



Informe Mundial 2022
sobre Desastres

The background of the cover features a photograph of a woman and a young child. The woman is wearing a floral-patterned face mask and a patterned top. The child is sitting next to her, looking down. The entire image has a blue color cast.

CONFIANZA, EQUIDAD Y ACCIÓN LOCAL

Enseñanzas de la pandemia de COVID-19 para una
mejor gestión de los desastres futuros

+CIFRC

INFORME MUNDIAL 2022 SOBRE DESASTRES
CONFIANZA, EQUIDAD Y ACCIÓN LOCAL

Enseñanzas de la pandemia de COVID-19
para una mejor gestión de los desastres futuros

© Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, Ginebra, 2023

Se autoriza citar, copiar, traducir o adaptar, total o parcialmente el contenido de esta publicación sin autorización expresa de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, con fines no comerciales, siempre y cuando se mencione claramente la fuente.

ISBN : 978-2-9701675-3-2

URL: <https://www.ifrc.org/es/document/informe-mundial-sobre-desastres-2022>

Fotografía de portada: Madagascar, 2020. Rasoanirina Edouard, beneficiaria de la asistencia financiera aportada por la Cruz Roja Malgache, regresa a casa tras recibir su dinero. © iAko Randrianarivelo, Federación Internacional.

Diríjase a nosotros

Toda solicitud de reproducción con fines comerciales deberá dirigirse directamente a la secretaría de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja:

Dirección: Chemin des Crêts 17, Petit-Saconnex, 1209 Ginebra, Suiza

Dirección postal: Apartado Postal 303, 1211 Ginebra 19, Suiza

T +41 (0)22 730 42 22 | **F** +41 (0)22 730 42 00 | **C** secretariat@ifrc.org | **W** ifrc.org

La Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja deja constancia de su agradecimiento para con las siguientes entidades por el apoyo prestado para la publicación de la edición 2022 del Informe mundial sobre desastres. El informe fue financiado en parte gracias a los fondos aportados para la intervención motivada por la pandemia de COVID-19.



Ministry for Foreign
Affairs of Finland



Australian Government
Department of Foreign Affairs and Trade



Federal Ministry
for Economic Cooperation
and Development

Agradecimientos

La Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (Federación Internacional) desea agradecer a las numerosas personas que han dedicado considerable tiempo y esfuerzo a cada una de las etapas de la edición 2022 del Informe mundial sobre desastres.

Responsables del proyecto: Kirsten Hagon (responsable principal), David Fisher y Danielle Larrabee (todos ellos de la Federación Internacional).

Autor principal: Michael Marshall.

Contribución especial: Rachel Amy Macleod (Federación Internacional) – Capítulo 6: derecho y emergencias de salud pública.

Editora principal: Danielle Larrabee (Federación Internacional).

Asistente del proyecto: Begümhan Şimşir (Federación Internacional).

Diseño y diagramación: Hadley Kincade, Philippe Boisson y Carole Maroun.

Revisora: Rebecca Hills.

Analistas de datos: Julien Chatellier y Dan Walton.

Medios y comunicaciones: Léa Salwan, Melis Figanmeşe y Shani Bannister (Federación Internacional).

Traducciones: Maria Martha Ambrosoni, Paloma Carrión, Florence Marot.

Unidad de gestión: Nelson Castano, Xavier Castellanos, David Fisher, Caroline Holt, Petra Khoury y Frank Mohrhauer (Federación Internacional).

Grupo consultivo externo

La Federación Internacional y los autores desean expresar su agradecimiento a los miembros del grupo asesor externo del *Informe mundial sobre desastres*, que proporcionaron orientación estratégica sobre la dirección y el contenido de la edición de 2022. Varios miembros del grupo aportaron comentarios exhaustivos y perspicaces sobre los proyectos de capítulos, a saber:

Tammam Aloudat (Médicos Sin Fronteras), Eid E. Azar (Saint George Hospital University Medical Center), Veronica Bell (Cruz Roja Australiana), Shawky Amine Eddine (Cruz Roja Libanesa), Lily Gardner (Cruz Roja Australiana), Fran Girling-Morris (Development Initiatives), Marc Gordon (UNDRR), Ilona Kickbusch (IHEID), Jemilah Mahmood (Universidad Sunway), Butch Meily (Philippines Disaster Resilience Foundation), Heather Pagano (CICR), Faiza Rab (Cruz Roja Canadiense), Kwang Rim (OMS), Emma Ross (Chatham House), Nahoko Shindo (OMS), Paul Spiegel (Universidad John Hopkins), Mahmoud Tharwat (Media Luna Roja Egipcia), Mike VanRooyen (Harvard Medical School) y Alice Wimmer (OMS).

Grupo consultivo técnico

La Federación Internacional desea agradecer a las siguientes personas sus importantes aportaciones y apoyo al informe: redacción de secciones, asesoramiento sobre contenidos y fuentes, revisión de investigaciones y capítulos fundamentales (en particular la revisión de múltiples versiones), entre muchas otras contribuciones:

Ombretta Baggio, Wbeimar Alejandro Sanchez Bustamante, Gwendolen Eamer, David Fisher, Justin Ginnetti, Rachel Goodermote, Isabelle Granger y Maya Schaerer (todos ellos de la Federación Internacional).

Colaboración y apoyo

La Federación Internacional desea agradecer a las siguientes personas que realizaron importantes aportaciones y prestaron su apoyo, en particular en la redacción de estudios de casos y recuadros, la revisión de secciones y otras importantes contribuciones:

Asmaa Samir Abbas Mohamed (Federación Internacional), Nur Hayati Ahmad (Federación Internacional), Rania Alerksoussi (Federación Internacional), Ayham Alomari (Cruz Roja Canadiense), Malak Atkeh (Federación Internacional), Ghulam Muhammad Awan (Federación Internacional), Thierry Balloy (Federación Internacional), Susana Arroyo Barrantes (Federación Internacional), Laura Bastianetto (Cruz Roja Italiana), Suzanne Bernard (Federación Internacional), Anna Bowen (Federación Internacional), Hanna Butler (Federación Internacional), Luke Caley (Federación Internacional), Ruben Cano (Federación Internacional), William Carter (Federación Internacional), Richard Casagrande (Federación Internacional), Michael Charles (Federación Internacional), Chang Hun Choe (Federación Internacional), Alexandre Claudon de Vernisy (Federación Internacional), Walter Cotte (Federación Internacional), Adelaide Davis (Federación Internacional), Dorien Irene Dolman (Federación Internacional), Olga Dzhumaeva (Federación Internacional), Hosam Faysal (Federación Internacional), Gefra Fulane (Federación Internacional), Fred Fulton (Federación Internacional), Gantsetseg Gantulga (Federación Internacional), Elias Ghanem (Federación Internacional), Katie Greenwood (Federación Internacional), Andra Gulei (Cruz Roja Británica), Caroline Holt (Federación Internacional), Maryann Horne (Cruz Roja Británica), Ariel Kestens (Federación Internacional), Alka Kapoor Sharma (Federación Internacional), Mercy Laker (Federación Internacional), Maria Victoria Langman (Federación Internacional), Heather Marie Leson (Federación Internacional), Necephor Mghendi (Federación Internacional), Simon Missiri (Federación Internacional), Danger Nhlabatsi (Cruz Roja de Eswatini), Carrie Nielsen (Federación Internacional), Zeade Leonard Nioule (Federación Internacional), Klaus Nørskov (Cruz Roja Danesa), Diana Ongiti (Federación Internacional), Diana Oviedo (Federación Internacional), Jason Peat (Federación Internacional), Nora Peter (Federación Internacional), Bhanu Pratap (Federación Internacional), Rachel Punitha (Federación Internacional), Ahmed Ragaey (Media Luna Roja Egipcia), Elkhan Rahimov (Federación Internacional), Udaya Kumar Regmi (Federación Internacional), Daniel Alfredo Rejas Untiveros (Federación Internacional), John Roche (Federación Internacional), Mey El Sayegh (Federación Internacional), Ivar Schram (Federación Internacional), Sharonya Sekhar (Cruz Roja Canadiense), Ezekiel Simperingham (Federación Internacional), Marjorie Sotofranco (Federación Internacional), Coree Steadman (Federación Internacional), Molefi Takalo (Cruz Roja Sudafricana), Papemoussa Tall (Federación Internacional), Gabrielle Taylor (Cruz Roja Británica), Charlotte Tocchio (Federación Internacional), Bhupinder Tomar (Federación Internacional), Adesh Tripathee (Federación Internacional), Annkatrin Tritschoks (Cruz Roja Alemana), Stephen Wainwright (Federación Internacional), Sanjula Weerasinghe (Federación Internacional).

Acrónimos

Acelerador ACT	Acceptor del acceso a las herramientas contra la COVID-19
ACNUDH	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
ADPIC	(Acuerdo sobre los) Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio
CAP	Protocolo de alerta común
CBHFA	Unidad de salud y primeros auxilios a nivel comunitario de la Media Luna Roja Árabe Siria
CBS	Control centrado en la comunidad
CEPI	Coalición para las innovaciones en la preparación ante las epidemias
CHW	Trabajadores sanitarios de la comunidad
CICR	Comité Internacional de la Cruz Roja
CIR	Comité Internacional de Rescate
COVAX	COVID-19 Vaccines Global Access (mecanismo de acceso mundial a las vacunas)
COVID-19	Enfermedad causada por coronavirus
CP3	Programa comunitario de preparación para epidemias y pandemias (Federación Internacional)
CRAF'd	Fondo de las Naciones Unidas para el Análisis de Riesgos Complejos
DAES, ONU	Organización de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (Organización de las Naciones Unidas)
DEEP	Data Entry and Exploration Platform (plataforma de ingreso y análisis de datos)
DG ECHO	Dirección General de Ayuda Humanitaria y Protección Civil de la Comisión Europea
DREF	Fondo de Emergencia para la Intervención en Casos de Desastre
EAPs	Protocolos de acción temprana
EC DRMKC	Centro de Conocimiento sobre la Gestión del Riesgo de Desastres (Unión Europea)
ECPHAO	Dirección General de Protección Civil y Operaciones de Ayuda Humanitaria Europeas
EM-DAT	Emergency Events Database (base de datos mundiales sobre desastres)
EPP	Equipo de protección personal
ESSN	Plan de ayuda social de urgencia (Unión Europea)
EVCA	Enhanced Vulnerability and Capacity Assessment (análisis en profundidad de la vulnerabilidad y la capacidad, Federación Internacional)
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FbA	Financiación proyectiva
FDRS	Banco de datos y sistema de información general interno de la Federación Internacional
Federación Internacional	Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja
FIND	Foundation for Innovative New Diagnostics (fundación sobre innovación en los nuevos diagnósticos)
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization (Alianza mundial para las Vacunas)
GDPC	Centro mundial de referencia sobre preparación para desastres
IASC	Comité Permanente entre Organismos

IAVG	Independent Allocation of Vaccines Group (Grupo independiente de asignación de vacunas)
IDS	Instituto de Estudios del Desarrollo
IPBES	Plataforma Intergubernamental Científico-Normativa sobre Diversidad Biológica y Servicios de los Ecosistemas
IPCC	Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático
IPPPR	The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response (Grupo Independiente de Preparación y Respuesta frente a las Pandemias)
ITPC	Coalición Internacional de Preparación para el Tratamiento
MERS	Síndrome respiratorio de Oriente Medio
MSF	Médicos Sin Fronteras
OARPPP	Oficina del Alto Representante para los Países Menos Adelantados, los Países en Desarrollo sin Litoral y los Pequeños Estados Insulares en Desarrollo
OCAH, ONU	Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ODS	Objetivos de desarrollo sostenible
OHHLEP	One Health High-Level Expert Panel (cuadro de expertos de alto nivel para el enfoque de “Una sola salud”)
OMC	Organización Mundial del Comercio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OMS, SAGEI	Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico e Inmunización (OMS)
PBI	Producto bruto interno
PER	Preparación para una intervención eficaz (Federación Internacional)
PHES	Emergencias de salud pública
PI	Propiedad intelectual
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PPP	Asociación piloto sobre programas
RCCE	Comunicación de riesgo y participación comunitaria
RCIC	<i>The Red Cross Independent College</i> (colegio independiente de la Cruz Roja en Zimbaue)
RCSC	Cruz Roja China
REAP	<i>Risk-informed Early Action Partnership</i> (Alianza para la Acción Temprana informada sobre el Riesgo, ONU)
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
RU	Reino Unido
SARS-COV-2	Coronavirus 2 del SRAS
SMAPS	Salud mental y apoyo psicosocial
SRAS	Síndrome respiratorio agudo severo
UN OCHA FTS	<i>UN OCHA Financial Tracking Service</i> (servicio de seguimiento financiero de la OCAH, ONU)
UNDRR	Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
US EPA	Agencia de Protección Ambiental de Estados Unidos
USAID	Organismo de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
WASH	Agua, saneamiento e higiene

PRÓLOGO



Al momento de redactar la presente edición 2022 del Informe mundial sobre desastres, la pandemia de COVID-19 ha tenido una incidencia abrumadora en las vidas, la salud y el bienestar social y económico de las poblaciones de todas las naciones del mundo.

Esta crisis –en particular, la enfermedad en sí, sus efectos en cadena, y las medidas adoptadas para combatirla– ha agudizado el desempleo, la pobreza, la inseguridad alimentaria, la vulnerabilidad ante la violencia, además de haber causado pérdidas en materia de educación y reducido las oportunidades para los niños, sin mencionar la presión adicional impuesta sobre los servicios públicos. Asimismo, ha exacerbado los problemas de salud mental y ha costado billones de dólares estadounidenses a la economía mundial.

Se puede afirmar hoy con certeza que hubiese sido posible evitar gran parte de estas repercusiones. Si bien el virus causante de la COVID-19 era nuevo y, por lo tanto, planteó nuevos retos, existen innumerables medidas y enfoques en común que podrían haber mitigado los efectos de la pandemia. En particular, los gobiernos podrían haber destinado un volumen mucho mayor de inversiones a la preparación para emergencias a nivel comunitario.

