Nacionales deben establecer procedimientos y crear la capacidad de personal y voluntarios que resulten apropiadas para analizar correctamente los diferentes actores, las ventajas comparativas y las situaciones, así como elaborar estrategias y crear la capacidad para planificar y programar proyectos de salud utilizando una metodología coherente. Se debe descentralizar la toma de decisiones y los recursos a nivel de filial, más cerca de donde tienen lugar las acciones de los programas.
- **Estructura:** Se deben modificar las estructuras existentes con vistas a garantizar mayor sinergia en los programas de prioridades. En caso necesario, se deben crear nuevas estructuras para mejorar la coordinación y las decisiones técnicas – así como los canales de comunicación entre las filiales y sedes.
- **Miembros y voluntarios:** La perspectiva de la equidad sanitaria a escala mundial presupone que hay que escuchar a las personas, que éstas deben tener acceso a la información y participar en las decisiones que atañen su salud y desarrollo. Nosotros, en la Cruz Roja, tenemos que analizar críticamente nuestras relaciones con aquellos a quienes servimos si queremos lograr nuestro objetivo de equidad para todos. Las comunidades a que servimos no deben simplemente recibir servicios, sino convertirse en participantes activos, líderes y miembros de nuestra organización. El personal de la Cruz Roja y los voluntarios tienen que reflejar la diversidad de las comunidades en las que trabajamos.

5. Movilización de recursos, supervisión y evaluación

La ejecución de esta iniciativa demandará que se movilicen recursos a escala nacional e internacional para apoyar la reorientación de los programas de salud y de estas prioridades y objetivos estratégicos. Será de particular importancia garantizar que los recursos que se ingresen como resultado de llamamientos internacionales se asignen cuidadosamente para garantizar que éstos contribuyan a crear la capacidad a largo plazo de las Sociedades Nacionales para responder ante las brechas de equidad en salud de sus países.

También habrá necesidad de nuevos recursos. Está previsto que el avance en la puesta en marcha de esta estrategia permita a nuevos financiadores internacionales asociarse a la Cruz Roja.

Las Sociedades Nacionales deben plantearse como objetivo establecer procedimientos adecuados que les permitan supervisar los programas a todos los niveles: local, provincial y nacional. Los mecanismos de supervisión en las Sociedades Nacionales deben crearse:

- a nivel de los órganos de gobierno de la Sociedad Nacional: crear una junta que apoye los programas de salud. Las responsabilidades de la junta incluirían la movilización de recursos, la promoción de alianzas y las relaciones con autoridades gubernamentales (Ministerio de Salud).
- a nivel de las instancias de gestión de la Sociedad Nacional (departamento de salud): para garantizar la supervisión regular del programa y desarrollar el programa sobre la base de propuestas de mejoras y rectificaciones de aspectos que no están funcionando bien.

Además de los procedimientos internos de supervisión y evaluación, es posible que sea necesaria una evaluación externa. Los evaluadores externos pueden ser consultores externos que trabajan de manera independiente o con una comisión formada por representantes de gobiernos, instituciones locales, filiales de la Cruz Roja, voluntarios, beneficiarios, etc. Los informes sobre la evaluación deben ser claros y útiles, así como hacer sugerencias que ayuden a tomar decisiones futuras.

Las medidas de supervisión y evaluación descritas anteriormente deben introducirse a todos los niveles y “desde el inicio”, es decir, desde las filiales hasta las sedes.





Glosario

Discriminación: Tratamiento desigual de grupos, basado en sus identidades particulares – generalmente, de grupos raciales y étnicos, pero también extendido a casi toda categoría de identidad distintiva, incluidos la edad y el género. Los niveles de educación, la ocupación, la representación política, los porcentajes de los que viven en condiciones de pobreza, etc., han sido utilizados por las organizaciones que analizan la discriminación en diversas sociedades como patrones para indicar cómo funcionan las exclusiones extraoficiales.

Igualdad: Situación en que toda persona es tratada por igual. En el contexto de esta publicación, toda persona que recibe la misma cantidad y calidad de servicios de salud.

