

Informe Mundial sobre Desastres

Resumen



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



Una organización humanitaria de ámbito mundial

La **Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja** es la mayor organización humanitaria del mundo que presta asistencia sin ninguna distinción de nacionalidad, raza, credo, clase social u opinión política. La misión de la Federación es mejorar la vida de las personas vulnerables movilizándolo el poder de humanidad.

Fundada en 1919, comprende 176 Sociedades Nacionales miembros y algunas otras en proceso de formación, la secretaría de Ginebra y diversas delegaciones repartidas estratégicamente por todo el mundo para apoyar las actividades. La Media Luna Roja se utiliza en lugar de la Cruz Roja en muchos países islámicos.

La Federación Internacional coordina y dirige la asistencia internacional a las víctimas de desastres naturales, desastres tecnológicos y emergencias sanitarias, así como a los refugiados. Conjuga sus actividades de socorro y de desarrollo para afianzar la capacidad de las Sociedades Nacionales y, a través de ellas, la capacidad de la gente. En el plano internacional, la Federación actúa en calidad de representante oficial de las Sociedades Nacionales. Además, fomenta la cooperación entre ellas y obra por acrecentar la capacidad de las mismas para llevar a cabo programas de asistencia social, salud, y preparación en previsión de desastres.

Las **Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja**, auxiliares de los poderes públicos de su respectivo país en el campo humanitario, brindan una gama de servicios que va desde la prestación de socorros en casos de desastre a programas de asistencia social y de salud. En tiempos de guerra, las Sociedades Nacionales asisten a los civiles afectados y apoyan a los servicios médicos de las fuerzas armadas donde sea necesario.

La pujanza de la Federación Internacional reside en la red de Sociedades Nacionales que abarca casi todos los países del mundo y es única en su género. Gracias a la cooperación entre las Sociedades Nacionales dispone de un mayor potencial para desarrollar capacidades y asistir a los más necesitados. En el plano local, la red permite que la Federación Internacional llegue a cada comunidad. Las Sociedades Nacionales, en su conjunto, cuentan con 97 millones de voluntarios y 295.000 empleados, que prestan asistencia a 216 millones de beneficiarios por año.

El **Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR)** es una organización imparcial, neutral e independiente, cuya misión exclusivamente humanitaria consiste en proteger la vida y la dignidad de las víctimas de la guerra y de la violencia interna, brindándoles asistencia. El CICR dirige y coordina las actividades internacionales de socorro que lleva a cabo el Movimiento en situaciones de conflicto armado. Además, se esfuerza por prevenir el sufrimiento, promoviendo y cimentando el derecho internacional humanitario y los principios humanitarios universales. Fundado en 1863, el CICR dio origen al Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.

Todos los componentes del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja se guían por siete principios fundamentales: humanidad, imparcialidad, neutralidad, independencia, voluntariado, unidad y universalidad. Todas las actividades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja tienen un mismo objetivo fundamental: ayudar sin discriminación a quienes sufren, contribuyendo a mantener y promover la paz en el mundo.

La presente publicación es un resumen del «Informe mundial sobre desastres 2000», preparado por más de 20 colaboradores de distintas partes del mundo. La lista de todos ellos figura en la versión completa de 240 páginas, publicada únicamente en inglés.

Para mayores referencias dirigirse a:

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 42 22 – Fax: (41-22) 733 03 95 – Télex: 412 133 FRC CH

Puede asimismo visitar nuestra página Web: <http://www.ifrc.org>,

enviar un mensaje por correo electrónico: secretariat@ifrc.org.

Fotografía de la portada: Mikkel Oestergaard/Federación Internacional, Turquía 1999

Índice

| | |
|--|----|
| Introducción ----- | 3 |
| Sección uno, Temas de salud pública | |
| Capítulo 1 | |
| ¿La salud pública ha desaparecido del mapa? ----- | 5 |
| Recuadro: La Niña se ensaña con Venezuela ----- | 8 |
| Capítulo 2 | |
| Evaluación y definición de prioridades de salud pública ----- | 9 |
| Recuadro: Camboya: Epidemia de fiebre dengue contenida mediante la cooperación ----- | 12 |
| Capítulo 3 | |
| África no puede seguir combatiendo por sí sola la pandemia del sida ----- | 13 |
| Recuadro: Los curanderos y el VIH ----- | 16 |
| Capítulo 4 | |
| La salud pública de Corea del Norte se resiente del aislamiento ----- | 17 |
| Recuadro: Partir sin callar – Cuando las ONG se van, los problemas se acentúan ----- | 20 |
| Capítulo 5 | |
| Chernobil, un desastre crónico ----- | 21 |
| Recuadro: Cáncer de la glándula tiroideas: ¿Quién se preocupa? ----- | 24 |
| Capítulo 6 | |
| Fiebre humanitaria en Kosovo ----- | 25 |
| Recuadro: Diez toneladas de oscuridad ----- | 28 |
| Sección dos, Tendencias del sistema | |
| Capítulo 7 | |
| Inesperado aumento de la ayuda mundial ----- | 29 |
| Recuadro: El comercio y la deuda eclipsan la ayuda ----- | 32 |
| Capítulo 8 | |
| Ha llegado la hora de codificar la intervención internacional en casos de desastre -- | 33 |
| Recuadro: Codificación de la intervención internacional en casos de desastres: Esferas que requieren ulterior elaboración jurídica. ----- | 36 |
| Datos fidedignos para una intervención eficaz ----- | 37 |
| Orden de compra (edición en inglés 2000) ----- | 39 |

Invertir en la gente para colmar la brecha

La mayoría de la gente conoce a la Cruz Roja y a la Media Luna Roja principalmente por sus intervenciones en caso de desastre, ya sea en las comunidades locales o en el plano internacional. Pero nuestra labor cotidiana tiene más que ver con la atención básica de salud y la asistencia social para colmar la brecha entre aquello que las familias y las comunidades se procuran por sí mismas y aquello que procura el Estado.

Ahora bien, cuando se desata un desastre, la atención comunitaria trastabilla porque las familias se desgajan, los sistemas estatales se resquebrajan y la brecha entre necesidades y prestación de servicios se ensancha enormemente. Entonces, colmar esa brecha en situaciones de desastre a menudo significa que, una vez terminada la fase de emergencia, las organizaciones se encuentren ante un dilema: Partir, sabiendo que los sistemas comunitarios y los sistemas estatales aún no se han restablecido, o permanecer, exponiéndose al riesgo de quedar atrapadas en el compromiso ilimitado de las prestaciones de bienestar social.

Peor aún, mientras los desastres repentinos monopolizan titulares y donaciones, los desastres cuyas causas son menos espectaculares, y de los que no se habla, cobran muchas más vidas. Los sistemas de salud pública de muchos países están en crisis y experimentan una seria deficiencia de fondos. Hoy en día, la debilidad de los sistemas sustenta muchos desastres y esa debilidad se agudiza con cada desastre.

En África, el desastre del VIH/SIDA no se puede neutralizar con medicamentos caros, para lograrlo hace falta educación básica para la salud y un sistema de salud que preste servicios estables. En la República Democrática Popular de Corea, que otrora contara con uno de los mejores sistemas de salud de los países en desarrollo, la tuberculosis y el paludismo ganan terreno, y en los hospitales, el combustible de las estufas es hollín recogido en chimeneas de los alrededores. En las inmediaciones de Chernobil, millones de personas siguen viviendo con la pesadilla de las radiaciones. El índice de casos de cáncer no cesa de aumentar y la detección, el tratamiento y el apoyo psicosocial siguen siendo inadecuados 14 años después del desastre. En Kosovo, el sistema de atención de salud ha quedado totalmente desmantelado y reconstruirlo no sólo requerirá capital sino también un replanteamiento global de la función del Estado en el campo de la atención de salud.

Estoy convencido de que debemos poner de relieve algunas causas subyacentes del sufrimiento así como las consecuencias a largo plazo de las crisis que son objeto de nuestra intervención. Hace largo tiempo que se acabó la época en que las intervenciones en caso de desastre consistían en “llegar rápido y partir rápido”. Ya no podemos limitarnos a recoger nuestros pertrechos y partir inmediatamente después de terminada la fase de emergencia. También es impropio inyectar recursos inadecuados en sistemas que funcionan mal.

Ahora tenemos que ser más sagaces. Las organizaciones humanitarias deben definir mucho mejor sus acciones y sus campañas de sensibilización, estableciendo asociaciones con comunidades, gobiernos, empresas del sector privado, órganos de investigación en el campo de

la salud, y periodistas. La educación para la salud y las prestaciones de salud pública en el seno de las propias comunidades permitirán que éstas se fortalezcan y estén mejor preparadas para hacer frente a la situación. Tenemos que invertir en la gente y no sólo en instalaciones. Propiciar cambios de comportamiento es tan importante como construir hospitales. Apoyar a los Estados damnificados por desastres para que dispongan de sistemas de salud pública apropiados contribuirá a prevenir ulteriores desastres. Además, en el ámbito de la sensibilización a escala internacional han de abordarse algunas amenazas sistémicas que aquejan a la salud pública: Falta de inversión en soluciones para los países en desarrollo; desplazamiento de la ayuda hacia corrientes de capital que tal vez no sirvan para subvenir a las necesidades de los grupos más vulnerables; cambio de clima y explotación de la tierra, pobreza y educación precaria.

La Federación Internacional fue fundada en 1919 para neutralizar la amenaza de epidemias en la Europa de posguerra. Hoy, ocho decenios después, mantenemos firmemente nuestro compromiso de intervenir en caso de crisis y de preparar a la gente no sólo para que haga frente a dichas crisis sino también a otras amenazas que ponen en peligro su vida y su dignidad.



Didier J. Cherpitel
Secretario General

¿La salud pública ha desaparecido del mapa?

Las catástrofes naturales o provocadas por el hombre ocupan los titulares pero los desastres crónicos de salud pública son mucho más mortíferos. Cada año, 13.000.000 de personas mueren de enfermedades infecciosas. Las asociaciones internacionales entre organizaciones humanitarias, gobiernos, el sector privado e instituciones financieras pueden ser una solución. No obstante, las estrategias de prevención y la educación para la salud en primera línea, promovidas por voluntarios y trabajadores de la salud comunitarios debidamente formados, debe completar las iniciativas a escala internacional.

Desde 1945 a la fecha, 150 millones de personas han muerto de sida, tuberculosis y paludismo; compárese esta cifra con los 23 millones de muertos en la guerra. En 1998, las enfermedades infecciosas equivalieron a 365 millones de años perdidos de vida saludable. La mayoría de las muertes por enfermedad podrían prevenirse a un costo de cinco dólares por persona pero en los países de bajos ingresos los gastos de salud han disminuido, registrando una media de 1% del producto interno bruto (PIB) cuando en los países de altos ingresos es 6%.

Cada hora mueren 300 personas de sida. Según el vicepresidente de EE.UU., esta pandemia representa “la amenaza de mayores dimensiones para la seguridad”. El Banco Mundial, por su parte, afirma que con los 2.300 millones de dólares que se necesitan anualmente para la prevención en África, la caja de caudales está “lamentablemente vacía”. La expectativa de vida y la productividad económica se hundieron. La mitad de los 5.600.000 personas que contrajeron el VIH el año pasado eran menores de 25 años. Asimismo, el sida constituye por sí solo la mayor amenaza para el desarrollo de muchos países.

Entonces, ¿cómo establecer prioridades respecto a la asignación de recursos? Los costosos medicamentos occidentales prolongan la vida pero insumen fondos destinados a la prevención basada en la comunidad que podría salvar millones de vidas. Dado que no se prevé disponer de una vacuna contra el sida hasta dentro de siete a 10 años, el consenso político sigue siendo crucial para prevenir la infección por VIH mediante una verdadera educación para la salud.

La lucha contra las demás enfermedades infecciosas importantes requiere un método global de supervisión, inmunización y educación. En 1918, la fiebre española cobró unos 40 millones de vidas. Hace dos años, expertos vigilantes detectaron otra pandemia en Hong Kong. En 1998, las infecciones agudas de las vías respiratorias mataron 3.500.000 personas.



Sección
uno

Temas
de salud
pública

Christopher Black, Belice 1995.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en Indonesia, Rusia y Sudáfrica podían haberse evitado muchas muertes, si se hubiera administrado el tratamiento recomendado para la tuberculosis. En China, donde se invirtió en el control de la tuberculosis, se logró curar 95% de casos. El paludismo cobra hasta 2.600.000 vidas por año; 75% de las víctimas son niños. Lo que se había logrado en el pasado se está perdiendo debido al calentamiento del planeta, la emigración, los cambios en la explotación de la tierra y la resistencia a los medicamentos. El peligro que suponen las nuevas enfermedades infecciosas y las que vuelven a emerger se subraya en un reciente informe de la CIA que “responde a la creciente preocupación de los principales dirigentes de EE.UU. por las consecuencias en términos de salud, economía, y seguridad nacional que tendrá la creciente amenaza de las enfermedades infecciosas a escala mundial”. En el informe se prevé “deterioro económico, fragmentación social e inestabilidad política en los países más golpeados”.