Esta afirmación se fundamenta en la experiencia de la red de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (Federación Internacional) acumulada a lo largo de más de un siglo de asistencia a gobiernos y comunidades en la prevención, la preparación, la intervención y la recuperación ante desastres y brotes de enfermedades, como el VIH/SIDA, el zika, el ébola, el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS), el sarampión y el cólera.

Al igual que la Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación y otros expertos sanitarios de renombre, la Federación Internacional advirtió, en 2018, acerca de una alta probabilidad de pandemia de grave, sin que la humanidad estuviera preparada para afrontarla. Desafortunadamente, el mundo tuvo que afrontar la pandemia de COVID-19 para comprender las consecuencias de los errores del pasado y para comprobar que la solidaridad –y no la competencia– es una medida de salud pública mucho más acertada.

Desde el inicio de la pandemia, la Federación Internacional, junto con sus ciento noventa y dos (192) Sociedades Nacionales miembros y quince (15) millones de voluntarios han ayudado a personas de todo el mundo a sobrevivir y a afrontar la situación, tanto durante la pandemia como en otras situaciones, al tiempo que han mantenido sus actividades a raíz de diversos desastres y crisis concomitantes.

La organización ha prestado asistencia de salud, información, alimentos y transferencias monetarias en beneficio de más de mil doscientos millones de personas con el fin de prevenir la transmisión del virus y frenar la pandemia. Al mismo tiempo, ha velado por que los voluntarios y miembros del personal cuenten con las herramientas y el apoyo necesarios para ayudar a las comunidades, sin descuidar su seguridad y su salud física y mental.

Con el fin de evitar que se repitan los mismos errores, conviene integrar las enseñanzas fundamentales de esta pandemia en las leyes, las políticas, los presupuestos y las medidas nacionales.

Mediante la edición 2022 del Informe mundial sobre desastres se contribuye a este empeño y se insta a una mayor inversión en la preparación, tanto a nivel nacional como local, esto es, la preparación en materia de prevención, detección precoz de brotes de enfermedades y la rápida intervención ante estos, así como ante otras crisis y tensiones.

En el informe se destaca la importancia de la preparación basada en los principios de equidad, confianza y acción local.

Equidad, porque las pandemias se nutren de la inequidad, la agravan, y escapan a todo control mientras el acceso a los servicios y a los productos esenciales –incluidas las vacunas– no esté garantizado por ley y disponible en la práctica.

Confianza, porque las medidas orientadas a hacer frente a la pandemia, incluidas las vacunas, la información sobre salud pública y las medidas de aislamiento, no serán aceptadas a menos que exista confianza.

Acción local y comunitaria, porque las pandemias empiezan y terminan en las comunidades, y los gobiernos deben impulsar y apoyar la acción local a fin de fomentar la resiliencia, la confianza y la agilidad de los sistemas de salud.

Sobre todo, en el informe se recomiendan diversos enfoques y programas prácticos que destacan cauces para abordar estos principios mediante la prevención y la preparación a nivel de la comunidad, el fortalecimiento de los sistemas de salud comunitaria, la protección y el apoyo a los agentes de intervención de primera línea, la preparación legislativa, y un mejor uso de los datos locales.

En los próximos años, existirá una oportunidad histórica para afianzar la preparación ante los brotes de enfermedades, con las comunidades locales como eje central. Todas las partes concernidas, esto es, los gobiernos, la comunidad internacional y sus asociados, deberán asumir una tarea fundamental: velar por que no se haga caso omiso de estas oportunidades. La red de miembros de la Federación Internacional, de conformidad con su cometido, permanece determinada a acompañar a los gobiernos y las comunidades mediante su apoyo a este proceso tanto en lo que respecta las leyes como a las medidas de acción.



Jagan Chapagain
Secretario General





2021, Bangladesh. Noriko Tomabechi es la ex representante en el país y responsable de proyectos de la Cruz Roja Japonesa en Bangladesh. "La pandemia de COVID-19 ha sido otra crisis para todos nosotros, y ha complicado aún más la vida en el campamento. Después de cuatro años, las condiciones de vida en los campamentos todavía son difíciles y quedan muchos retos por delante. Pese a las múltiples crisis, las personas demuestran su resiliencia día tras día."

© Ibrahim Mollik, Federación Internacional

Índice

Síntesis	2-17
Introducción	18-25

1.

Prevención y preparación

En un mundo que se caracteriza por la multiplicidad de amenazas, se debe prevenir aquello que sea posible y prepararse para todo lo demás

26–69

2.

Interacción con las comunidades y los agentes locales

Mediante la integración de los agentes locales y de las comunidades en los sistemas, las sociedades pueden propiciar su grado de preparación

70–103

3.

Solidaridad mundial

Fomento de un mayor acceso a los productos y servicios para afrontar pandemias

104–137

4.

Inequidades sociales y económicas

Fortalecimiento de los sistemas de protección social para las comunidades

138–167

5.

Uso de datos en beneficio de las comunidades

La recopilación y el análisis de datos deben centrarse estrictamente en las necesidades de las comunidades conforme sea determinado por ellas mismas

168–197

7.

Perspectivas para el futuro

Conclusiones y recomendaciones

220–231

6.

Derecho y emergencias de salud pública

Las leyes y las políticas son la base de toda intervención eficaz en caso de emergencia de salud pública

198–219

8.

Las tendencias de los desastres

Información procedente de los datos

232–267

Metodología

268–274



2020, Madagascar. La Cruz Roja Malgache prestó apoyo al Ministerio de Salud mediante actividades de sensibilización que incluyeron visitas domiciliarias – entre otras, a Zanamijay Jeanne, en la foto–, así como grupos temáticos y sesiones con dirigentes locales.
© iAko Randrianarivelo/Federación Internacional

SÍNTESIS

ENSEÑANZAS DE LA PANDEMIA DE COVID-19 PARA UNA MEJOR GESTIÓN DE LOS DESASTRES FUTUROS

La pandemia de COVID-19: un desastre sin precedentes recientes

La pandemia por coronavirus es el mayor desastre del que se tiene memoria, según casi todos los parámetros. Se ha confirmado la muerte de más de 6,5 millones de personas en menos de tres años —o de una persona por cada mil, según las estimaciones más moderadas ([WHO, no date](#))— un orden de magnitud mayor al de cualquier seísmo, sequía o huracán registrado. Han quedado devastadas industrias y enteras economías: el Fondo Monetario Internacional ha calculado que, hasta finales de 2024, la pandemia habrá costado a la economía mundial 13,8 billones de dólares de los Estados Unidos de América ([Gopinath, 2022](#)). Mientras tanto, las consecuencias socioeconómicas de la pandemia también son descomunales.

Además, las consecuencias indirectas de la pandemia han afectado a prácticamente todas las comunidades del planeta. Ningún desastre registrado en los últimos decenios había tenido repercusiones de tamaño alcance. Así, nadie ha quedado al margen de la gestión de desastres, o de la mala gestión de estos, porque todos hemos sufrido la pandemia y sus consecuencias.