Equidad: En condiciones de salud, es la ausencia de diferencias sistemáticas potencialmente evitables en uno o varios aspectos de la salud dentro de un grupo o subgrupos de población definidos desde el punto de vista social, económico, demográfico o geográfico. (*Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud en los Procesos de Reforma del Sector de la Salud*, OPS, 1997). La equidad implica, en los servicios de salud, disminuir las diferencias evitables e injustas al mínimo posible, recibir atención de salud en función de la necesidad de la persona (equidad de acceso y uso) y contribuir en función de la capacidad de pago de dicha persona (equidad financiera).

Género: El género se refiere a los roles, responsabilidades, necesidades, intereses y capacidades del hombre y la mujer. En éstos influyen factores sociales y culturales. Por consiguiente, el término “género” no sustituye al término “sexo”, el cual se refiere exclusivamente a las diferencias biológicas. Frecuentemente, el hombre y la mujer desempeñan roles diferentes en la sociedad, y, por ende, pueden tener necesidades diferentes. La perspectiva del género es necesaria para garantizar que se reconozcan y aborden las necesidades, vulnerabilidades y capacidades específicas del hombre y de la mujer (vistas en el contexto más amplio de clase, etnicidad, raza y religión).

Vulnerabilidad: Circunstancias en las que una persona está en riesgo de enfrentar situaciones que amenazan su supervivencia o su capacidad de vivir con un mínimo de seguridad social y económica y de dignidad humana.





XVII CONFERENCIA INTERAMERICANA DE LA CRUZ ROJA

**SANTIAGO DE CHILE,
23-26 Abril 2003**

RESOLUCIÓN

Adopción del Compromiso de Santiago de Chile y del Plan de Acción de la Conferencia Interamericana

La XVII Conferencia Interamericana de la Cruz Roja, celebrada en Santiago de Chile del 23 al 26 de abril, bajo el lema “*Equidad en salud, ruta al desarrollo*”,

Recordando la Declaración de Santo Domingo adoptada por la XVI Conferencia Interamericana,

Conscientes del Plan de Acción para América Latina y el Caribe,

Reafirmando su compromiso con la Estrategia 2010, la Estrategia para el Movimiento y el Plan de Acción de la Conferencia Internacional,

Esta Conferencia,

Expresa su gran preocupación por la vida, la salud y la seguridad de la población civil afectada por los conflictos armados y hace un llamado a la estricta observancia de las Convenciones de Ginebra, de los Protocolos Adicionales y de los Principios del Derecho Internacional Humanitario.

Y

Además insta a los gobiernos a asegurar la protección de todos los trabajadores humanitarios en áreas de conflicto armado y a tomar medidas para reducir la creciente inequidad.

Esta Conferencia,

Reafirma su creencia en los Principios del Movimiento de la Cruz Roja como valores importantes en la preservación de la vida y de la dignidad humana.

Toma nota con aprobación del informe sobre la implementación del Plan de Acción para América Latina y el Caribe, del trabajo de los seminarios simultáneos, de la labor realizada por los grupos de trabajo sobre salud y desastres y de los documentos preparatorios, reconociendo su contribución al éxito de la Conferencia, y recomienda su incorporación al Plan de Acción de la XVII Conferencia Interamericana.

Esta Conferencia:

- A *Adopta* el “Compromiso de Santiago de Chile” contenido en el anexo 1.
- B *Adopta* los lineamientos generales del Plan de Acción de la XVII Conferencia Interamericana contenidos en el anexo 2 y solicita al CORI que finalice el documento en el plazo de tres meses.
- C *Urge* a los miembros de la Conferencia Interamericana a implementar acciones consecuentes con el espíritu del Compromiso de Santiago de Chile y con el futuro Plan de Acción.
- D *Solicita* a los miembros de la Conferencia Interamericana que informen, a través del CORI, sobre el progreso de la implementación del Plan de Acción de la XVIII Conferencia Interamericana.
- E *Felicita* a la Cruz Roja Chilena, a sus dirigentes y voluntarios, por su centenario y les agradece su cálida hospitalidad y la excelente organización de la Conferencia.

Anexo 1: Compromiso de Santiago de Chile.



COMPROMISO DE SANTIAGO DE CHILE

Las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja de América, reunidas en Santiago de Chile en Abril de 2003 con el objetivo de señalar nuestras prioridades futuras, identificamos la necesidad de abordar con urgencia la creciente vulnerabilidad causada en América por la pobreza, los desastres y las inequidades en salud.