La privatización de la atención de salud en los países en desarrollo y los países en transición sumen a los más pobres del mundo en el endeudamiento y la mala salud. En India predomina actualmente el modelo occidental basado en “medicamentos, médicos y dispensarios”. Con un mercado de 60.000 medicamentos que requieren receta, los gastos de salud son la segunda causa más común de endeudamiento rural. Según uno de los médicos que hacen autoridad en India, la privatización fomenta la atención curativa motivada por el lucro, socavando las estrategias de salud pública de carácter preventivo que no generan ganancias.

Las fuerzas del mercado aún no han llegado a Corea del Norte donde el aislamiento político y económico ha arruinado el sistema de salud pública otrora eficiente. En invierno, a raíz de la falta de equipo, medicamentos, alimentos y transporte, los hospitales pueden acoger menos del 20% de los pacientes que permite su capacidad. Tras una incipiente hambruna, una encuesta llevada a cabo en 1998 reveló que 60% de los menores de siete años sufrían de retraso del crecimiento. Algunos organismos se han retirado invocando problemas de acceso y supervisión pero la Federación Internacional sigue formando personal médico y distribuyendo medicamentos hasta el nivel de clínicas de distrito.

La pobreza trae aparejada la desnutrición y una menor resistencia a las enfermedades. La desnutrición provoca más de la mitad de los decesos infantiles; a escala mundial, la desnutrición aqueja a uno de cada tres niños. Por lo tanto, invertir en salud significa mejorar las condiciones de trabajo de los 1.500 millones de personas más pobres del mundo.

El aislamiento político y la pobreza consecutivas al fin de la guerra fría agravaron la crisis de salud pública tras el desastre nuclear de Chernobil de 1986, que irradió 100 veces más radiactividad que las bombas de Hiroshima y Nagasaki juntas. Los índices de cáncer de tiroides siguen aumentando y los índices de malformaciones congénitas se han disparado. La Federación Internacional presta apoyo psicosocial a 4.000.000 de sobrevivientes, traumatizados por el secreto que se guardara respecto al accidente, las enfermedades emergentes y el derrumbamiento socioeconómico.

El año pasado, en una Pristina invadida por los medios de comunicación, tan solo en el sector de atención de salud, 200 organismos de ayuda se hicieron la competencia socavando la autosuficiencia del personal médico kosovar. Las cuestiones psicosociales se convirtieron en la “moda del mes” para los organismos en busca de atención. Por otra parte, tras el terremoto del

último agosto en Turquía, los medios de comunicación propagaron leyendas, según las cuales como los cadáveres provocan epidemias, los cuerpos de los seres queridos eran recuperados por las excavadoras y tirados sin miramiento alguno en fosas comunes, lo que traumatizó profundamente a muchos turcos.

En 1999, la Federación Internacional y la OMS establecieron las primeras directrices para evaluar rápidamente las necesidades en materia de salud mental. Pero cicatrizar las heridas psicológicas que dejan los desastres repentinos lleva decenios y muchos métodos de psiquiatría tradicional no pueden aplicarse en el caso de crisis humanitarias. De ahí que después de un desastre, deba darse cabal prioridad a una atención psicosocial a largo plazo que sea sensible a la cultura del lugar.

Cuando los desastres dejan consecuencias a más largo plazo en el campo de salud pública y las prestaciones nacionales de salud son tan precarias que las enfermedades se conviertan en desastres, ¿qué implica todo ello para los organismos humanitarios? Las organizaciones no pueden ocuparse de los desastres sistémicos de salud pública como si se tratara de “emergencias” pero cabe preguntarse si los donadores se comprometerían a proporcionar fondos a largo plazo.

Hacen falta asociaciones tales como el Grupo de Coordinación Interinstitucional, que tiene por finalidad controlar los brotes de meningitis, o la Alianza Global para Vacunas e Inmunización (conocida por la sigla en inglés GAVI) que se propone salvar a 3.000.000 de niños por año, vacunándolos contra enfermedades evitables, y que en noviembre de 1999 recibió una donación de 750 millones de dólares de la Fundación Bill y Melinda Gates.

Destinar una parte de los fondos de infraestructura para propiciar cambios de comportamiento podría reducir significativamente la mortalidad infantil. Dichos cambios abarcan: mejor saneamiento y rehidratación, una vez tratada la diarrea; prácticas sexuales más seguras como el uso de preservativos; amamantamiento los primeros seis meses de vida, y mosquiteros tratados en las zonas aquejadas de paludismo.

Movilizar a las comunidades es fundamental para la “Iniciativa de Salud de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja para África” (ARCHI), de la Federación Internacional. Voluntarios locales con la debida formación pueden divulgar mejor los mensajes de prevención que los hospitales gubernamentales que carecen de recursos. No obstante, los gobiernos anfitriones deben mantener la continuidad de la atención de salud entre el hogar y el hospital.

Compartir conocimientos es un medio idóneo de mejorar la salud. La educación de las madres reduce la mortalidad materno-infantil y propicia el control de natalidad. Aun así, en el África subsahariana, hoy en día hay menos niños que asisten a la escuela que hace un decenio y 40 millones carecen de educación primaria.

En los países en desarrollo, la situación también es precaria en lo que se refiere a la ciencia. Como no hay mercado, tampoco han aparecido vacunas contra el paludismo pero los gobiernos de los países ricos podrían fomentar la investigación comercial ofreciéndose a comprar una vacuna contra el paludismo que fuera eficaz para los países más pobres, y que si

diera resultado, podría salvar millones de vidas. La erradicación de la viruela en 1977 permite abrigar esperanzas.

Mientras tanto, los gobiernos de los países más pobres podrían imitar a Costa Rica que asigna a la salud pública el 6% del PIB, es decir, 10 veces más que el presupuesto de defensa. Los costarricenses viven nueve años más de lo que se podría prever en función de su situación económica y la mortalidad infantil ha disminuido a índices del primer mundo.

Los retos de salud pública no respetan las diferencias que se hacen en los documentos entre desarrollo y desastre. La intervención humanitaria debe ser global y constante. Es indispensable ir más allá de las “bandas de ayuda” dirigidas por los medios de comunicación y orientarse hacia el apoyo a largo plazo. Las asociaciones entre el sector público y el sector privado, y la inversión en la gente, no sólo en instalaciones, son estrategias determinantes. Hace falta valentía, visión y compromiso a escala mundial porque lo que está en juego no es únicamente la salud.

La Niña se ensaña con Venezuela

En diciembre de 1999, dos semanas de lluvias torrenciales convirtieron las laderas de las colinas de Venezuela en avalanchas tropicales, arrastrando cientos de cuerpos y edificios hasta el mar. Olas de 15 metros arrasaron las comunidades costeras. Según estimaciones oficiosas, en el peor desastre del siglo en América Latina murieron 30.000 personas y más de 110.000 perdieron su hogar.

Este desastre tuvo tres puntos comunes con el huracán Mitch que un año antes había cobrado 10.000 vidas en América Central. La Niña intensificó las tormentas. Los campesinos desempleados que habían huido a las zonas urbanas habían transformado las escarpadas laderas de las colinas en enormes barriadas de viviendas precarias, y la despoblación forestal en las alturas de esas barriadas destruyó la única protección que quedaba contra los deslizamientos de tierra.

Los más pobres, aquellos con menos posibilidades de elegir, terminaron entonces por “vivir en zonas que no debían estar pobladas y en viviendas que no están previstas para resistir a ningún movimiento inestable”, dice un profesor de silvicultura venezolano.

Los cadáveres arrastrados por los torrentes de lodo no supusieron un riesgo para la salud. Las enfermedades diarreicas y de las vías respiratorias, la supervisión y la educación para combatir las enfermedades contagiosas constituyeron las preocupaciones principales. El hacinamiento en los refugios temporarios, la destrucción de los servicios básicos y el consumo de agua contaminada fueron los mayores riesgos para la salud. En el Estado de Vargas habrá que verter las aguas servidas en el mar y beber el agua suministrada por camiones cisterna durante los dos próximos años mientras se repara la red de cañerías a lo largo de la costa.

A efectos de subvenir a las necesidades a largo plazo en la esfera de salud pública, el Banco Interamericano de Desarrollo aprobó una nueva programación de préstamos por valor de 200 millones de dólares destinados a la distribución de agua potable, la vigilancia epidemiológica y la educación para la salud. Aun así, puesto que tan solo en el Estado de Vargas se perdieron 250.000 puestos de trabajo y que 29% de la infraestructura de salud del país resultó dañada o destruida, tal vez falte efectivo para reembolsar los préstamos.

Evaluación y definición de prioridades de salud pública

Los desastres que acarreó la fragmentación ulterior al fin de la guerra fría, los conflictos y el cambio climático están absorbiendo recursos preciosos de los Estados más pobres, dejando muy poco apoyo a la prestación de salud pública a largo plazo. Las intervenciones humanitarias en zonas que van del África subsahariana a Kosovo o Corea del Norte deben ampliarse, pasando del socorro de emergencia a la rehabilitación para mitigar futuros desastres. De ahí que para subvenir a necesidades ilimitadas con recursos escasos haya que definir prioridades con sumo rigor.

Aunque se dispone de toda una gama de herramientas de alta tecnología y de herramientas “de terreno” para evaluar y definir las necesidades en materia de salud pública, es indispensable perfeccionar la planificación y la cooperación interinstitucionales. Dado que no se trata de esferas de influencia sino de herramientas de trabajo, ¿resultan más útiles las metodologías de vanguardia o los organismos directores? Cuando se pone en tela de juicio su legitimidad, los organismos humanitarios deben demostrar su competencia para intervenir y rendir cuentas de sus acciones.

Actualmente, el acopio de datos para prever las necesidades de salud pública abarca datos meteorológicos y socioeconómicos. En Kosovo, antes de que comenzaran los bombardeos de la OTAN, la OMS recolectó datos para las brigadas de socorro; estos datos comprendían cuadros de enfermedades transmisibles, de vacunación y de los problemas de salud existentes, así como detalles sobre la infraestructura y el personal de salud pública de Albania y Macedonia.

A través del proyecto de la OMS denominado “Red de información sanitaria para la planificación en previsión de emergencias”, conocido por la sigla en inglés HINAP, se entiende proporcionar datos de salud pública y cuadros políticos y económicos para promover intervenciones preventivas en aquellos países donde ya hay alguna crisis o está a punto de estallar una. Ahora bien, para que la información sea útil debe filtrarse mejor.

La alta tecnología ha comenzado a transformar la ayuda humanitaria. Las imágenes de las crecidas del río Juba de Sudán, transmitidas por satélite en 1997, junto con los gráficos del SIG en los que se veía la población, los pozos y la distribución de semillas, ayudaron al CICR a determinar exactamente las zonas de intervención antes de que llegaran las brigadas de socorro, lo que permitió ganar tiempo y ahorrar recursos en el terreno.

La OMS y el UNICEF establecen las necesidades prioritarias utilizando mapas de salud en los que figuran los recursos de salud pública y las enfermedades relacionadas con el entorno y la infraestructura locales. En los mapas de riesgo, trazados por *Save The Children Fund*, se utilizan datos económicos para ayudar a prever en qué zonas de África hará falta ayuda alimentaria.



Sección uno

Temas de salud pública

Jenny Matthews/Federación Internacional, Sudán 1999.

El Sistema de Supervisión Sanitaria, programa informático creado por la Federación Internacional para la gestión de operaciones de asistencia a refugiados, contiene bases de datos sobre la población de los campamentos, los pacientes, el personal y el consumo de medicamentos, así como una lista de diagnóstico de las enfermedades más comunes.

Ahora bien, la alta tecnología tiene sus límites (en particular, el costo y el acceso), y no debería dictar las prioridades de salud pública. La alta tecnología puede proporcionar más detalles pero únicamente las encuestas rápidas en el terreno permitirán localizar a todos los beneficiarios.

Detectar el paludismo con microscopios de alta tecnología requiere electricidad y técnicos pero, por lo general, en las zonas afectadas no se dispone de la infraestructura necesaria. Frente a la resistencia a la cloroquina que se va propagando por todo el mundo, las tiras reactivas suponen una alternativa menos costosa y más práctica. Los camareros de Brasil y los maestros de Bangladesh han aprendido a utilizar estas tiras en su lugar de trabajo para diagnosticar el paludismo en 15 minutos, lo que ha permitido reducir costos, ahorrar en formación e infraestructura, y ganar tiempo entre diagnóstico y tratamiento.

La donación de medicamentos innecesarios sigue creando problemas en las zonas de desastre. Las empresas farmacéuticas estadounidenses que benefician de exenciones fiscales, a menudo envían medicamentos inútiles a las zonas de desastre, a pesar de las directrices establecidas por la OMS hace tres años. Además, la incineración de los medicamentos innecesarios es onerosa de por sí y como no se dispone de centrales de incineración en todas partes, a ello hay que sumar los gastos de transporte. Sólo la mitad de los medicamentos enviados a los campamentos de Albania el año pasado tenían fecha de caducidad. En Georgia, la donación de medicamentos no solicitados dio lugar a abusos que generaron cepas letales de tuberculosis resistentes a los medicamentos. Ahora, el gobierno autoriza únicamente a los médicos diplomados a recetar medicamentos contra la tuberculosis.