GRÁFICO: Muertes por COVID-19 (desde 2020) en comparación con aquellas provocadas por los desastres más graves registrados en el siglo XXI



Fuente: [EM-DAT, no date](#); [WHO, no date](#); [ReliefWeb, no date](#); [Dawood et al, 2012](#).

Por otro lado, no todas las personas han sufrido por igual. En muchos casos, la pandemia exacerbó la desconfianza y las desigualdades existentes, tanto entre los países como dentro de estos. Por desgracia, algunas medidas sanitarias adoptadas ante la pandemia tuvieron un efecto similar, especialmente cuando ignoraron o dificultaron la acción local y comunitaria en lugar de aprovecharla para mejorar la preparación.

No estábamos preparados, y hemos de estarlo

Este informe gira en torno a la preparación, con énfasis en las deficiencias de la preparación para la pandemia de COVID-19 y en los cauces para lograr una preparación más eficaz ante futuras emergencias de salud pública. Es imperativo preparar sin tardanza a las sociedades para esa eventualidad. La preparación comprende la anticipación de una emergencia, la intervención ante esta y la recuperación posterior. Para estar preparado de verdad, por lo tanto, uno debe estar listo para intervenir, recuperarse, y extraer enseñanzas para el futuro. En otras palabras, la preparación es un proceso continuo.

Muchos países no estaban preparados para la pandemia de COVID-19. Algunos carecían de plan para un brote infeccioso de tamaño magnitud; en otros, se había relegado elementos fundamentales de la preparación: por ejemplo, al reducir las camas hospitalarias en aras de la eficiencia, los sistemas sanitarios habían sido incapaces de hacer frente al auge de pacientes de COVID-19. Es fundamental destacar que muchos países cuya inversión en la preparación a nivel local había sido insuficiente no pudieron aprovechar la que sí existía. Los países que mejor combatieron la propagación de la COVID-19 se habían dotado de sistemas de salud y de planes de ayuda social resilientes, y habían extraído enseñanzas de brotes de coronavirus anteriores, como el síndrome respiratorio agudo severo en 2003. Aunque también tuvieron que adaptarse y que lidiar con aspectos difíciles de la pandemia, al menos esos países contaban con amortiguación.

En el momento de redactar estas líneas, todos los países siguen muy poco preparados para brotes futuros. Pese a que la pandemia de COVID-19 ha dejado patente ante el mundo la importancia de la preparación, los países no están preparados para otra emergencia de salud pública. Por ejemplo, en 2021, el *Global Health Security Index* (índice mundial de seguridad sanitaria) evaluó ciento noventa y cinco (195) países en función de seis categorías relacionadas con la preparación para situaciones de emergencia, con inclusión de la detección, la intervención y las convenciones sociales, y concluyó que ninguno estaba preparado para epidemias o pandemias futuras (Bell & Nuzzo, 2021). Ni un solo país superó la puntuación de ochenta (80) sobre cien (100) y, lo que es peor, el promedio mundial alcanzó apenas un 38,9: una cifra casi idéntica a la arrojada por la última evaluación realizada en 2019, reflejo de que no ha habido mejoras sustanciales en la preparación ante emergencias sanitarias.

Además, mediante una verdadera preparación se puede hacer frente a múltiples peligros, y no a uno solo. Una de las mayores sorpresas de la pandemia de COVID-19 fue el aprieto en el que puso a muchos países aparentemente bien preparados ante los brotes infecciosos. No se trata solo de patógenos: las sociedades bien preparadas ante brotes infecciosos que pasen por alto la preparación para fenómenos meteorológicos extremos, se encontrarán en una situación de vulnerabilidad si azota un huracán. La resiliencia de las sociedades pasa ineludiblemente por el establecimiento de marcos para desastres que permitan hacer frente a múltiples tipos de peligro, que podrían sobrevenir simultáneamente.

La preparación ha de empezar ahora porque se ciernen sobre el mundo peligros crecientes. En 2021 se registró trescientos setenta y ocho (378) desastres —sin contar los brotes infecciosos—, una cantidad que supera el promedio de veinte años de trescientos treinta y siete (337) desastres anuales. Muchos países hicieron frente a peligros como huracanes e inundaciones al tiempo que lidiaban con la pandemia de COVID-19. El aumento de los peligros obedece en gran medida al auge de los desastres climáticos o meteorológicos. Por otro lado, la pandemia de COVID-19 es apenas uno de tantos brotes infecciosos en el siglo XXI, aunque el de mayor envergadura. El mundo contemporáneo, cada vez más expuesto a los peligros, exige un esfuerzo conjunto para contribuir a que las comunidades estén preparadas y disminuir el sufrimiento y la carga de mortalidad.



2020, Italia. Durante un turno en la ambulancia de la Cruz Roja Italiana en Florencia. © Michele Squillantini

La confianza, la equidad y la acción local: claves de la preparación

La preparación solo es eficaz si se basa en la confianza, la equidad y la acción local. A raíz de la pandemia de COVID-19, numerosos informes y análisis han destacado la importancia de la preparación para futuros brotes infecciosos y otros desastres (véase la introducción). Teniendo en cuenta esas evaluaciones mundiales (por ejemplo, [Sachs et al, 2022](#); [IPPPR, 2021](#)) y las enseñanzas extraídas a nivel interno (por ejemplo, [Johnston, 2022](#); [IFRC, 2021](#)), la Federación Internacional ha definido tres elementos fundamentales de la preparación que, a pesar de ser cruciales para el éxito, apenas se han considerado en las recomendaciones formuladas en otros informes: **la confianza, la equidad y la acción local.** El informe pondrá de relieve su importancia, y las contempla como denominadores comunes de las recomendaciones formuladas. La pandemia de COVID-19 y otras crisis de larga data nos han enseñado que la omisión de esos factores acarrea inmensos costos sociales, económicos y para la salud física y mental.

CONFIANZA *La preparación corre parejas con la generación de confianza. De hecho, la confianza es uno de los elementos que mejor predicen la eficacia de una intervención a raíz de cualquier situación de emergencia.* En todas las etapas del proceso de gestión de desastres —sobre todo antes de una situación de emergencia—, es vital forjar la confianza de las comunidades y sociedades: la pandemia de COVID-19 lo ha demostrado con creces. Cuando los mensajes de salud pública inspiraban confianza, la ciudadanía estaba bien dispuesta a cumplir con medidas sanitarias que, en ocasiones, suponían el alejamiento respecto de sus familias durante meses para frenar la propagación de la enfermedad y salvar vidas (véase el capítulo 2). Del mismo modo, la vacunación de millones de personas en un tiempo récord solo fue posible cuando una mayoría confiaba en que las vacunas eran inocuas y eficaces o, al menos, la mejor alternativa existente. Sin embargo, también se cumple la máxima opuesta: si la confianza es quebradiza o inexistente, la salud pública se convierte en una cuestión política e individual. Si los últimos años nos han enseñado algo, es que la pandemia se alimentó de las tensiones políticas, económicas y personales y las avivó, lo que mermó nuestra capacidad de actuación. En forma análoga, la población solo compartirá sus datos personales con los trabajadores humanitarios si confían en que se gestionarán de manera responsable (especialmente las personas vulnerables, tales como los migrantes no documentados).