SALUD

En general, los indicadores de salud en la región han mejorado, pero aún subsisten disparidades crecientes que muestran claramente que las diferencias entre el estado de salud de ricos y pobres, así como entre las sociedades con mayor y menor equidad en términos de distribución de ingresos, va en aumento. Esta situación afecta en particular a mujeres, niños, adultos mayores y personas discapacitadas, así como a las poblaciones geográficamente aisladas.

Ante estos desafíos humanitarios, las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja nos comprometemos a:

- 1 Establecer estrategias y programas nacionales que identifiquen las inequidades en salud.
- 2 Garantizar mayor sinergia entre los diferentes programas de salud y los programas comunitarios de preparación para casos de desastres y desarrollo organizativo.
- 3 Fortalecer cuatro áreas que poseen el mayor potencial para aumentar la repercusión en la salud pública y la integración en todas las intervenciones de las Sociedades Nacionales:
 - A) La salud de la mujer y la salud materno-infantil, conscientes de que ello supone trabajar por eliminar las diferencias de género y desarrollar la estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) a nivel comunitario.
 - B) La respuesta al VIH/SIDA, con intervenciones destinadas a luchar contra el estigma y la discriminación, a prevenir nuevas infecciones, así como a iniciar actividades de cuidado y atención domiciliaria donde resulte apropiado.
 - C) La salud pública en situaciones de emergencia, elaborando planes de intervención para casos de desastre, para enfermedades emergentes y re-emergentes, para emergencias ambientales y situaciones de conflicto armado y violencia que incluyan aspectos de higiene, agua y saneamiento, nutrición, salud psicosocial y albergues temporales.
- 5 Transmitir nuestro mensaje de tolerancia y no-violencia y promover la no-discriminación. Urgir a nuestros gobiernos a asegurar el respeto de los derechos básicos de todas las personas presentes en nuestro territorio, sin discriminación.
- 6 Promover el alivio de las dificultades que sufre la población migrante y desplazada y afirmar que los derechos humanos de *todos* los individuos deben ser respetados, incluyendo el derecho a la salud.

DESASTRES

En el último decenio, los desastres naturales de gran magnitud, en muchos casos relacionados con cambios climáticos han tenido efectos devastadores en el desarrollo de las naciones más pobres de América. Pero a los desastres de gran magnitud es necesario añadir los desastres cotidianos e “invisibles” y los causados por el hombre, en particular por la violencia armada, que producen pérdidas con un efecto acumulativo que supera con creces las producidas por los desastres más impactantes y llamativos.

Ante estos desafíos humanitarios e institucionales, las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja nos comprometemos a:

- 6 Consolidar y desarrollar un sistema integral de gestión de desastres, reforzando los mecanismos de planificación y estableciendo estándares y procedimientos adecuados.
- 7 Consolidar, ampliar, actualizar y desarrollar programas de educación comunitaria en preparativos ante los desastres, mejorando su impacto a nivel comunitario a través del desarrollo de acciones con un enfoque integral.
- 8 Reforzar en primer lugar las organizaciones locales y las filiales de la Cruz Roja en el marco de planes de respuesta y de preparación de la respuesta a los desastres en cada Sociedad Nacional, bien coordinados con los planes a nivel de gobierno.
- 9 Planificar acciones de rehabilitación, reconstrucción y desarrollo desde la primera fase de respuesta a los desastres, basándonos en los análisis de vulnerabilidad y riesgo y centrándonos en el objetivo general de lograr un mayor desarrollo de las comunidades afectadas por los desastres y no una simple vuelta a las condiciones anteriores a los desastres.
- 10 Promover por parte de los gobiernos un mayor entendimiento de, y un compromiso con, la legislación nacional e internacional aplicable en la respuesta a los desastres (conocida como IDRL) para facilitar una mejor prevención, respuesta y preparación para casos de desastres.