De nada sirve contar con herramientas para evaluar y delimitar las intervenciones si no hay coordinación ni cooperación entre quienes intervienen en caso de desastre. Cuando estalló la crisis de Kosovo, la coordinación de la intervención humanitaria tardó bastante; los organismos se libraron a la competición para granjearse la atención de los medios de comunicación, hicieron evaluaciones individuales, se negaron a compartir información y se ocuparon exclusivamente de sus propias prioridades. Hacia el otoño de 1999, unos 400 organismos internacionales estaban presentes en Pristina, lo que empantanó los esfuerzos locales de recuperación. La duplicación de evaluaciones y socorros provocó antagonismos entre los beneficiarios.

Tras el terremoto de Turquía, el gobierno nombró organización humanitaria directora a la Federación Internacional lo que permitió llevar a cabo algunas misiones de evaluación conjuntas pero nadie coordinó la afluencia masiva de brigadas de búsqueda y rescate procedentes de docenas de países.

La OMS se ha propuesto cumplir funciones de organización líder. Tras las evaluaciones del año pasado en Timor Oriental, solicitó fondos para reconstruir la infraestructura de salud, controlar las enfermedades infecciosas, y ocuparse de salud mental e higiene de la reproducción. Pero tal vez la fuerza de la OMS reside más bien en el análisis de datos y directrices para mejorar la práctica, que en las intervenciones en primera línea.

Utilizar herramientas comunes, en lugar de hacerse la competencia, ha dado resultado. En Macedonia, los organismos cooperaron en las evaluaciones de necesidades utilizando el mismo formulario de encuesta de la OMS. El “Proyecto de la esfera sobre normas mínimas de respuesta humanitaria en casos de desastre”, producto del consenso de docenas de organismos, es un instrumento completo en lo que se refiere a la cooperación a defecto de la coordinación.

La cooperación en lo que respecta a compartir y divulgar información hace muchísima falta. Medios de comunicación como la radio pueden ayudar a buscar personas desaparecidas; indicar a la gente donde debe dirigirse para recibir ayuda, y ampliar el apoyo psicosocial, principalmente en el caso de aquellos a quienes es difícil llegar.

Un sistema de acreditación podría contribuir a que las organizaciones demostraran una mayor competencia y transparencia. El año pasado, no todos los organismos cumplieron con la demanda de Albania en cuanto a que debían verificar las credenciales de sus médicos. Este incumplimiento es sorprendente porque la mayor parte de los países occidentales tampoco permite que los extranjeros ejerzan la medicina sin las debidas credenciales.

La presión que se ejerce en los organismos para que operen rápidos movimientos de personal puede provocar una pérdida de calificaciones. Por lo tanto, ¿cómo decidir acerca de las prácticas óptimas? En EE.UU., las asociaciones entre facultades de salud pública y ONG fomentan el debate y la documentación de la experiencia humanitaria. Si bien es cierto que la salud predomina en las intervenciones de emergencia, también es preciso evaluar otros factores que contribuyen a obtener resultados.

Las asociaciones de orden técnico con economistas, científicos, periodistas y académicos permiten crear nuevas herramientas para evaluar y definir prioridades en el ámbito de las intervenciones; las asociaciones estratégicas con gobiernos, empresas farmacéuticas y filántropos pueden contribuir a multiplicar la repercusión de herramientas existentes tales como la inmunización.

Pero las herramientas nuevas y las asociaciones internacionales requieren que en las comunidades afectadas por desastres haya gente adiestrada y que esté dispuesta a transformar la teoría en realidad. Por lo tanto, es preciso establecer y sustentar asociaciones locales con sólidas redes de voluntarios. En el ámbito de la “Iniciativa de Salud de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja para África” (ARCHI 2010), de la Federación Internacional, se imparte formación a voluntarios africanos y se ofrecen incentivos básicos para reducir la tasa de deserción. Invertir en la capacidad local mitigará los efectos de las crisis actuales en la esfera de la salud pública y de futuros desastres. La gente del país llega a las zonas golpeadas por los desastres mucho antes que los organismos internacionales y permanece allí mucho tiempo después que éstos se van. La formación de voluntarios colma la brecha entre desastre y rehabilitación, principalmente en lo que se refiere al trauma psicológico. Sabido es que los equipos internacionales tienen que debatirse para prestar servicios terapéuticos en medio de culturas que les son ajenas, mientras que fortalecer la capacidad local permite intervenir a más largo plazo.

Los organismos de socorro pueden servirse de los desastres como puerta de entrada para hacer aportes a largo plazo que incrementen la autosuficiencia local en lugar de reducirla.

A tales efectos, la financiación —de la preparación en previsión de desastres a la rehabilitación, pasando por las emergencias— ha de ser mucho más estable para evitar brechas perniciosas. Las crisis que sobrevienen cerca de los países donadores, y sobre las cuales informan ampliamente los medios de comunicación, generan una gran cantidad de aportes espontáneos, lo que incide en la capacidad de los organismos de subvenir a necesidades mayores en países lejanos. Las presiones que se ejercen para que se “vaya con la corriente” traen aparejada una insuficiencia de informes sobre otras crisis como las de Irian Jaya o Sierra Leona y la consiguiente disminución de la ayuda. La proximidad geográfica y los medios de comunicación pueden influir menos, tratándose de fondos de fideicomiso y filántropos.

Al igual que los Estados que dejan de ocuparse de la salud pública, la urbanización desmedida y el deterioro ambiental suponen nuevos retos y los organismos humanitarios puede desempeñar una función aún más importante en el campo de la salud pública. Para ello deben atender más a la planificación, la formación y la preparación en previsión de desastres, lo que a su vez requiere una financiación estable. Los organismos humanitarios deben cooperar en lugar de hacerse la competencia, ver más allá de sus propios límites y trabajar en asociaciones imaginativas, principalmente de ámbito local. Todo es cuestión de adaptarse, no sólo para sobrevivir sino también para ayudar a sobrevivir a los demás.

Camboya: Epidemia de fiebre dengue contenida mediante la cooperación

La estrecha colaboración entre el Ministerio de Salud de Camboya, la Federación Internacional y la Cruz Roja Camboyana (CRC) durante una operación que duró siete meses y terminó en febrero de 1999, contribuyó a controlar la epidemia de fiebre dengue hemorrágica, enfermedad viral propagada por los mosquitos que aquejó principalmente a niños menores de 14 años. En 1998, se registraron más de 16.000 casos y murieron 185 niños como mínimo.

Expertos de la Cruz Roja examinaron los datos sobre la población y el número de casos nuevos, suministrados por el Ministerio de Salud y la OMS, a efectos de identificar las provincias más expuestas a este riesgo. Luego, la CRC, dicho ministerio y la OMS hicieron una evaluación conjunta de las necesidades en las dos provincias más afectadas, determinando los hospitales que recibirían suministros médicos y estuches de transfusión de sangre.

Dado que no hay vacuna contra la fiebre dengue, los medios de control más eficaces consisten en reducir la cantidad de mosquitos e

incrementar la educación para la salud. Mediante una campaña por radio y televisión en la que también se distribuyeron folletos y carteles, se exhortó a la población a almacenar el agua en recipientes limpios, a taparlos y a echar el larvicida en el agua. En dicha campaña educativa, apoyada por los voluntarios de la juventud de la CRC, también se instruyó a las madres para que supieran reconocer los primeros síntomas y que sus hijos pudieran recibir tratamiento rápidamente.

Paralelamente, los voluntarios de la Cruz Roja ayudaron a promover la hospitalización inmediata y las operaciones colectivas de limpieza ambiental, al tiempo que el Ministerio de Salud y la OMS distribuían larvicidas e insecticidas enviados por avión a Camboya.

A largo plazo, la Cruz Roja se propone reducir la vulnerabilidad a los brotes de fiebre dengue, incluyendo esta enfermedad en la formación de primeros auxilios que se imparte a las comunidades y procediendo a limpiezas periódicas, organizadas por grupos de la juventud de la Sociedad Nacional.

África no puede seguir combatiendo por sí sola la pandemia del sida

En el próximo decenio, el sida matará más seres humanos en África subsahariana que todas las guerras del siglo XX. “No se trata sólo del virus ni de la falta de medicamentos, la gente está muriendo de hambre y pobreza. No es una enfermedad sino un desastre”, afirma un trabajador comunitario de Kenia.

En todo el mundo, 50 millones de personas contrajeron el VIH y más de 16 millones han muerto. El año pasado se registró el número más alto de decesos, 2.600.000, y 5.600.000 personas más contrajeron el virus. Unos 23 millones de africanos están infestados, lo que representa el 70% del total de casos. A juicio del director de ONUSIDA, “esta pandemia es la amenaza más grave para el desarrollo”, ya que también compromete la estabilidad política como se informó al Consejo de Seguridad de la ONU en enero del 2000.

¿Por qué el virus se sigue propagando cuando los países mantienen que la gente está bien informada de este grave peligro? ¿Cómo cambiar comportamientos? ¿África debería tener acceso a los onerosos medicamentos de occidente o tendría que invertir en prevención y atención de salud? “Expertos” y gobiernos, ¿no están al corriente?

En Zimbabue se prevé una disminución del PNB. El grupo de edad más productivo, 16 a 49 años, está prácticamente desapareciendo y 25% de adultos son seropositivos. Debido a la larga incubación entre que se contrae la infección y se declara la enfermedad, cabe temer lo peor. Hacia el 2005, el PNB de África meridional acusará una baja del 14% a raíz del sida.

La hambruna diezma la población rural porque en Zimbabue cada semana, 1.200 personas mueren de sida y no hay suficiente mano de obra para laborar los campos. Además, puesto que el VIH/SIDA se considera un problema “urbano”, los índices de infección están aumentando en las zonas rurales debido a los conflictos, la emigración y los trabajadores itinerantes. En las zonas rurales de Ruanda, la infestación de personas de 20 a 44 se ha multiplicado por 10 en un decenio. La pobreza obliga a los trabajadores a ir a buscar trabajo en las ciudades donde los índices son más altos. Los trabajadores que regresan a su casa en vacaciones son portadores del virus.

Las intervenciones en las zonas rurales son inadecuadas e impropias. En comparación con las ciudades, hay menos información, menos posibilidades de someterse al examen para detectar el VIH, menos asesoramiento, menos acceso a los preservativos e incluso menos sensibilización. El costo de la atención, la alimentación, los medicamentos y los funerales han empobrecido a muchos, desgarrando la red de seguridad de la familia ampliada y quienes atienden a los enfermos no dan abasto.



Sección
uno

Temas
de salud
pública

Sean Sprague/Ranos Pictures, Tanzania.

Las mujeres son quienes más sufren. El riesgo de contraer el virus es seis veces mayor para las chicas de 15 a 19 años que para los chicos de la misma edad. También son más vulnerable a la transmisión sexual del VIH porque mantienen relaciones sexuales con hombres mayores que están infestados. La dependencia económica de los hombres significa que la mayoría de ellas no pueda negarse a esas relaciones aún sabiendo que deberían hacerlo.

La costumbre de “heredar” la viuda agrava aún más la situación: un hombre infesta a su primera esposa y luego hereda a la viuda de un pariente. Cuando muere, sus esposas pasan a los otros que también mueren y el virus no cesa de propagarse. Muchas mujeres se rebelan pero necesitan apoyo.

Algunos creen que un hombre puede librarse del VIH si tiene relaciones sexuales con mujeres vírgenes. Una niña de 12 años, fue violada por el marido de su hermana mayor. Los padres consintieron este rito de “purificación”. Poco tiempo después, el hombre murió y tanto ella como su hijo están contaminados.

¿En qué medida se tiene consciencia de la pandemia en África? Unas encuestas revelaron que las mujeres de Zimbabue no practican el sexo sin riesgos; la mayoría conoce el peligro pero se siente impotente de cambiar las cosas y dice que la infidelidad de los hombres es inevitable. Más del 76% de las mujeres casadas dice que sólo las “mujeres ligeras” usan preservativo. Cuando se les preguntó si los jóvenes que mantienen relaciones sexuales deberían usarlo, una de ellas respondió: “Así se les alentará aún más. Tal vez sea mejor que mueran”.

La prevención y la atención médica deben ampliarse globalmente. Los gobiernos tienen el deber de procurar atención a quienes sufren del VIH/SIDA, aun cuando las organizaciones de ayuda les brinden apoyo. Actualmente, los dirigentes africanos califican al sida de mayor amenaza para el desarrollo del continente, pero sigue faltando urgencia política. A pesar de que en Zimbabue uno de cada cuatro adultos está infestado, el VIH/SIDA sólo fue declarado desastre nacional en septiembre de 1999.

Algunos aseveran que frente a la oposición política, los eclesiásticos que quemaban preservativos en público y los evangelistas que hablaban de retribución divina, el gobierno de Kenia ha evitado todo lo que se refiere al sida porque es demasiado contencioso y las iglesias influyen en el voto. El año pasado, tras reconocer que el sida era un desastre nacional, el Presidente Moi mantuvo que de todos modos “sería impropio propiciar el uso del preservativo”.

En 1986, cuando Museveni asumió la presidencia, Uganda registró el índice de infección más alto del mundo. Pero abordó el tema de la pandemia del sida públicamente bregando por un método multisectorial y solicitando el apoyo de los dirigentes religiosos y los dirigentes tradicionales. Del debate nacional surgió el consenso. A través de educación para la salud, campañas públicas, debates y mensajes por radio se informó a los ugandeses qué era el sida, cómo se propagaba y cómo podía controlarse mediante la abstinencia, la fidelidad y prácticas sexuales sin riesgos. La venta de preservativos se disparó. Las encuestas revelaron que las relaciones sexuales ocasionales disminuyeron y que los jóvenes postergan la primera relación sexual. En las zonas urbanas, los índices de infección han comenzado a bajar.