EQUIDAD *La preparación debe incluir disposiciones en pos de una mayor equidad, pues las emergencias de salud pública se alimentan de las inequidades y las agravan.* Los peligros de gran magnitud, tales como los brotes infecciosos y los fenómenos meteorológicos extremos, tienen repercusiones muy desiguales: se ceban con quienes ya están en una situación desfavorecida o de pobreza o vulnerabilidad. Ello suele verse exacerbado por marcos para la preparación faltos de equidad que no benefician a los más necesitados. En una pandemia, este enfoque es contraproducente: mientras la enfermedad se propague en un segmento de la población, siempre puede resurgir una forma más contagiosa o virulenta. Por otro lado, también es corrosivo para una sociedad si se aboca a determinados grupos a sufrir las consecuencias de larga duración de un desastre. Una sociedad no está preparada de verdad a menos que reciban ayuda todos sus miembros. Por lo tanto, resulta esencial impulsar los programas de protección social, fomentar la inclusión y alcanzar la cobertura sanitaria universal.

ACCIÓN LOCAL Y COMUNITARIA *La preparación debe tener arraigo local, porque la acción a nivel comunitario es esencial para cualquier intervención eficaz ante un peligro.* Ya sea en la vigilancia de enfermedades o en centros de evacuación en caso de terremoto, los agentes locales están en la primera línea de intervención, de modo que gozan de una posición idónea para lograr un auténtico cambio (véase el capítulo 2). Los agentes locales, como los voluntarios de las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (Sociedades Nacionales), son el eslabón entre las autoridades y las comunidades, y han podido observar desde un lugar privilegiado la adopción de decisiones. Mediante la acción local se encauza el conocimiento colectivo y los actos de las comunidades: por ejemplo, los vecinos suelen conocerse y saber qué personas son más vulnerables. Al colaborar estrechamente con las comunidades, los agentes de intervención pueden definir sus verdaderas carencias y necesidades, y averiguar el porqué de su renuencia a adoptar medidas sanitarias como la vacunación. En cambio, las intervenciones estatales, impuestas desde los poderes públicos sin la colaboración de las comunidades, podría dejar de lado a grupos marginales o desatender las necesidades específicas de las comunidades. Esto es funesto porque las enfermedades se propagan a través de los eslabones más débiles de la cadena, y la falta de vigilancia comunitaria posibilita que infecten a muchas más personas. La acción local, por el contrario, aprovecha los lazos de confianza que existen entre las empresas, las organizaciones y las comunidades locales. La experiencia de la Federación Internacional en materia de interacción con las comunidades y rendición de cuentas ante estas ilustra la importancia vital de las actividades a nivel local. Del mismo modo, las intervenciones de carácter comunitario fueron por lo general las más eficaces durante la pandemia de COVID-19.

Al incorporar la confianza, la equidad y la acción local, la sociedad podrá gestionar mejor brotes infecciosos y otros peligros en el futuro. En los capítulos subsiguientes se aborda seis actividades fundamentales que contribuyen sin excepción al fomento de la preparación, a saber:

- 1. Fortalecimiento de la prevención y la preparación a nivel local.** La experiencia de la Federación Internacional indica que los países que contaban con una mayor preparación para brotes infecciosos gestionaron mejor la pandemia de COVID-19. Algunos países gestionaron con dificultad numerosas situaciones de emergencia concomitantes; otros, con eficacia.
- 2. Aprovechamiento de las funciones y capacidades de los agentes locales y de las comunidades por medio de sistemas integrados de salud comunitaria.** En muchos países, no se sacó pleno partido a las capacidades de agentes de intervención local tales como los trabajadores de salud en las comunidades, lo cual dificultó la intervención a raíz de la pandemia de COVID-19. El motivo radicó en que no se les brindó apoyo, ni se los integró en el sistema sanitario más amplio. Del mismo modo, las comunidades no participaron lo suficiente en la concepción de los programas, por lo que las medidas adoptadas no siempre atendieron sus necesidades.
- 3. Establecimiento de mecanismos solidarios globales para que los productos de la intervención motivada por la pandemia lleguen a todas las comunidades.** Muchas no han tenido acceso suficiente a productos fruto de esa intervención, como las vacunas. Ello obedeció tanto a fallos en la distribución internacional como a la falta de capacidades en los programas nacionales, por ejemplo respecto de la participación de las comunidades y la logística. La situación se vio agravada por la persistente negativa a destinar directamente a los agentes de intervención local más financiación para actividades humanitarias.

- 4. Protección de las comunidades frente a las repercusiones socioeconómicas de las emergencias de salud pública.** Muchos Estados se apresuraron a fortalecer sus sistemas de protección social para dar cobertura a una mayor cantidad de personas y brindarles asistencia más efectiva y rápida, por lo general mediante transferencias monetarias. Sin embargo, algunos la han contemplado como una medida provisoria y han empezado a reducir esas iniciativas, de modo que la población vuelve a estar desprotegida. Además, existen muchos obstáculos que impiden el acceso de las comunidades a servicios esenciales.
- 5. Recopilación de datos a nivel local y utilización de estos para adoptar medidas.** Durante la pandemia, la recopilación, el análisis y el uso de los datos han sido tanto un éxito como un fracaso. Se ha reunido y difundido con extraordinaria rapidez datos epidemiológicos “convencionales”, por ejemplo el genotipado del virus, pero no se ha logrado obtener más datos sociales y económicos de mayor calidad para entender mejor las creencias, necesidades, vulnerabilidades y capacidades de las personas.
- 6. Fortalecimiento de la “preparación legislativa” para emergencias de salud pública.** Los marcos jurídicos crean condiciones favorables para la adopción de medidas. En muchos países, sin embargo, las normas jurídicas aplicables en caso de emergencias de salud pública estaban obsoletas, no eran adecuadas o no guardaban consonancia con otros marcos aplicables en caso de situaciones de emergencia. También existen lagunas a escala internacional. Como consecuencia, las intervenciones fueron caóticas en muchos países. Las normas jurídicas aplicables en caso de emergencias de salud pública deben ser revisadas y actualizadas para permitir una gestión más eficaz de brotes infecciosos futuros.

Sobre la base de estos hallazgos, la Federación Internacional ha formulado varias recomendaciones generales.



2021, Bangladesh. En el hospital del colegio médico de Satkhira, un voluntario de la Media Luna Roja de Bangladesh ayuda a Subbir Hossain, paciente que presuntamente padece COVID-19 y presenta dificultades respiratorias. © Mir Hossen Roney

Decisiones desafortunadas: consecuencias y recomendaciones para subsanarlas

Los hallazgos y las recomendaciones que figuran en este informe se refieren a las deficiencias que la Federación Internacional ha observado en la intervención motivada por la pandemia de COVID-19 hasta la fecha. Además, ante las inminentes negociaciones sobre el derecho internacional humanitario y un nuevo acuerdo en relación con las pandemias en el próximo período de sesiones de la Asamblea Mundial de la Salud, y habida cuenta del rumbo adoptado por los poderes públicos en algunos países a nivel interno, la Federación Internacional considera que hay motivos de grave preocupación. Si se sigue sin atender esos problemas, se podría repetir los errores anteriores o agravar las desigualdades y tensiones existentes.