CAPACIDAD

Para alcanzar nuestras metas en el trabajo sobre salud y desastres necesitamos fortalecer nuestras capacidades. Para ello las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja de América nos comprometemos a:

- 11 Fortalecer la red de voluntarios que colabora en sus propias comunidades con vistas a lograr programas sostenibles a gran escala y desarrollar sistemas y mecanismos apropiados de gestión del voluntariado.
- 11 Asegurar una participación equilibrada de las personas de diferentes sectores sociales en nuestra organización, intentando reflejar la cultura de la diversidad de nuestras comunidades y enfatizando el equilibrio de género.
- 11 Reconocer el derecho inherente a la participación significativa de las personas jóvenes en la sociedad civil y proveer el espacio necesario para su participación en la toma de decisiones dentro del Movimiento. Implementar estrategias y programas dirigidos especialmente a las personas jóvenes vulnerables, reconociendo la magnitud, relevancia, complejidad y urgencia humanitaria de los problemas asociados con la violencia juvenil.
- 11 Mejorar la comunicación interna y externa, así como la difusión del derecho internacional humanitario.
- 11 Fortalecer las alianzas con organizaciones de personas que viven con VIH/SIDA, con los ministerios de salud y con el sector privado.
- 11 Movilizar recursos y desarrollar acuerdos apropiados a largo plazo con los sectores público y privado como parte de una estrategia global de sostenibilidad.

Nos comprometemos a implementar el Plan de Acción con el convencimiento de que requerirá que redoblemos nuestros esfuerzos a nivel nacional e internacional. Esperamos que las Sociedades Nacionales hermanas, el Secretariado de la Federación y el CICR nos apoyen, en forma coordinada y sostenible, basados en nuestros Planes Nacionales de Desarrollo.

Hacemos un llamamiento a nuestros gobiernos y a organizaciones regionales y nacionales para que también nos apoyen en nuestro compromiso

Reconocemos que el impacto de las decisiones tomadas por la XVII Conferencia Interamericana dependerá del cumplimiento de los compromisos y de un cuidadoso monitoreo y evaluación, basados en el espíritu de cooperación entre las Sociedades Nacionales y nuestras comunidades, gobiernos, organizaciones e instituciones que comparten nuestras preocupaciones. Con este espíritu nos comprometemos.

Los Principios Fundamentales del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja

Humanidad

El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, al que ha dado nacimiento la preocupación de prestar auxilio, sin discriminación, a todos los heridos en los campos de batalla, se esfuerza, bajo su aspecto internacional y nacional, en prevenir y aliviar el sufrimiento de los hombres en todas las circunstancias. Tiende a proteger la vida y la salud, así como a hacer respetar a la persona humana. Favorece la comprensión mutua, la amistad, la cooperación y una paz duradera entre todos los pueblos.

Imparcialidad

No hace ninguna distinción de nacionalidad, raza, religión, condición social ni credo político. Se dedica únicamente a socorrer a los individuos en proporción con los sufrimientos, remediando sus necesidades y dando prioridad a las más urgentes.

Neutralidad

Con el fin de conservar la confianza de todos, el Movimiento se abstiene de tomar parte en las hostilidades y, en todo tiempo, en las controversias de orden político, racial, religioso e ideológico.

Independencia

El Movimiento es independiente. Auxiliares de los poderes públicos en sus actividades humanitarias y sometidas a las leyes que rigen los países respectivos, las Sociedades Nacionales deben, sin embargo, conservar una autonomía que les permita actuar siempre de acuerdo con los principios del Movimiento.

Voluntariado

Es un movimiento de socorro voluntario y de carácter desinteresado.

Unidad

En cada país sólo puede existir una Sociedad de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja, que debe ser accesible a todos y extender su acción humanitaria a la totalidad del territorio.

Universalidad

El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, en cuyo seno todas las Sociedades tienen los mismos derechos y el deber de ayudarse mutuamente, es universal.



CRUZ ROJA MEDIA LUNA ROJA

el poder de humanidad



La *Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja* promueve las actividades humanitarias de las Sociedades Nacionales en favor de las personas vulnerables.

Mediante la coordinación del socorro internacional en casos de desastre y el fomento de la asistencia para el desarrollo, se propone prevenir y aliviar el sufrimiento humano.

La Federación, las Sociedades Nacionales y el Comité Internacional de la Cruz Roja constituyen, juntos, el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.