No obstante, 2.000.000 de ugandeses están infestados y el sufrimiento sigue siendo inaceptable, principalmente en las zonas rurales que carecen de atención médica y medicamentos esenciales. Se han asignado poquísimos fondos para fortalecer la

infraestructura. Aun así, Uganda ha demostrado a África que desole el gobierno a las bases, cada quien tiene la responsabilidad individual y colectiva de controlar el sida.

ONUSIDA estima que más del 90% de los africanos infestados no sabe que es seropositivo. El asesoramiento y los exámenes voluntarios pueden prevenir la transmisión del VIH y ayudar a la gente a hacer frente a la infección. Ese es el punto de partida de la “atención continua” que necesitan quienes sufren de sida mediante apoyo en el hogar y la comunidad, servicios sociales y hospitales. Dado que los sistemas de salud de África ya no dan abasto, la atención en el hogar es fundamental y requiere financiación a largo plazo. Voluntarios de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja con la debida formación pueden, por ejemplo, ocuparse de que cada enfermo de SIDA tenga una persona que lo atienda. Los voluntarios identificarán y apoyarán a dichas personas y, simultáneamente, impartirán educación para la salud a mucha más gente.

Atender a alguien no se limita a tenerle la mano. Hay medicamentos comunes que pueden curar las infecciones oportunistas que cobran millones de vida prematuramente pero los recursos para comprarlos son escasos. “Los anti-retrovíricos ni pensar”, dice el director de una ONG.

Mientras no se encuentre la cura, dichos fármacos permiten prolongar la vida y vivir con mayor sosiego. Pero el costo anual es de 12.000 dólares y, por lo tanto, prohibitivo para la mayoría de los africanos. Las empresas o los organismos internacionales, ¿deberían suministrarlos? No es tan simple, ya que muchos países subsaharianos carecen del nivel de prestación y de la infraestructura de atención de salud que requiere la administración eficaz de fármacos anti-retrovíricos. Por otra parte, el uso incontrolado puede provocar resistencia al medicamento.

Sin embargo, mantiene un doctor ugandés, “nuestros contemporáneos de occidente tienen una solución pero dejan al margen a quienes más la necesitan... el mundo se limita a mirar mientras la pandemia cobra proporciones de genocidio en este continente”.

La primera vacuna contra el VIH comenzó a experimentarse en África en 1999. Surgieron dos fármacos anti-retrovíricos alternativos; uno de ellos, la nevirapina, permite reducir considerablemente la transmisión maternofilial del virus a un costo de cuatro dólares por dosis. En 1999, en la región subsahariana, 450.000 niños nacieron seropositivos o fueron contaminados por la leche materna y, por consiguiente, este medicamento podría haber tenido un impacto enorme. Ahora bien, la preocupación de los ministerios de salud de África meridional respecto a los costos y a los probables efectos tóxicos colaterales puede retardar la disponibilidad del mismo.

La falta de prevención de la transmisión maternofilial, ¿no contribuirá a que haya más huérfanos del sida que necesiten una atención onerosa? ¿La nevirapina alentará a las mujeres seropositivas a tener hijos? El Banco Mundial opina que “con intervención o sin ella, más de 80% de los hijos de madres seropositivas corre el riesgo de quedar huérfano hacia los cinco años”. La administración de fármacos anti-retrovíricos a mujeres embarazadas reduciría la proporción de huérfanos seropositivos.

Los riesgos persisten. Además de una infraestructura eficaz, el tratamiento conlleva la interrupción del amamantamiento lo que puede tener consecuencias atroces. De ahí que la protección para no contraer el VIH y la planificación familiar sigan siendo prioritarias. Paralelamente, hacen falta medicamentos genéricos para tratar las infecciones de transmisión sexual que facilitan la transmisión del VIH y que en África todavía no se tratan.

La pandemia del VIH/SIDA exige un replanteamiento de los métodos de desarrollo. Cuando los huérfanos del sida no pueden permitirse ir a la escuela o deben cuidar a sus familiares enfermos y cuando mueren más maestros de los que se forman, ¿para qué invertir en educación? Las políticas de desarrollo a largo plazo deben abordar los factores sociales culturales y económicos que determinan el comportamiento sexual.

Cada día, otros 14.000 africanos contraen el virus. Hacen falta más de 2.000 millones de dólares por año para prevención; occidente puede proporcionar más que los 160 millones de dólares disponibles actualmente. Por su parte, los países africanos deben establecer una estrategia común. La prevención es viable y se puede costear.

Puesto que los recursos escasean, las prioridades deben ser claras: educación entre coetáneos para el grupo de 12 a 24 años y los hombres que se desplazan; preservativos a bajo precio; mejor tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y de las infecciones oportunistas. Poner en marcha una prevención que dé resultado significa invertir en las propias comunidades, lo que sienta las bases para establecer verdaderas asociaciones internacionales.

Los curanderos y el VIH

Los curanderos tradicionales de Uganda ayudan a los pacientes, tratando dolencias que los hospitales no pueden tratar. Allí donde fracasa la medicina moderna, algunos remedios preparados con hierbas dan resultado, en particular, las enfermedades crónicas de la piel y la diarrea. El Ministerio de la Salud está tan satisfecho que apoya la práctica de los curanderos y empaqueta sus productos para ampliar la distribución.

Traditional and Modern Health Practitioners Together, ONG ugandesa que agrupa a curanderos y médicos, se ocupa de las investigaciones sobre los remedios preparados con hierbas y nutre la cooperación entre curanderos y médicos. Se instruye a los curanderos para que sepan reconocer los síntomas y determinen a quien van a tratar y a quien van a mandar a la clínica. Los médicos, por su parte, asisten a cursillos donde aprenden a conocer la medicina tradicional. Ya no es inhabitual que los médicos remitan pacientes a los curanderos cuando el tratamiento en el hospital no da resultado.

Puesto que hay aproximadamente un médico por 30.000 habitantes y que la escasez de trabajadores de la salud competentes es

crónica, los curanderos que reciben esta formación pueden colmar muchas brechas. Según Donna Kabatesi, de la citada ONG, "cada pueblo tiene sus curanderos y, según nuestras estimaciones, en todo el país hay uno por cada 100 adultos. Estadística interesante si se tiene en cuenta que la población asciende a 22 millones".

Durante una encuesta de un año, añade Kabatesi, "constatamos que los pacientes vienen a ver al curandero no sólo por la eficacia de sus yuyos sino también porque los reconfortan. Poseen excelentes dotes de comunicación y asesoramiento que bastaba reforzar con un mejor conocimiento del VIH y el sida".

No obstante, sigue habiendo obstáculos. Los curanderos desconfían de las instituciones pues temen que los investigadores roben sus secretos. Muchos médicos, por su parte, siguen siendo escépticos respecto a la medicina tradicional. Tanto el Presidente Museveni como la OMS están decididamente a favor de la inclusión. Con el tiempo, la medicina tradicional podría llegar a exportarse para obtener ganancias pero los derechos de propiedad intelectual de los curanderos deben ser protegidos.

La salud pública de Corea del Norte se resiente del aislamiento

En invierno, el personal del Hospital de Huichon City se ve obligado a recuperar el hollín de las chimeneas de los alrededores para tratar de calentar las salas heladas. Las ventanas están cubiertas de polietileno. Las mantas raídas.

La falta de medicamentos, alimentos y transporte obliga a algunos pacientes a quedarse en casa en invierno y los hospitales de la República Popular Democrática de Corea (RPDC) pueden acoger tan solo entre 15 y 20% de los pacientes que permite su capacidad.

En otros tiempos envidiado por muchos países en desarrollo, el sistema de salud pública se ha venido abajo, reflejo del deterioro económico de un Estado lisiado por el derrumbe de la Unión Soviética y asolado por desastres naturales.

Entre 1995 y 1996, la RPDC estuvo al borde de la hambruna porque las inundaciones arruinaron tierras de cultivo, destruyeron diques y dañaron minas, lo que dio lugar al mayor programa de ayuda alimentaria de la historia de la ONU. Mucha gente sigue completando hasta 40% de su dieta diaria con alimentos de sustitución —frijoles de soja o boniatos mezclados con cascarilla de gramíneas y cereales— que causan diarrea y trastornos gástricos graves.

Según estimaciones de observadores directos, las inundaciones y la desnutrición cobraron entre 800.000 y 3.000.000 de vidas. Las cifras gubernamentales indican 222.000 muertos. “Nos parece una cifra mínima”, comenta David Morton, representante de las Naciones Unidas y coordinador residente en Pyongyang.

Un alto funcionario de la RPDC informó que las raciones alimentarias se reducirán hacia junio del 2000, a pesar de que la cosecha del último otoño hubiera sido mejor: 4.280.000 toneladas, es decir, unas 700.000 toneladas más que el año anterior. Las autoridades aseveran que el país necesita unos 6.500.000 toneladas anuales.

La salud pública se desmorona en la RPDC. “Debido a la desnutrición, la gente puede contraer alguna enfermedad inmediatamente”, afirma el director del Hospital de Huichon, y añade que resfriados, bronquitis, pulmonía, y trastornos cardiovasculares son problemas habituales.



Sección
uno

Temas
de salud
pública

Omar Valderrama/Federación Internacional, RPDC Corea 2000.

Los remedios tradicionales representan hasta 70% de los medicamentos utilizados en los hospitales. Los medicamentos básicos occidentales, como la penicilina, hacen el resto. Algunos hospitales de distrito no tienen agua corriente, alcantarillas ni fosos sépticos. Algunos hospitales de condado siguen operando pacientes a pesar de que el equipo de anestesia no funciona.

Enfermedades infecciosas, antes controladas, vuelven a emerger en el país. El paludismo ha registrado un “aumento significativo” en 1999 y cada año hay 40.000 casos nuevos de tuberculosis.

Aun así, Eigil Sørensen, Coordinador de la OMS en Pyongyang, niega que el sistema de salud pública de la RPDC esté a punto de derrumbarse y añade que los niveles de educación son comparables a los de otros países. “El problema es que el país ha estado bastante aislado y muchos de sus principios de salud pública remontan a los decenios de 1950 y 1960”.

Médicos extranjeros consideran que la RPDC dispone de una buena infraestructura médica pues cuenta con 616 hospitales generales, 13 instituciones donde se trata la tuberculosis, 60 sanatorios y más de 10.000 camas para acoger a poco más de 22 millones de personas que viven en 212 condados y 4.700 *zì*. Pero en los últimos 10 a 15 años, problemas fundamentales como el suministro de agua, electricidad y calefacción, combinados con la falta de reservas y el deterioro económico han minado el sistema de atención de salud.

El aislamiento político, que en parte obedece al culto de la personalidad del presidente, y a la ideología juche de autosuficiencia, han estragado la economía. EE.UU. que había acusado a la RPDC de incrementar su programa de misiles conforme aumentaba la ayuda extranjera, en octubre de 1999, sugirió una política de concesiones sujetas a determinados compromisos.

Hay indicios de que tal vez la RPDC esté dispuesta a aceptar si ello incrementa las oportunidades de comercio. En septiembre de 1999, la RPDC proclamó la suspensión de las pruebas de misiles de largo alcance y, por primera vez desde 1953, EE.UU. aceptó atenuar significativamente las sanciones económicas.

EE.UU. es el mayor donador de la operación de socorro en la RPDC. Se prevé que la ayuda prestada entre 1995 y el 2000 superará los 1.000 millones de dólares. En el Llamamiento Interinstitucional de la ONU para Corea del Norte se solicitaron 331.7 millones de dólares para el año 2000, 92% de los cuales se destinará a ayuda alimentaria. Pero los donadores comienzan a dar signos de fatiga.

Muchos funcionarios de la RPDC y expertos extranjeros dan preferencia a la asistencia para el desarrollo (dotación de hospitales, formación de personal médico, educación de salud pública), respecto a la “banda” de ayuda temporaria.

Pero la intervención a largo plazo plantea cuestiones morales. ¿Cómo subvenir a las necesidades de orden humanitario en un país gobernado según rígidos lineamientos militares? El acceso restringido a los beneficiarios, ¿justifica que los organismos partan? ¿La sensibilización puede sobrevivir?

Varias ONG ya se han retirado de la RPDC, entre ellas, *Médecins Sans Frontières* (MSF), que lo hizo en 1998. James Orbinski, Presidente Internacional de MSF, declaró: “Nos pareció imposible llegar a los más vulnerables, de cuya existencia estábamos al corriente pero a quienes no podíamos acceder”. Orbinski sostuvo que la política de relaciones exteriores de occidente se servía de la asistencia humanitaria como palanca política

Morton opina que el acceso y la supervisión han mejorado considerablemente a partir de 1995: “Podemos acceder a 75% de la zona, lo que corresponde a 85% de la población”.

La RPDC ha negado las acusaciones de que parte de la asistencia humanitaria vaya a parar al ejército, calificándolas de “mentira”. Morton comenta: “Nunca podremos estar totalmente seguros del destino de la asistencia. Pero sabemos que por lo menos una proporción importante llega donde pensamos que debía llegar, donde se supone que tiene que ir, pues constatamos que la condición de nuestros beneficiarios ha mejorado visiblemente”.