En los tres apartados que figuran a continuación se aborda las principales preocupaciones de la Federación Internacional en relación con la confianza, la equidad y la acción local, y cauces para atenderlas. Por último, se presenta tres metas mensurables para los tres próximos años.

Confianza

Cuando **los poderes públicos imponen a la ciudadanía**, sin confianza ni transparencia, **medidas de control social**, tales como el confinamiento y los pasaportes vacunales, **se suele generar polarización y oposición a esas medidas de salud pública**.

Por otro lado, **no se forjará confianza mediante un enfoque que se limite a intensificar las campañas de comunicación y a luchar contra la información errónea; es más, podría resultar contraproducente** en situaciones de descontento social y político, o discriminación.

A continuación los elementos indispensables para generar confianza:

- **Proximidad.** Uno confía en las personas que conoce, tales como los agentes de intervención local.
- **Educación.** Uno confía en lo que entiende, a través de programas de conocimientos básicos sobre salud.
- **Escucha.** Uno confía en quienes lo escuchan y atienden sus preocupaciones, por ejemplo especialistas cualificados en interacción con las comunidades que acopien opiniones y las analicen.
- **Acceso a servicios.** Uno confía en quienes atienden sus necesidades, incluidas las necesidades de atención sanitaria básica y protección social.
- **Sentido de apropiación.** Uno confía en las medidas que siente como propias y a cuyo respecto se le ha consultado.

Es igualmente importante destacar **que no se puede aguardar a que sobrevenga una crisis para generar confianza**.

Se insta a los poderes públicos a que promuevan los elementos que figuran a continuación:



Planes de preparación ante emergencias que las comunidades asuman como propios.

Concepción, aplicación y seguimiento de planes de preparación que abarquen plenamente a las instancias públicas y a la sociedad, en los que se saque partido a los conocimientos y capacidades de los agentes locales y de las comunidades para prevenir y detectar brotes infecciosos y emergencias de salud pública e intervenir con prontitud a raíz de ambas situaciones.



Escucha activa e interacción con las comunidades.

Establecimiento o ampliación de **mecanismos efectivos de comunicación bidireccional a nivel comunitario** que registren, recopilen y analicen las sugerencias, necesidades y preocupaciones de las comunidades para adaptar las medidas de salud pública cuando sea posible y según proceda.



Acceso a educación y servicios por medio de sistemas sanitarios más robustos. Inversión en los **sistemas comunitarios de salud**, o fortalecimiento de estos. Comprenden los agentes, infraestructuras y servicios que promueven la salud de las comunidades, desde la información y los servicios, hasta la preparación ante situaciones de emergencia y los programas relacionados con los determinantes de la salud. Se incluyen los sistemas de abastecimiento de agua y saneamiento, y firme apoyo a los servicios de salud mental y apoyo psicosocial.

EQUIDAD

Si la oferta de los productos de la intervención motivada por la pandemia se desarrolla sin tener en cuenta la demanda, disminuirá el acceso y la aceptación de esos productos en los países y comunidades, especialmente en los más vulnerables y de difícil acceso.

La comunidad internacional y las autoridades nacionales deben promover los elementos que figuran a continuación:



Capacidades nacionales para distribuir los productos de la intervención motivada por la pandemia, por medio, entre otros, de los agentes locales. Se ha de invertir en las capacidades nacionales de almacenamiento, transporte y distribución de esos productos a partir de financiación y formación más adecuadas, con preavisos, y las políticas y leyes necesarias para facilitar la circulación y la distribución de los artículos. La participación de los agentes locales en este proceso es fundamental, por cuanto tienen acceso a zonas remotas y marginadas, así como a zonas propensas a los desastres y afectadas por conflictos.



Financiación más flexible y previsible para actividades humanitarias. Cuando el Estado deba recurrir a organizaciones internacionales humanitarias o agentes locales reconocidos para que complementen sus capacidades, conviene reformar la financiación destinada a la labor humanitaria de manera que sea más equitativa, flexible y accesible para los agentes locales.



Confianza e interés de las comunidades en los productos de la intervención motivada por la pandemia. Inversión en programas efectivos de interacción con las comunidades para fomentar la aceptación de esos productos. Se deberá complementar esos programas con información transparente sobre el calendario, el método y el lugar de distribución, así como acerca de la elección del producto.



Distribución equitativa y justa del riesgo de indemnización y responsabilidad, también para las organizaciones humanitarias, y prescripción del plazo en que los fabricantes están exentos de contratar un seguro de indemnización y responsabilidad para nuevos productos.



Desarrollo y fabricación de productos más económicos, de fácil almacenamiento y administración, y de idéntica eficacia. Los productos de estas características son esenciales para los países que carecen de las capacidades para adquirir, almacenar o administrar productos más caros y complejos.

Las deliberaciones sobre equidad que solo contemplen el acceso equitativo a los productos de la intervención motivada por la pandemia carecen de la perspectiva necesaria. Existen otras muchas medidas concretas y fundamentales que pueden contribuir a subsanar las desigualdades en el ámbito de la preparación ante pandemias, con atención a los factores que impulsan los brotes infecciosos y sus efectos diferenciados.

La comunidad internacional y las autoridades nacionales deben promover los elementos que figuran a continuación:



Acceso equitativo a la información, con inclusión de obligaciones nacionales respecto de la creación de sistemas de alerta y acción tempranas para la población.



Acceso equitativo a servicios nacionales de salud y protección social, que debe garantizar el derecho de las personas a planes de ayuda social y medidas de salud básica, independientemente de su condición jurídica; el fortalecimiento de los sistemas de protección social antes de que sobrevengan las crisis, por medio de evaluaciones conjuntas de la vulnerabilidad, entre otras cosas; y el aumento del acceso a servicios sanitarios a nivel local por medio de los sistemas sanitarios en las comunidades.



Acceso a la asistencia humanitaria equitativo y en función de las necesidades. Se debe reducir la utilización de financiación para fines humanitarios específicos para brindar una asistencia más flexible y acorde con las necesidades en diferentes momentos y países. Esa flexibilidad es esencial en vista de las variaciones considerables en la evolución de los brotes infecciosos.



Mayor énfasis en la prevención de múltiples peligros (prevención primaria, secundaria y terciaria) y la preparación ante estos. Así, se contribuirá a mitigar o evitar los efectos que tienen las pandemias en los más vulnerables. También se contemplará eventuales perturbaciones y tensiones concomitantes, por ejemplo, crisis sociales o económicas, sismos, fenómenos meteorológicos y climáticos, y conflictos.