Un gran levantamiento político en la RPDC podría tener consecuencias humanitarias atroces, de ahí la necesidad de mantener abiertas las vías de diálogo. “Para nosotros, esta es una parte del mundo sumamente importante para la paz y la estabilidad”, dice Margareta Wahlström, Subsecretaria General de la Federación.

¿La RPDC se sirve de los organismos de socorro como instrumentos políticos? “Por supuesto, puede que así sea, pero aquí hay una apremiante necesidad humanitaria”, estima Morton, y Wahlström añade: “No hemos dicho que para dar alimentos necesitábamos algo de ustedes. Considero que nuestra presencia ha contribuido enormemente a que se mantenga el diálogo”.

La Cruz Roja ha facilitado el único vínculo oficial entre Corea del Norte y Corea del Sur, a veces mediante contactos entre las respectivas Sociedades Nacionales.

Hace falta una ayuda sostenida para revigorizar el servicio de salud pública en la RPDC, incluyendo la industria farmacéutica, para lo cual el gobierno busca asistencia de emergencia y asistencia para la rehabilitación a mediano plazo.

Un portavoz de salud pública declaró: “Tenemos grandes expectativas respecto a las ONG... Esperamos más asistencia externa”. Ello supone un gran cambio en comparación con 1995-1997 cuando se tenía la impresión de que sólo se permitía que los extranjeros entraran al país por períodos cortos.

Sörensen asevera que la ayuda de emergencia procedente del extranjero, que comprende medicamentos esenciales, vacunas y suministro médicos básicos, es sumamente importante pero no sostenible. En definitiva, dice, “la recuperación del sector de salud dependerá de la economía nacional”. A su juicio, el gobierno y la comunidad internacional deben dar prioridad al desarrollo a largo plazo en el campo de la salud.

No obstante, Sörensen prevé una falta constante de financiación extranjera “porque la asistencia para el desarrollo se basa en la colaboración potencial” para la cual aún no se dan las condiciones. Mientras tanto, la OMS procura encontrar asociados “dispuestos a apoyar las

actividades de rehabilitación”. Asimismo, ha previsto ampliar la formación de médicos de la RPDC, facilitando su asistencia a cursos de salud pública que se imparten en Bangkok.

La Federación Internacional, que trabaja en coordinación con la Sociedad de la Cruz Roja de la RPDC y apoya a 1.678 hospitales, no tiene intención de irse del país. “La RPDC ha aceptado y comprendido la existencia de la ayuda humanitaria... Nos gustaría poder facilitar una mayor apertura en lo que respecta a la ayuda para el desarrollo procedente del resto del mundo”, afirma Wahlström.

Sencillamente estar aquí, tal vez sea la mejor forma de sensibilización. “La situación es tan mala que alguna gente comenzará a hablar. Ese es uno de los motivos por los que hay que quedarse”, dice la delegada de salud de la Federación en la RPDC, y añade: “No nos corresponde interferir en cuestiones políticas pero al menos podemos hacer saber al mundo que la gente está sufriendo”.

Partir sin callar – Cuando las ONG se van, los problemas se acentúan

A partir de 1998, varias ONG importantes dejaron la RPDC, entre ellas MSF, Médecins du Monde, Oxfam y, en febrero pasado, Action contre la Faim.

MSF declaró que había una clara política de restringir la ayuda humanitaria eficaz e hizo un llamamiento a los gobiernos donadores para que revisaran sus políticas de ayuda a la RDPC a fin de garantizar que el acceso y la supervisión fueran libres e imparciales.

En los comentarios sobre la partida de MSF, KCNA, agencia de noticias de la RPDC, informó que se había pedido a la ONG que “ofreciera las materias primas necesarias para incrementar la producción farmacéutica”. Pero James Orbinski, Presidente Internacional de MSF, dijo que los programas de alimentación para quienes sufrían de desnutrición eran de primordial necesidad en aquel momento. MSF se había encargado de 64 centros de terapia alimentaria para 14.000 niños.

“Cuando uno viene a trabajar a la RDPC tiene que aceptar el marco establecido para los

organismos”, explica Eigel Sørensen de la OMS. “Comprendo el motivo de que los organismos tomen esa decisión [partir]. Por otro lado, tenemos que considerar lo que podemos lograr tanto a corto como a largo plazo”.

El país se ha abierto a los organismos de ayuda de una manera sin precedentes, afirmaba Jon Bennett en un artículo publicado recientemente en Relief and Rehabilitation Network, añadiendo que era “incomprensible e imperdonable” que MSF hubiera criticado públicamente a su anfitrión “basándose en nociones universalistas y en postulados de una autoproclamada defensa”.

Orbinski comentó: “Diría que no criticamos a nuestros anfitriones. Simplemente declaramos los hechos y simple, honesta y honradamente relatamos nuestra experiencia en Corea del Norte. Obviamente, a través de nuestras acciones dejamos bien clara nuestra perspectiva. Y si ello supone ir contra la corriente, pues que así sea”.

Chernobil, un desastre crónico

La explosión de la central nuclear de Chernobil en 1986 irradió 100 veces más radiactividad que las bombas de Hiroshima y Nagasaki juntas, contaminando a unos 7.000.000 de personas. Entre los isótopos propagados figuran: iodo-131, que causa cáncer de la tiroides; cesio-137, que se insinúa en la cadena trófica; estroncio-90, que afecta la médula espinal, y plutonio-239, el más tóxico y sobre el que menos se sabe, que permanece durante 244.000 años y provoca cáncer de pulmón.

Catorce años después, la radiactividad inflige estragos en el cuerpo y, lo que no se preveía, también en la mente de millones de personas. Tras el derrumbamiento de la Unión Soviética la situación empeoró en forma inmensurable. Mientras los científicos siguen discutiendo acerca de las conexiones entre la radiactividad y las malformaciones congénitas y distintas clases de cáncer sobre los que se ha informado ampliamente, se descuidan las necesidades humanitarias inmediatas.

Los más contaminados fueron los “liquidadores” que combatieron el fuego y construyeron el sarcófago del reactor. Docenas de ellos se expusieron a una dosis potencialmente letal de varios miles de MiliSievert (mSv). Unos 20.000 recibieron 250mSv, lo que equivale a 2.500 radiografías del tórax, y 31 murieron inmediatamente después del accidente. Además, hubo que desplazar a 400.000 habitantes. La salud de millones de personas se resintió pero cabe preguntarse si fue debido a la radiación o al colapso socioeconómico.

El cáncer de tiroides se puede imputar directamente al accidente. En algunas zonas los casos centuplicaron aquejando principalmente a los niños. En la región de Chernobil donde había una deficiencia de iodo, los jóvenes cuerpos absorbieron rápidamente el iodo-131 radiactivo ingiriendo leche contaminada. Si el consumo de leche se hubiera interrumpido inmediatamente y se hubieran repartido tabletas de iodo con fines preventivos, los índices de cáncer hubieran sido inferiores.

En un principio, los radiólogos no creían que hubiera un vínculo entre el cáncer de tiroides y el accidente y, por lo tanto, la asistencia a los aquejados fue lenta. Generalmente, el diagnóstico y el tratamiento tempranos dan resultado en 95% de los casos; pero sin diagnóstico y tratamiento sistemáticos puede ser fatal. Desgraciadamente, el diagnóstico es oneroso y el dinero escaso por lo que se prevé que los índices seguirán aumentando hasta el 2005.



Sección uno

Temas de salud pública

Volodymyr Iepitov/AP, Ucrania 1986.

Vincular la leucemia con Chernobil es aún más espinoso. En un estudio de 1996, se dice que en el caso de los “liquidadores” belorусos que pasaron más de 30 días en la zona de exclusión de 30 Km, los casos fueron cuatro veces superiores a la media nacional. No obstante, el número de casos sigue siendo bajo. En Hiroshima y Nagasaki, los índices más altos de leucemia se registraron entre cinco y 10 años después de la explosión, por lo que si hasta ahora no han aumentado en los alrededores de Chernobil es improbable que suceda lo mismo.

Por el momento no existen pruebas fehacientes de la relación entre Chernobil y las malformaciones congénitas, los embarazos problemáticos y diversos tipos de cáncer. En un estudio se asevera que la fisura palatina, el síndrome de Down y la malformación de órganos y extremidades ha aumentado 83% en los niños de las zonas seriamente contaminadas. Otros mantienen que es sumamente difícil que un niño ucraniano no sufra de inmunodeficiencia. Las encuestas han demostrado que los “liquidadores” sufren de apatía, disminución de glóbulos blancos y trastornos de la reproducción.

Mientras los científicos discuten acerca de las pruebas, el Dr. Jean-Pierre Revel, de la Federación Internacional, entiende que esos debates resultan diversivos y asevera: “No nos interesa demostrar que existe una conexión entre la precipitación radiactiva y la malformación congénita, lo que nos interesa son las consecuencias humanitarias”.

Tal vez haya hasta 3.000.000 de personas con algún trauma mental. Las precipitaciones radiactivas duraron tres meses y los niños siguieron jugando en las calles sin que nadie se preocupara. Los habitantes de algunos pueblos recién se enteraron de que habían sido contaminados dos años y medio después del accidente. El silencio oficial sembró la desconfianza. El gobierno soviético adujo que si se daba información cundiría el pánico pero, a la larga, esa falta de información causó daños mayores. Incluso en las zonas “limpias”, 75% de la población temía sufrir de alguna enfermedad provocada por las radiaciones. En 1991, en medio del desplazamiento y la incertidumbre, la Unión Soviética se derrumbó acabando con todo un sistema y la gente perdió los puntos de referencia de toda una vida.

En un principio, los científicos estigmatizaron la fobia de la gente por las radiaciones como si no fuera normal reaccionar negativamente ante el peor accidente nuclear que ha habido en el mundo. Los más traumatizados fueron los “liquidadores” cuya remuneración era de tres dólares por mes y que ellos llamaban “dinero para el ataúd”. La desconfianza persiste porque como se le traicionó una vez, la gente ya no cree lo que se le dice y desconfía incluso de las etiquetas donde se asegura que los alimentos son inocuos. Muchos temen tener hijos.

Algunos siguen viviendo en la zona de exclusión, entre ellos, los refugiados que huyeron de Chechenia; en las zonas contaminadas permanece medio millón de personas. En Belarús la contaminación de 6.000 Km² de tierras de cultivo ha diezmando la producción agrícola, socavando la nutrición humana. La amenaza de la contaminación se cierne sobre el agua potable de la región, incluyendo el río Dnieper de Ucrania que suministra agua a 35 millones de personas.

En 800 asentamientos construidos rápidamente alrededor de la zona de exclusión todavía hay materiales radiactivos y el sarcófago tiene pérdidas. Tratar los desechos restantes es de cabal prioridad para los países del G7 que se han propuesto recaudar 1.000 millones de dólares para

cerrar herméticamente el sarcófago y encontrar otras fuentes de energía. Los científicos tratan de eliminar el cesio-137 de los víveres, el agua y la leche. También se están experimentando técnicas agrícolas para mitigar los efectos de la contaminación.

Las necesidades humanitarias se vienen comunicando desde 1990 por conducto del Programa de Asistencia Humanitaria y Rehabilitación de Chernobil, que lleva a cabo la Federación Internacional para prestar ayuda a unos 4.000.000 de habitantes de las zonas contaminadas. En seis laboratorios móviles se practican los exámenes para detectar el cáncer de tiroides y la radiactividad acumulada en el cuerpo. Para que esta tarea se hiciera como es debido harían falta 20 laboratorios.

Se ha previsto proseguir con este programa hasta el 2006 pero se dispone de muy poco dinero para subvenir a las necesidades humanitarias. Cabe señalar que el asesoramiento psicosocial, la verificación de alimentos y los citados laboratorios móviles podrían sufragarse hasta entonces con menos del 5% del presupuesto técnico del G7. Recaudar dinero para los desastres más visibles resulta bastante difícil pero mucho más cuando las causantes de daños incommensurables son partículas invisibles. Las economías locales que carecen de fondos en efectivo no pueden hacer frente por sí solas. Ucrania asigna 5% de su presupuesto anual para ofrecer vivienda gratuita a 3.000.000 de supervivientes.

¿Se puede hacer algo para prevenir o mitigar futuros desastres provocados por los 60 reactores de diseño soviético que siguen funcionando? La tragedia de Chernobil obligó a los expertos a revisar la seguridad nuclear y la intervención de urgencia. Si se hubiera informado antes a la gente, se habrían evitado muchos traumas y contaminaciones. El cáncer de tiroides se puede prevenir distribuyendo tabletas de yoduro de potasio en las tres horas siguientes a un accidente, principalmente, en el caso de los niños. El intercambio de tecnología entre oriente y occidente, una mejor seguridad de las instalaciones, una mayor vigilancia, simulacros y evaluaciones periódicos, y mejores mecanismos de alerta temprana, intervención y evacuación son elementos esenciales de una estrategia preventiva. Los organismos humanitarios y las brigadas de intervención en caso de radiación pueden desempeñar un papel importante en las intervenciones de emergencia.