Acción local

Aunque la gestión de emergencias de salud pública siempre incumbirá primordialmente a las autoridades nacionales, **una excesiva centralización y medicalización de las actividades de prevención, preparación e intervención ante pandemias no permite hacer frente a las complejidades que plantea la gestión de las situaciones de emergencia a nivel local.** Esas complejidades incluyen diferentes factores de riesgo y condiciones propicias a la aparición de la enfermedad; los efectos imprevisibles que la enfermedad podría tener en los ámbitos social, económico y físico o mental; y la actitud de las personas ante el riesgo y las medidas de salud pública.

Además, **no incluir a otros agentes de intervención ni aprovechar y fomentar los conocimientos y capacidades a nivel local puede traducirse rápidamente en que los sistemas y servicios públicos no den abasto.**

A continuación figuran las medidas que pueden adoptar las autoridades nacionales al respecto:



Determinación de los agentes de intervención local reconocidos y cualificados, e integración de estos en los sistemas sanitarios y de emergencia en el ámbito nacional, a saber, en la concepción y la aplicación de **marcos jurídicos y planes de preparación nacionales aplicables a situaciones de emergencia provocadas por múltiples peligros, así como en el seguimiento de su ejecución,** y reconocimiento de su **contribución al fortalecimiento de los sistemas sanitarios, especialmente en las comunidades** (en este caso, se hace referencia a enfoques tales como la delegación de tareas, esto es, encomendar actividades sanitarias no médicas a agentes locales cualificados).



Garantía de que los agentes de intervención local reconocidos gocen de la protección jurídica y las facilidades necesarias para el desempeño de sus actividades, por ejemplo, acceso prioritario a equipos de protección personal y a los productos de la intervención motivada por la pandemia; exenciones para la circulación de bienes y personal en cuanto garantía de la salud pública; apoyo financiero, formación y seguimiento necesarios para cumplir con los criterios relativos a la calidad, la seguridad y las condiciones de vida.



Colaboración con las comunidades en la concepción, la aplicación y el seguimiento de la ejecución de los **planes nacionales de preparación para situaciones de emergencia** con miras a adoptar medidas de prevención e inmediatas e intervenir ante esas eventualidades.

Objetivos mensurables para los próximos tres años

La siguiente pandemia podría estar a la vuelta de la esquina: nada como la experiencia adquirida en la pandemia de COVID-19 para acelerar las medidas de preparación.

1

A finales de 2023, todos los países deberán contar con **planes de preparación ante pandemias y haber examinado la legislación aplicable para determinar si también conviene actualizarla.**

- Los planes deben incluir **medidas concretas** para fortalecer la equidad, la confianza y la acción local.
- En las revisiones de la legislación se debe tener presente, entre otras cosas, la **imperativa adopción de un enfoque global** en la intervención a raíz de una crisis; la definición clara de las funciones y responsabilidades, y la necesidad de que los agentes de intervención local reconocidos se beneficien de equipos de protección personal y de exenciones a las restricciones a la circulación.

2

Hasta 2024, se deberá **aprobar un nuevo tratado y revisar el derecho internacional humanitario**, de manera que se establezcan obligaciones concretas y mensurables sobre los ámbitos siguientes, a saber:

- El **fortalecimiento** de la equidad y la confianza;
- La **promoción** de un mejor marco jurídico, nacional e internacional, aplicable en caso de pandemia;
- La **inversión** en los servicios y **aportaciones** que pueden brindar los agentes de intervención local reconocidos y las comunidades.

3

Hasta 2025, los Estados deberán **aumentar la financiación pública que destinan a la salud en un 1% (uno por ciento) de su producto interno bruto**, mientras que la **correspondiente financiación mundial deberá incrementarse en, cuando menos, 15 000 000 millones de dólares de los Estados Unidos de América anuales** ([G20, 2021](#); [WHO, 2019](#)).

- La acción humanitaria y los servicios públicos de salud **en los ámbitos local y comunitario** deben beneficiarse de un porcentaje mucho mayor de financiación.
- La financiación mundial debe ser **más previsible y flexible** para que se puedan adoptar medidas más eficaces que tengan en cuenta las necesidades.

BIBLIOGRAFÍA

Bell, J. A. & Nuzzo, J. B. (2021) *Global Health Security Index: Advancing Collective Action and Accountability Amid Global Crisis*. Nuclear Threat Initiative. https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2021/12/2021_GHSindexFullReport_Final.pdf

Dawood, F. S. et al (2012) Estimated global mortality associated with the first 12 months of 2009 pandemic influenza A H1N1 virus circulation: a modelling study. *The Lancet Infectious Diseases*, 12 (9): 687–95. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(12\)70121-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70121-4)

EM-DAT (International Disaster Database) (no date). *Home*. <https://emdat.be/>

Gopinath, G. (2022) *A Disrupted Global Recovery*. IMF Blog, 25 January 2022. <https://www.imf.org/en/Blogs/Articles/2022/01/25/blog-a-disrupted-global-recovery>

G20 (2021) *A Global Deal for Our Pandemic Age: Report of the G20 High Level Independent Panel on Financing the Global Commons for Pandemic Preparedness and Response*. G20 High Level Independent Panel on Financing the Global Commons for Pandemic Preparedness and Response. <https://pandemic-financing.org/report/>

IFRC (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies) (2021) *Law and Public Health Emergency Preparedness and Response: Lessons from the COVID-19 Pandemic*. <https://disasterlaw.ifrc.org/media/3010>

IPPPR (The Independent Panel for Pandemic Preparedness & Response) (2021) *COVID-19: Make it the Last Pandemic*. <https://theindependentpanel.org/mainreport/#download-main-report>

Johnston A (2022) *Analysis of Learning from IFRC COVID-19 Response*. Fédération internationale. Available on request.

ReliefWeb (no date) *South Asia: Earthquake and Tsunami - Dec 2004 (TS-2004-000147-IDN)*. <https://reliefweb.int/disaster/ts-2004-000147-idn>

Sachs JD et al (2022) “The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic.” *The Lancet Commissions*, 400(10359), 1224-1280. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01585-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01585-9)

WHO (2019) *Countries must invest at least 1% more of GDP on primary health care to eliminate glaring coverage gaps*. News release, 22 September 2019. <https://www.who.int/fr/news/item/22-09-2019-countries-must-invest-at-least-1-more-of-gdp-on-primary-health-care-to-eliminate-glaring-coverage-gaps>

WHO (World Health Organization) (no date) *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. <https://covid19.who.int/>



2021, India. *En una fila serpenteante a lo largo de un sendero montañoso en Mahabaleshwar, las personas mantienen las normas de distancia social mientras esperan para recibir sus vacunas contra la COVID-19 en un hospital rural. En coordinación con la administración del distrito, la Cruz Roja local ha acondicionado dos instalaciones en el estado destinadas a cumplir la cuarentena. © Pankaj Nangia*

INTRODUCCIÓN

EL PEOR DESASTRE DESDE HACE MÁS DE SETENTA AÑOS

La humanidad convive con la COVID-19 desde diciembre de 2019, cuando se detectó por primera vez el nuevo coronavirus SARS-CoV-2, el virus que la causa. Las repercusiones sobre la vida, la salud a largo plazo y las economías han sido estremecedoras.