Los efectos de Chernobil sobrevivirán mucho más tiempo que nosotros. Ya no se trata de una emergencia sino de un desastre crónico que ha extenuado a los donadores. Aun así, la acción humanitaria en curso sigue siendo fundamental. Esperar que los científicos se pongan de acuerdo costará vidas. La incertidumbre no puede ser pretexto de inacción mientras millones de personas sigan sufriendo, y dado que el índice de casos de cáncer de tiroides sigue aumentando, cabe suponer que tal vez aún no haya sucedido lo peor.

Cáncer de la glándula tiroides: ¿Quién se preocupa?

“Siempre ocurre lo inesperado”, dice Valery, obrero de 47 años, a quien le detectaron el cáncer en febrero de 1999, en el laboratorio móvil de diagnóstico de la Cruz Roja Belarusa. “Antes no creía que podía pasarme a mí. Hace 13 años del accidente de Chernobil y creí que ya no había que preocuparse. Entonces, cuando el laboratorio móvil llegó a la factoría, tenía mis dudas y me preguntaba si valía la pena hacerme el examen. Finalmente me dije, no cuesta nada y fui”, comenta.

No le hizo falta experiencia alguna para ver en la pantalla que tenía un grave problema de salud. Un mes después, lo sometieron a una operación quirúrgica para extirparle la glándula tiroides cancerosa. Debe tomar levothyroxine por el resto de su vida porque si no morirá de una insuficiencia orgánica o del sistema inmunitario. Aun así, Valery reconoce que ha

tenido suerte porque como dice: “Vivo en una gran ciudad y me ofrecieron la posibilidad de hacerme el examen. ¿Qué pasa con la gente de las zonas remotas que no tiene prácticamente ninguna posibilidad de conocer su verdadero estado de salud? La única posibilidad es la Cruz Roja”. Para muchos habitantes de las zonas rurales que tal vez no se sientan enfermos, hasta el boleto del autobús para ir a examinarse en la ciudad más cercana es demasiado caro.

Después de la operación, Valery volvió a la factoría y aconsejó a sus colegas que se hicieran el examen. “Sabía que sólo un tercio de las 800 personas que trabajan aquí habían decidido hacerlo y entonces les pregunté si mi situación no hablaba por sí misma; alguien me respondió que cuanto menos supieran de su enfermedad menos se preocuparían”.

Fiebre de acción humanitaria en Kosovo

El conflicto entre la OTAN y las fuerzas serbias en 1999 culminó con el éxodo forzado de un millón de refugiados. Centenares de periodistas y organismos de ayuda afluyeron entonces a la región. “Era un poco como una fiebre de acción humanitaria”, dice Folke Lampen del CICR.

La excesiva ayuda a corto plazo obstaculizó los esfuerzos locales de recuperación. Para rehabilitar los destrozados sistemas de salud y la sociedad de Kosovo hace falta visión estratégica y un compromiso a más largo plazo en lo que se refiere a los recursos.

Casi dos tercios de quienes huyeron a Albania y Macedonia fueron acogidos por familias. El resto fue alojado en campamentos de tiendas de campaña donde en muchos casos las condiciones sanitarias eran precarias. Quienes se desplazaron a las montañas sufrieron de desnutrición y fatiga. Minas y otros artefactos sin explotar causaron 170 muertes durante el primer mes en que empezaron a volver los refugiados y la salud sigue estando amenazada por 425 campos de minas diseminados por todo Kosovo.

Aunque Kosovo no sufrió un desastre de salud pública, un decenio de represión serbia y la manera en que los organismos internacionales manejaron la crisis afectaron seriamente la salud pública.

A partir de 1989, los albanokosovares quedaron aislados política y económicamente. Muchos buscaron empleo en el extranjero. El personal médico fue blanco de intentos serbios de destruir la atención de salud destinada a las personas de origen albanés. El sistema de salud paralelo que surgió fue debilitado por las fuerzas serbias pero será fundamental para la futura atención de salud en Kosovo.

La represión serbia llegó a su punto culminante entre 1998 y 1999 con la destrucción de 90.000 hogares albaneses. Los pozos fueron contaminados por los cadáveres. Miles de personas fueron vejadas o asesinadas por las fuerzas de seguridad yugoslavas. Ello, combinado con el hecho de que se expulsara de su casa a cientos de miles de personas haciendo uso de las armas, infligió más daño psicológico que físico.

En la intervención humanitaria en Kosovo no se tuvo demasiado en cuenta lo aprendido en otras crisis de refugiados. Recién 10 días después de que comenzaran los bombardeos de la OTAN se crearon zonas de socorro. Los organismos internacionales de ayuda no fueron rápidos a pesar de la amplia alerta temprana de crisis masiva.



Sección uno
Temas de salud pública

Boris Grahovski/AP, Macedonia 1999.

Muchos donadores rechazaron medidas preventivas. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) tuvo que rogar para conseguir fondos y equipos. Los aportes de asistencia se sustrajeron de lo que se había asignado a programas en África y Asia. “Algunos gobiernos simplemente reorganizan la ayuda en detrimento de las víctimas de otras partes”, comentó un funcionario de la Unión Europea.

Cuando comenzó la intervención humanitaria en Albania, no estaba claro qué organismo se encargaría de la coordinación general. Durante tres semanas, la presencia de la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de la ONU (OCAH) pasó desapercibida y sólo después comenzó a verse.

Después de un mes, el ACNUR comenzó a coordinar. Junto con el gobierno albanés y la OTAN creó un Grupo de Gestión de Emergencia (GGE) que coordinaba a diario la distribución de alimentos, el refugio, los servicios de salud, la logística y la seguridad.

Para contribuir a satisfacer las necesidades de los refugiados en materia de información, se concedió a un periodista independiente un acceso sin precedente al GGE con la finalidad de que recabara datos sobre socorro y los divulgara por radio en el ámbito de una programación humanitaria.

A la Organización Mundial de la Salud (OMS) le llevó de cuatro a seis semanas poder asumir su función. Algunos organismos médicos se negaban a cooperar e incluso a inscribir a sus médicos en el registro de las autoridades. Debido a ello, y a la flaqueza inicial del liderazgo de la OMS, cundió la confusión en cuanto a las responsabilidades y se duplicaron esfuerzos.

A fines del verano, 200 organizaciones internacionales prestaban asistencia de salud en Pristina, tres veces más de las que se necesitaban, lo que comprometió seriamente los esfuerzos locales de recuperación.

Llovieron donaciones de medicamentos inútiles, haciendo caso omiso de las estrictas directrices de la OMS, y los donantes proporcionaron equipos médicos de alta tecnología que resultaban incompatibles y requerían repuestos y mantenimiento. “A la larga, todo ello será increíblemente costoso”, comentó un representante del CICR.

“En todo imperaba una mentalidad de emergencia y ello tendrá vastas consecuencias si no adoptamos un pensamiento estratégico más eficiente”, afirma Stefan Baumgartner de la Federación Internacional.

En Albania y Macedonia, muchas organizaciones médicas se concentraron en prestar asistencia en los campamentos de refugiados. Los organismos más experimentados destinaron su ayuda a las instalaciones locales, lo que redundó en beneficio de los refugiados y de la infraestructura de salud.

Desde la desaparición del comunismo, el sistema de salud de Albania se venía desmoronando. La ayuda internacional restauró clínicas, farmacias y equipos. Pero cuando los refugiados volvieron a Kosovo, muchos organismos partieron, suprimiendo de la noche a la mañana

sustanciales prestaciones de ayuda. Entretanto, la presencia de tantas organizaciones en Kosovo podía crear dependencia y postergar las reformas de salud.

La ayuda internacional ha generado desequilibrios; al parecer, en Kosovo se ha logrado subvenir a las necesidades pero “estamos olvidando otras partes de la región, como Serbia por ejemplo, que experimentan su propia crisis de salud pública por falta de fondos”, opina Folke Lampen del CICR.

Actualmente, la meta principal de la OMS en Kosovo es rehabilitar y reformar el sistema de atención de salud. La población local no puede desenvolverse por sí sola. Aun así, la OMS afirma que hay demasiadas organizaciones extranjeras involucradas, resultado directo de la falta de coordinación con que afluyeron los organismos a Kosovo después del bombardeo.

La mayor parte de la atención primaria de salud está a cargo de organizaciones no gubernamentales pero algunas piensan partir. Aquellas que permanezcan deberán impartir formación de atención primaria de salud a los kosovares. Antes, Kosovo tenía la tasa de mortalidad infantil más alta de Europa (51,2 por 1.000); no se permitía que las parteras intervinieran en el parto y las enfermeras cumplían funciones subordinadas.

La gran cuestión es la viabilidad. Kosovo debe modificar la asistencia subsidiada y establecer el seguro de salud, lo que probablemente no resulte popular. También debe modificar algunas costumbres médicas (por ejemplo, disminuir la dependencia de las inyecciones como si fueran una panacea), y ampliar las colectas de sangre ya que antes sólo donaban los miembros de las fuerzas armadas.

Los problemas psicológicos seguirán apareciendo, principalmente si prosigue la violencia étnica. Cuando las ONG partan, tienen que haber formado colaboradores locales que sean capaces de prestar un asesoramiento serio a largo plazo.

Los kosovares traumatizados son personas normales que sufrieron experiencias anormales. “Para superarlo no necesitan tratamiento psiquiátrico sino apoyo psicosocial”, afirma un funcionario de la OMS. Procesar a los autores de violaciones de derechos humanos también puede acrecentar la tranquilidad mental.

La Cruz Roja presta apoyo psicosocial en todo Kosovo pero según Kris Hurlburt de la Federación Internacional “todo el mundo quiere participar pero no todos están calificados para hacerlo”.

Una ONG del norte de Albania quiso entrevistar a las mujeres violadas y difundir entrevistas “curativas”. Algunas prestan asesoramiento caso por caso sin aplicar un método sistemático o a largo plazo. Otras se concentran en mujeres y niños (fácil de financiar) y dejan de lado a los hombres.

“En gran medida, Kosovo es una sociedad que privilegia a la familia y uno no puede simplemente adoptar métodos cortoplacistas ni tratar a cada quien por separado. Hay que lograr que toda la familia participe y hacerlo con sensibilidad”, explica Hurlburt.

Las tensiones étnicas siguen traumatizando a los habitantes y obstaculizando la reforma de la salud pública. Aun cuando la meta a largo plazo sea contar con un sistema de atención de salud donde estén representados todos los grupos étnicos, tanto los albaneses como los serbios son reacios a dejarse tratar por un médico de otro grupo étnico. A menudo, los miembros de la KFOR deben escoltar a los pacientes hasta hospitales cuyo personal es del mismo grupo étnico.

Kosovo tendrá que reponerse del triple fardo de su historia, la guerra y la ayuda bien intencionada. El sistema de salud debe ser reconstruido por aquellos que tendrán que financiarlo, dotarlo de personal y utilizarlo. La función de la comunidad internacional consistirá en ayudar a los kosovares a hacerlo de una manera que responda a las necesidades de la región a largo plazo.

Diez toneladas de oscuridad

"Tengo 10 toneladas de oscuridad para descargar", confiesa Flutra, albanokosovar de 19 años oriunda de Prizren. Su ciudad natal arde mientras ella habla. Un mes después de que terminara el bombardeo de la OTAN, en junio de 1999, habitantes de origen albanés se vengaban incendiando casas serbias, a pesar de la presencia de las tropas de mantenimiento de la paz.

A una hora de camino, encontramos a Agim Byci, redactor de Radio Gjakova que había escapado cuando unos hombres enmascarados comenzaron a incendiar casas de albaneses. Uno de ellos gritó: "Tiene un minuto para irse a Albania", antes de disparar y matar a su vecino. Byci, en lugar de salir, cavó un pozo en el jardín de un vecino y se escondió.

Tan solo en Djakova, mataron a más de 1.000 albaneses, afirma Byci y nos muestra fotos de 20 mujeres y niños asesinados por las fuerzas paramilitares serbias y tirados en una

fosa común. Un niño de cinco años, se había hecho pasar por muerto, y ahora se le mantiene bajo custodia para que sirva de testigo de crímenes de guerra.

¿Cómo pueden los kosovares reponerse de estas experiencias tan traumáticas? "Quienes las han sufrido deben olvidar, luego hablar, luego olvidar, el olvido es su oxígeno", dice un funcionario de la OMS que se ocupa de salud mental. "El duelo es la primera fase, luego vienen la negación y el silencio".

"Ahora no siento nada. Hablo como un robot. En todo momento espero que un soldado paramilitar venga a mi casa. Estuve esperando balazos y bombardeos durante tres meses. No sé exactamente si estoy o no en libertad. Tal vez este trabajo me ayude a olvidar el tiempo de la guerra", nos dice Agim Byci; sólo él puede juzgar cuando estará dispuesto a recordar.

Inesperado aumento de la ayuda mundial

Por primera vez desde 1994, se registró un aumento en el total de la asistencia oficial para el desarrollo (AOD) procedente de los países más ricos del mundo. La proporción de la AOD destinada a la ayuda de emergencia también aumentó pero los gastos de salud fueron los más bajos desde 1991.

La AOD registró la cifra máxima en 1998: 51.900 millones de dólares, pero en términos reales este aumento de 9,6% (3.500 millones de dólares) respecto a 1997, significa que la ayuda tendría que aumentar otro tanto una vez más para alcanzar los niveles de 1996.

De los países del G7, EE.UU., Gran Bretaña, Italia y Japón fueron los que dieron más, y Alemania, Canadá y Francia los que dieron menos. La ayuda japonesa en efectivo fue mayor en términos absolutos pero sólo cuatro países cumplieron con el objetivo de la ONU, es decir, 0,7% del PNB, a saber: Dinamarca, 0,99%; Noruega, 0,91%; Países Bajos, 0,8% y Suecia 0,72%. La ayuda de EE.UU. ascendió a 0,1% del PNB siendo la más baja de todos los países que integran el Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) de la OCDE.

La asistencia de emergencia aumentó 31% en 1998, cifrándose en más de 2.700 millones de dólares (7,9% de la AOD bilateral). A raíz de la fluctuación de los fondos de socorro procedentes de los principales donadores, algunas organizaciones humanitarias decidieron crear su propio fondos de socorro en casos de desastre. Pero tal como demostrara la experiencia del ACNUR en Kosovo el año pasado, hace falta más dinero para ayudar a los organismos a prepararse antes de que sobrevengan emergencias.

Mientras tanto, se asignaron porcentajes más bajo que nunca a la ayuda bilateral para necesidades esenciales: 1,3% (578 millones de dólares) a salud básica; 5,7% (2.500 millones de dólares) a suministro de agua y saneamiento, y sólo 1% (434 millones de dólares) a educación básica.

Los fondos donados por los países miembros del CAD a título multilateral durante 1998 comprendieron 4.200 millones de dólares para las instituciones especializadas de la ONU y 4.300 millones para el Banco Mundial, algunos de los cuales tendrían que gastarse en socorro de emergencia y necesidades básicas. El gasto de las organizaciones no gubernamentales occidentales en países en desarrollo totalizó casi 5.400 millones de dólares.

Al tiempo que la AOD aumentaba en 1998, los flujos de capital privado en los países en desarrollo se desplomaban. Los movimientos de fondos a corto plazo provocaron una crisis



Sección dos
Tendencias del sistema

Alvaro Hernández/AP, Venezuela | 1999.

financiera en Asia entre 1997 y 1998, tras de la cual se recortaron los presupuestos de salud: 10% en Filipinas y Tailandia, y 20% en Malasia. También aumentaron las tasas de suicidio, delincuencia en las calles y violencia doméstica.

La inversión extranjera directa (IED) es más estable y apropiada para los países menos adelantados pero, según la ONU, los flujos hacia los países en desarrollo pasaron de 173.000 millones de dólares en 1997 a 166.000 millones de dólares en 1998, baja que equivale al doble del aumento de la AOD.

Por otra parte, la IED es desigual, ya que cinco países recibieron 55% en 1998 (China obtuvo 45.000 millones de dólares) y los 48 países menos adelantados recibieron en conjunto menos del 1% de la misma. Los flujos hacia África bajaron más de 1.000 millones de dólares, cifrándose en 8.300 millones de dólares, y la mayoría fueron para Nigeria, Sudáfrica y un puñado de Estados de África septentrional. Cuando los países más pobres logran atraer inversiones, por lo general, se utilizan para explotar recursos naturales.

Las estimaciones para 1999 dejaban entrever que los flujos de capital privado aumentarían modestamente en el caso de algunos países asiáticos, pero según la ONU, el desplazamiento de la ayuda hacia el capital privado y la supresión de controles de circulación del dinero “empeoraron la situación”. El efectivo se utiliza para constituir reservas en previsión de crisis económicas o se destina a comprar empresas locales en lugar de ampliar la capacidad productiva.

Las investigaciones sugieren que rara vez las inversiones extranjeras directas sirven para subvenir a necesidades sociales. Nada garantiza que les atraigan esferas precarias de servicios sociales. En un informe de la ONU de 1999, se describe la manera en que la debilidad de su posición impide a muchos gobiernos beneficiarios negociar acuerdos con inversionistas, acuerdos que podrían garantizar beneficios tanto para el país como para las empresas extranjeras.

Por lo tanto, el aumento de la ayuda y el alivio de la deuda permitirían asignar más recursos para el desarrollo social de los países más pobres de lo que permite la IED. No obstante, cabe señalar, que el fundamento en el que se basa la iniciativa de 1996 para aliviar la deuda de los países gravemente endeudados (conocidos por la sigla en inglés HIPC), hasta ahora no ha permitido liberar más fondos para la salud y la educación, simplemente ha interrumpido la constante renegociación de la deuda.

Además, las condiciones ligadas al alivio de la deuda, tales como los ajustes estructurales, socavan el desarrollo social. Una encuesta llevada a cabo por el Banco Mundial en 53 países reveló que el gasto de salud por persona disminuía 15% durante el período de ajuste. En Zambia, cuyo servicio de la deuda triplicó, la mitad de los médicos se fueron del país debido a la precariedad del sector de salud.

Igualmente controvertidas son las “tarifas de hospitalización” que cobran los servicios de salud africanos porque ello reduce significativamente el número de usuarios. George Alberti, Presidente del Real Colegio de Médicos Británico, dice: “Creo que las tarifas para usuarios han sido una catástrofe... es sólo una pequeña muestra de una economía descaminada”.

En noviembre de 1999, se citaron las declaraciones del Economista en Jefe (saliente) del Banco Mundial según las cuales, las condiciones convencionales ligadas a la ayuda y al alivio de la deuda habían sido un fracaso y era preciso que fueran replanteadas. “Las buenas políticas no se pueden comprar”, afirmó.

Mientras que el Banco Mundial preconiza un mundo sin pobreza, la brecha entre política y práctica persiste. Los países que quieren beneficiar del último paquete de medidas para aliviar la deuda, además de cumplir con las condiciones de privatización, desreglamentación y liberalización deben disponer de estrategias nacionales “antipobreza”.

Se esperaba que hacia abril del 2000, cinco países hubieran cumplido con los requisitos para beneficiar de una reducción parcial de la deuda en el ámbito de la nueva iniciativa HIPC (valorada en unos 50.000 millones de dólares para los 32 países con mayores probabilidades de reunir dichos requisitos). Ahora bien, los partidarios de la condonación y el alivio de la deuda aseveran que más de 50 países necesitan un alivio por un total de 300.000 millones de dólares.

Incluso después de beneficiar de un alivio de la deuda, es probable que un país endeudado tenga que pagar más que antes por el servicio de la deuda. Las estimaciones demuestran que después del HIPC, Zambia deberá asignar al servicio de la deuda casi el triple de la suma necesaria para financiar el servicio de atención básica de salud de prestación universal.

Resumiendo, a pesar del modesto aumento de 1998, que se situó en 0,24% del PNB de los países que integran el CAD, la AOD sigue estando muy por debajo del objetivo del 0,7% que propone la ONU. El volumen de ayuda no sólo debe aumentar sino también orientarse con mayor precisión a satisfacer necesidades básicas. La disminución de las partidas de la AOD para salud y educación, así como la utilización de alguna ayuda para alentar la “liberalización económica” van en contra de la idea que tiene la gente de la ayuda con fines humanitarios e incluso pueden impedir el desarrollo de los países más pobres del mundo.

La baja de los flujos de capital privado hacia los países en desarrollo contrarrestó con creces el aumento de la AOD en 1998. El aumento de la IED en 1999 podrá beneficiar a países como China y Sudáfrica pero no suplirá la insuficiencia de ayuda. No hay garantía alguna de que los aumentos de la IED se traduzcan en recursos suplementarios para los servicios sociales de los países más pobres del mundo, por lo tanto, es fundamental que la ayuda y el alivio de la deuda se orienten a colmar la brecha.

Medir el alivio de la deuda y los flujos de ayuda por su aporte a la consecución de las metas internacionales de desarrollo fijadas para el 2015 en lo que se refiera a la salud, la educación y la reducción de la pobreza, supondría un gran paso en la dirección correcta.

El comercio y la deuda eclipsan la ayuda

A pesar del aumento de la AOD en 1998, la ayuda global fue eclipsada en 1999-2000 por cuestiones del comercio internacional y la deuda externa. La reunión infructuosa de la Organización Mundial del Comercio a fines de 1999 puso de relieve que el actual régimen de comercio internacional desfavorece a los países en desarrollo.

Las cifras de la ONU sugieren que el proteccionismo que practican los países ricos, que abarca únicamente ramas de actividad económica que no requieren alta tecnología, cuesta 700.000 millones de dólares anuales a los países en desarrollo, es decir, 14 veces más que los flujos de ayuda y cuatro veces más que el capital privado invertido en dichos países. Cada año, los países de la OCDE destinan 350.000 millones de dólares a subsidiar su agricultura, es decir, el doble del valor de las exportaciones de los países en desarrollo y casi siete veces más el valor de la ayuda externa.

En 1999, también hubo algún avance en lo que respecta al alivio de la deuda. La coalición

Jubileo 2000 ha estimado que por cada dólar de AOD para los países en desarrollo, el servicio de la deuda insume nueve dólares. En septiembre de 1999, el Presidente Clinton, declaró que existía la posibilidad de que su país cancelara la totalidad de la deuda bilateral de aquellos países que reunieran determinados requisitos, y que todo dependía de la aprobación o el rechazo del Congreso. En diciembre, el canciller británico hizo una promesa similar.

Sin embargo, todavía no está claro que toda esa retórica y toda ese bullicio en torno a la deuda se traduzcan en aportes de recursos significativos para los sectores de salud y educación de los países gravemente endeudados. Las deudas con los países ricos son sólo una fracción del total de la deuda externa. El Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional también juegan un papel importante. Por lo tanto, el sendero hacia el alivio eventual de la deuda de los países pobres sigue siendo incierto y complejo.

Ha llegado la hora de codificar la intervención internacional en casos de desastre

En el decenio de 1990, los desastres naturales y tecnológicos afectaron a 196 millones de personas por año, en término promedio, y provocaron pérdidas económicas por más de 600.000 millones de dólares. En momentos en que la urbanización no planificada y la emigración exponen a más y más gente a los accidentes naturales, los recursos de intervención en casos de desastres se están explotando al máximo.

El derecho internacional humanitario (DIH), que ha ido evolucionando desde el decenio de 1860, reglamenta la protección de las víctimas de la guerra pero no existen disposiciones internacionales en lo que respecta a ayudar a mitigar los efectos de los desastres naturales y tecnológicos. Dado que no se cuenta con un cuerpo de normas legales en materia de intervención en caso de desastre, las víctimas de algunas catástrofes que suscitan el interés de los medios de comunicación reciben ingentes cantidades de socorros mientras que las víctimas de aquellas catástrofes de las que se habla menos reciben poca ayuda.

Los obstáculos burocráticos que bloquean la ayuda humanitaria pueden ser más mortíferos que los propios desastres. Aun así no hay normas universales que permitan asegurar una verdadera asistencia internacional. Tras el terremoto que devastó Afganistán en 1998, Islamabad, protegida del epicentro por montañas de 6.000 metros, se transformó en centro de socorros debido en parte a que las autoridades que tenían mayor acceso a la zona del desastre no facilitaron el transporte de socorros por vía aérea. De contar con normas que estipularan la cooperación transfronteriza en caso de desastre, se hubiera podido salvar vidas. El DIH sirve de modelo y precedente para codificar las intervenciones en tiempos de paz. Si bien es cierto que las violaciones del DIH reciben mayor atención que sus resultados, ello no quita que los Convenios de Ginebra hayan protegido a mucha gente. En 1982, durante la guerra de las Malvinas, ambos beligerantes observaron las normas de protección de los barcos hospitales y del trato debido a los heridos.

Nadie debería subestimar la importancia del DIH en función de sus fallos. El derecho es inútil si no se aplica pero no se puede bregar por una mejor aplicación de normas que ni siquiera existen.

Los Estados pueden disentir acerca de algunos aspectos del derecho. No obstante, disponer de reglas bien concebidas permite que gobiernos, organismos intergubernamentales y organismos humanitarios utilicen un marco de referencia común a la hora de negociar.



Sección dos
Tendencias
del sistema

Christopher Blain/Federación Internacional, Mozambique 2000.

El DIH se arraiga en viejas prácticas consuetudinarias en el campo de batalla, tales como el uso de la bandera blanca, símbolo de rendición. De 1864 a 1949, en el ámbito del “derecho de Ginebra”, una de las ramas del DIH, se establecieron los convenios que rigen la protección debida a heridos, enfermos, prisioneros y civiles en tiempo de guerra, y que estipulan los deberes y la condición de quienes los atienden.

El “derecho de La Haya”, la otra rama del DIH, que regula los medios y métodos de guerra, se arraiga en los convenios de La Haya de 1899 y 1907. También cabe citar algunos instrumentos posteriores como el Protocolo de Ginebra sobre la prohibición del uso, en la guerra, de gases asfixiantes, tóxicos o similares y de medios bacteriológicos (1925); la Convención sobre Prohibiciones o Restricciones del Empleo de Ciertas Armas Convencionales que puedan considerarse excesivamente nocivas o de efectos indiscriminados (ONU, 1980), y la Convención sobre la prohibición del empleo, almacenamiento, producción y transferencia de minas antipersonal y sobre su destrucción (1997).

Tanto las fuerzas armadas como los movimientos de insurrección armada deben aplicar estas normas. El Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), fundado en 1863, es custodio de los Convenios de Ginebra. Los demás componentes del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, las Naciones Unidas, los tribunales penales internacionales, los periodistas, las organizaciones de derechos humanos y las organizaciones no gubernamentales también desempeñan una función en la evolución del DIH.

Los esfuerzos desplegados durante más de 130 años para configurar el DIH no han ido acompañados de esfuerzos jurídicos similares para establecer normas que guíen la intervención humanitaria en caso de desastre natural o tecnológico, a pesar de que actualmente la capacidad de intervención en caso de emergencia sea significativa.

¿Cuáles han sido los avances? En 1869, el Movimiento Internacional de la Cruz Roja decidió prestar socorro “en caso de calamidad pública que, al igual que la guerra, exija una asistencia inmediata y organizada”.

La Liga de Sociedades de la Cruz Roja, fundada en 1919 para ampliar la asistencia humanitaria en tiempo de paz, propuso la creación de una Unión Internacional de Socorro, basada en un tratado pero la idea murió junto con la Liga de Naciones. En 1969, se adoptaron los “Principios y normas que rigen las acciones de socorro de la Cruz Roja en casos de desastre”; aunque este documento no sea un tratado, fue aprobado por los Estados participantes y supuso un aporte a la práctica humanitaria internacional.

En el decenio de 1980 surgieron muchos modelos de acuerdo de cooperación en la prestación de socorro en casos de desastre pero no se concluyó tratado alguno. En 1989, la Unión Europea lideró el Cuarto Convenio de Lome que orienta sobre la asistencia humanitaria. En el decenio de 1990, muchas organizaciones adoptaron el “Código de conducta relativo al socorro en casos de desastre para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y las organizaciones no gubernamentales” y en el ámbito del Proyecto de la esfera se estipularon las normas mínimas de la intervención humanitaria en casos de desastre.

Los tratados que rigen el tráfico aéreo, los derechos aduaneros y el transporte ferroviario y marítimo contienen disposiciones sobre intervención en caso de desastre. También cabe señalar el Convenio interamericana para facilitar la asistencia en casos de desastre. Por otra parte, tras la catástrofe de Chernobil de 1986, se aprobaron dos convenios internacionales sobre notificación temprana y asistencia en caso de accidente nuclear.

En 1998, se aprobó el Convenio internacional sobre la utilización de las telecomunicaciones para mitigar los efectos de las catástrofes y para las operaciones de socorro en caso de desastre (Convenio de Tampere), que facilitará la utilización de recursos, el intercambio de información y la admisión de expertos en comunicaciones extranjeros durante las operaciones de socorro.

Ahora bien, todas estas piezas sueltas de reglamentación no constituyen un cuerpo de leyes y sin una organización y un análisis sistemáticos, estas normas no pueden utilizarse de manera eficiente.

La codificación de la intervención internacional en casos de desastre que se propone será el marco conceptual para comenzar a preparar un instrumento que dé forma a ese amorfo cuerpo de reglas. A continuación se reseñan algunos conceptos organizativos compatibles.

- **Método operacional de codificación:** El Convenio de Tampere es un modelo y un precedente en cuanto a la aplicación de un método operacional en la intervención internacional en caso de desastre. En lugar de basarnos en derechos y deberes, podríamos concentrarnos en establecer normas y procedimientos en la materia.
- **El ámbito de la seguridad regional:** Los efectos secundarios de la mayor parte de los desastres recaen en los Estados vecinos y, a menudo, la asistencia para salvar vidas debe provenir de esos países. Pero mientras no se preste mayor atención al aspecto jurídico de las consecuencias de los desastres para la defensa civil y la seguridad regional, es probable que tampoco haya motivo para establecer acuerdos regionales.
- **La codificación de la intervención internacional en caso de desastre, ampliación del DIH:** Los principios por los cuales se autoriza a las organizaciones humanitarias a prestar asistencia durante conflictos armados pueden ampliarse a operaciones ulteriores a los conflictos y operaciones en tiempo de paz. Las normas relativas a las zonas de seguridad (“corredores humanitarios”) pueden ampliarse para que abarquen la intervención humanitaria tras desastres naturales o tecnológicos.
- **El derecho internacional de derechos humanos, base de la codificación:** Los derechos humanos sientan las bases de las normas mínimas de la intervención internacional en caso de desastre, estipuladas en el Proyecto de la esfera. Un método centrado en los derechos humanos podría propiciar un contenido más enérgico pero también generar resistencia.

¿Cómo avanzar hacia esta codificación sistemática? El Movimiento de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, que cuenta con una red sin parangón de juristas especializados en asuntos humanitarios, puede preparar instrumentos jurídicos que sean prácticos y refuercen la intervención en caso de desastre. Posteriormente, el Movimiento puede propiciar el diálogo con los Estados, las organizaciones internacionales y la comunidad humanitaria para abundar en esos instrumentos y redactar un anteproyecto modelo, ya sea de tratado o declaración, que se someta a aprobación de su próxima Conferencia Internacional.

Habida cuenta de que los desastres abren senderos cada vez más amplios y profundos a través del mundo, tal vez no haya ningún otro desafío que esté cobrando tanta importancia en los asuntos internacionales y que haya recibido tan poca atención jurídica. La codificación de la intervención internacional en caso de desastre debería figurar entre los aportes de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja a la comunidad mundial.

Codificación de la intervención internacional en casos de desastres: Esferas que requieren ulterior elaboración jurídica.

- **Normas humanitarias de profesionalismo** (p.ej.: Proyectos de la esfera). Mecanismos de garantía de calidad que se apliquen en forma imparcial fomentarían la legitimidad de los organismos internacionales que se proponen acceder a fondos y zonas de desastres.
- **Normas humanitarias de conducta.** Quienes participan en intervenciones humanitarias deberían guiarse por normas jurídicas (por ejemplo: respetar la reglamentación del país anfitrión en materia de salud pública y tráfico).
- **Transporte, inmigración y aduanas.** A partir de lo que ya existe, debe establecerse un marco común de reglas admitidas en todo el mundo que garantice la prioridad del transporte y la entrada de suministros y personal de socorro.
- **Normas sobre suministros de socorro.** La directrices vigentes en materia de donaciones de medicamentos y socorros apropiados deben reforzarse para evitar que se malgasten recursos logísticos para prestar una asistencia inútil.
- **Intercambio de información.** El rápido intercambio de datos sobre la evolución de los desastres, las consecuencias y la intervención nacional e internacional podría incrementar considerablemente la coordinación y la eficiencia de los organismos.
- **Acceso y seguridad.** Los Estados deberían cooperar con quienes participan en la intervención humanitaria y garantizar que la asistencia no sea interrumpida ni la seguridad de los socorristas amenazada.
- **Planificación en previsión de contingencias.** Una intervención rápida tras desastres repentinos salva vidas, pero para lograrlo los organismos de socorro deben contar con un sistema que les permita formar y conservar a los miembros de las brigadas de intervención en caso de emergencia; prever dispensas con la debida antelación para que el despliegue sea rápido y, tal vez, contar también con un sistema para almacenar suministros esenciales en determinados lugares.
- **Delimitación de competencias respecto al DIH.** Las emergencias complejas de orden humanitario no conocen distinciones entre guerra y paz. Para evitar la superposición de las normas de intervención internacional en caso de desastre, una vez codificadas, y del DIH habrá que delimitar competencias en caso de desastre natural o tecnológico en zonas de conflicto armado.
- **Lo aprendido.** Cualquier método basado en un tratado sobre la intervención internacional en caso de desastre debe propiciar el intercambio de información para incorporar lo aprendido y pulir mejor las normas y los reglamentos futuros.
- **Preparación en previsión de desastres y mitigación.** Para que la codificación de la intervención internacional en caso de desastre sea verdaderamente eficiente debe comprender medidas de mitigación de los desastres que vayan de códigos de construcción y planificación ambiental a sistemas de alerta temprana y procedimientos de evacuación. Las normas pueden facilitar el intercambio de información y la cooperación técnica entre los Estados para alcanzar estas metas.

Datos fidedignos para una intervención eficaz

En el mejor de los casos, los datos relativos a los desastres, la repercusión de los mismos en la gente, y lo que cuestan a los países, son muy remendados. A pesar de la creciente participación internacional en las intervenciones en casos de desastre, la comunidad humanitaria mundial ha tardado en reconocer la necesidad de contar con datos coherentes y autoritativos sobre los desastres. El presente «Informe mundial sobre desastres» se nutre de los datos proporcionados principalmente por cuatro fuentes de información, a saber: el Centro de Investigaciones sobre la Epidemiología de los Desastres (CRED); el Comité de Refugiados, de los EE.UU.; la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE); el Comité de Asistencia para el Desarrollo; INTERFAIS, sistema de información del Programa Mundial de Alimentos, y los datos de las propias operaciones de la Federación Internacional.

El año pasado, los desastres alteraron sustancialmente la vida de 2.000 millones de personas y causaron directamente daños a la infraestructura por un valor superior a 72.000 millones de dólares. En 1999, se registraron más desplazados internos que refugiados (20 millones y 13.7 millones respectivamente), es decir, más de 30 millones de personas desarraigadas de sus hogares y en busca de ayuda de urgencia en tierra extraña.

De ahí que la Federación Internacional tuviera uno de sus años de mayor actividad, procurando conseguir unos 580 millones de francos suizos para prestar asistencia a 30 millones de personas en el mundo entero.

Datos fundamentales

Número de muertos y damnificados por desastres en cada región

(promedio anual 1990-1998)

| | Muertos | Damnificados |
|--------------|---------------|--------------------|
| África | 8 821 | 10 906 418 |
| América | 5 269 | 4 800 007 |
| Asia | 40 792 | 174 761 483 |
| Europa | 1 632 | 1 535 141 |
| Oceanía | 390 | 2 039 635 |
| Total | 56 904 | 194 042 685 |

Número de muertos y damnificados por desastres en cada región

(cifras provisionales para 1999)

| | Muertos | Damnificados |
|--------------|---------------|--------------------|
| África | 6 166 | 6 294 514 |
| América | 33 635 | 13 494 780 |
| Asia | 39 072 | 187 617 273 |
| Europa | 1 426 | 4 986 835 |
| Oceanía | 105 | 151 245 |
| Total | 80 404 | 212 544 647 |

Promedio estimado de daños anuales por región en dólares EE.UU.

(1990-1998)

| | |
|--------------|------------------------|
| África | 2 539 802 000 |
| América | 178 230 282 000 |
| Asia | 401 079 391 000 |
| Europa | 148 189 480 000 |
| Oceanía | 10 994 428 000 |
| Total | 741 033 383 000 |

Fuente: CRED, UC Louvain

Refugiados y solicitantes de asilo por país de acogida (1999)

| | |
|---------------------------|-------------------|
| África | 3 118 000 |
| Asia oriental y Pacífico | 650 700 |
| Asia central y meridional | 1 621 500 |
| Oriente Medio | 5 969 100 |
| Europa | 1 774 500 |
| América y El Caribe | 616 200 |
| Total | 13 750 000 |

Cantidades significativas de desplazados internos (1998)

| | |
|---------------------------|-------------------|
| África | 10 005 000 |
| Asia oriental y Pacífico | 1 260 000 |
| Asia central y meridional | 1 630 000 |
| Oriente Medio | 1 700 000 |
| Europa | 4 135 000 |
| América y El Caribe | 1 886 000 |
| Total | 20 616 000 |

Fuente: Comité de Refugiados de los Estados Unidos.

Si desea adquirir la versión completa del **Informe Mundial sobre Desastres 2000**

(publicada sólo en inglés), sírvase rellenar este formulario y remitirlo a una de las direcciones indicadas.

Central Books

99 Wallis Rd
London E9 5LN
United Kingdom
Tel +44 20 8986 5488
Fax +44 20 8533 5821
E-mail orders@centralbooks.com

£15.95 per copy*
(add post & packing of £1.50 per copy UK,
£4.00 per copy elsewhere)

Eiron Inc.

PO Box 40072
Washington DC 20016, USA
Tel +1 202 966 3240
Fax +1 202 244 0913
E-mail eironinc@aol.com
Web www.wdn.com/yellowdog

US\$25.00 per copy*,**
(shipping & handling in USA, \$4.50 first book,
\$1.50 ea. addl. Outside USA, \$9.00 first book,
\$5.00 ea. addl.)

* Order 5 or more copies and get 20% discount on the cost of the books.

** Cheques used as payment must be received in US\$ drawn on a US bank.

National Red Cross and Red Crescent society orders:

Mail: WDR orders,
International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies
PO Box 372
1211 Geneva 19, Switzerland
Fax: +41 22 730 49 56 or e-mail: wdrorder@ifrc.org

Total copies: _____ **Total amount to pay (in US\$ or GB£):** _____

Payment by credit card: Eurocard/MasterCard Visa

Number: _____

Expiry date: ___ / ___

Name of cardholder: _____
(PLEASE PRINT)

Date: _____ Signature: _____

Please send me an invoice Mrs Ms Mr

Name: _____ First name: _____

Organization: _____

Address: _____

City: _____ Post/zip code: _____ Country: _____

Telephone: _____ E-mail: _____

Goods ordered will be shipped to the destination indicated on the order form after receipt of payment.
When payment is by credit card, receipt of payment corresponds with credit to the relevant account.

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.



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.