Hasta octubre de 2022, se han notificado más de seiscientos dieciocho (618) millones de casos de la enfermedad y se han confirmado 6,5 millones de muertes ([Organización Mundial de la Salud \(OMS\), sin fecha](#)). Seguramente las cifras reales sean más altas, pero no se sabe con certeza en qué medida. La cifra oficial de muertes en 2020 fue de poco más de 1,8 millones; sin embargo, algunas estimaciones suman probables casos sin notificar y la sitúan en tres millones ([OMS, 2022](#)). Habida cuenta de la actual población mundial de ocho mil (8000) millones ([Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Organización de las Naciones Unidas \(ONU, DAES\), 2022a](#)), está claro que **ha muerto aproximadamente una persona de cada mil**. Un estudio publicado en octubre de 2022 analizó los efectos de la pandemia en la expectativa de vida en veinte países y llegó a la conclusión de que la COVID-19 ha sido “el episodio de mortalidad mundial más grave desde la Segunda Guerra Mundial” ([Schöley et al, 2022](#)).

Otro efecto de la pandemia de COVID-19 es la devastación de industrias y economías en su totalidad y el empeoramiento de las desigualdades socioeconómicas. El Banco Mundial ha señalado que, en 2020, “la actividad económica se contrajo en el noventa por ciento (90 %) de los países, la economía mundial decreció cerca de un tres por ciento (3 %) y la pobreza mundial aumentó por primera vez en una generación” ([Banco Mundial, 2022](#)). En enero de 2021, la economía de casi todos los países estaba en recesión ([Jones et al, 2021](#)). El Fondo Monetario Internacional (FMI) ha calculado que, hasta fines de 2024, la pandemia habrá costado a la economía mundial 13,8 billones de dólares de los Estados Unidos de América ([Gopinath, 2022](#)). Las repercusiones económicas fueron más graves en las economías emergentes y entre las poblaciones desfavorecidas. Como consecuencia, se registró un aumento de la inequidad, tanto en el seno de los países como entre ellos ([Banco Mundial, 2022](#)).

Por otra parte, la pandemia afectó muchos otros aspectos de la sociedad. La educación se ha visto perturbada, y a menudo las escuelas han permanecido cerradas durante muchos meses. La violencia contra las mujeres y los niños ha aumentado. La salud mental de numerosas personas se ha resentido, y el aislamiento social ha sido generalizado. Estos efectos indirectos incluyen retrasos en la consecución de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) ([ONU, DAES, 2022b](#)).

Los efectos derivados de la pandemia de COVID-19 agravaron muchos otros peligros, o se vieron agravados por ellos. Los huracanes, las sequías, otras amenazas para la salud y los conflictos han continuado sin cesar desde la aparición de la COVID-19. Estos peligros se vieron a menudo eclipsados por la pandemia. En 2020, la tormenta Alex causó inundaciones extremas en la región mediterránea ([BBC News, 2020](#)), mientras que una plaga de langostas devastó los cultivos en la región oriental de África, la península arábiga y el

subcontinente indio ([Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura \(FAO\), sin fecha](#)). El huracán Grace azotó México en agosto de 2021 ([Reinhart et al, 2022](#)) y fue seguido unas semanas más tarde por el huracán Ida, que tocó tierra en Luisiana, causando daños solo superados por el huracán Katrina en 2005 ([Beven et al, 2022](#)). El 15 de enero de 2022, el volcán Hunga Tonga-Hunga Ha'apai entró en erupción explosiva en el Reino de Tonga, lo que provocó daños generalizados y desencadenó tsunamis en todo el océano Pacífico ([BBC News, 2022](#)).

Como resultado, las comunidades a menudo debieron afrontar una emergencia y, al mismo tiempo, la amenaza del coronavirus. Las crisis múltiples y concomitantes causan mayores daños. Por ejemplo, aumentan la presión sobre los servicios públicos, incluidos los sistemas sanitarios. Con frecuencia, los agentes de intervención inicial e inmediata no han podido llegar a ciertas zonas durante la pandemia debido a las restricciones de circulación. Las personas suelen destinar sus ahorros a recuperarse de la primera crisis, lo que les deja sin reservas cuando llega otra. Los desastres como las inundaciones crean condiciones insalubres que favorecen la propagación de agentes patógenos. La pandemia de COVID-19 fue un desastre excepcional, pero también uno de tantos.

Desaciertos: análisis de informes previos

El brote de COVID-19 se produjo en el siglo XXI, en una sociedad globalizada con acceso a recursos que eran casi inconcebibles hace un siglo, cuando tuvo lugar la pandemia de gripe en 1918. Pese a todos los conocimientos, la tecnología y la riqueza, la humanidad no estaba preparada para afrontar con la suficiente rapidez o eficacia una emergencia de salud pública de esta índole. Tampoco lo estaba para hacer frente a las múltiples crisis concomitantes que han agravado los efectos de la pandemia.

En numerosos informes se ha examinado la intervención ante la pandemia de COVID-19 y las repercusiones que tuvieron los preparativos (o la falta de ellos) para hacer frente a los brotes epidémicos. En estos estudios se ofrece abundante información sobre las modalidades de preparación de los gobiernos y la comunidad internacional para las emergencias sanitarias, tanto en los casos en que esos preparativos fueron eficaces como en los que fueron incompletos o estuvieron mal orientados. También existen abundantes datos sobre el funcionamiento de los sistemas sanitarios y otros servicios públicos durante la pandemia. En este apartado se examinan algunos de los principales informes y sus conclusiones. En el apartado siguiente, se exponen los aspectos más destacados del *Informe Mundial sobre Desastres 2022*.

La Comisión *Lancet* sobre la COVID-19, en su informe publicado en septiembre de 2022 ([Sachs et al, 2022](#)), ofrece una valiosa visión general de las enseñanzas extraídas de la pandemia. La comisión describe la mortalidad como un fracaso generalizado a nivel mundial y señala diez ejemplos en los que la cooperación internacional falló. Entre ellos se incluyen varios casos en los que no se aplicó el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (2005). Muchas de las lagunas en la intervención se produjeron al principio de la pandemia y se caracterizaron por una actuación lenta o tardía.

El Grupo Independiente de Preparación y Respuesta frente a las Pandemias (IPPPR) señala puntos similares en su principal informe ([IPPPR, 2021](#)) y también se centra en las primeras fases de la pandemia. Sostiene que el brote inicial podría haberse contenido rápidamente de no haber sido por una serie de errores. En primer lugar, no se tomaron en serio las múltiples advertencias que alertaban al mundo sobre una

pandemia: la preparación no contó con fondos adecuados y los países no hicieron suficientes análisis de vulnerabilidad. En segundo lugar, cuando se identificó el brote inicial de COVID-19 y se declaró emergencia de salud pública de importancia internacional, demasiados países adoptaron un enfoque meramente expectante, en lugar de actuar con rapidez para contener el virus y prevenir una pandemia. En tercer lugar, se permitió que las tensiones internacionales socavaran la capacidad de dirección a nivel mundial. En cuarto lugar, la financiación de la intervención fue demasiado lenta, de manera que en numerosos países hubo escasez de equipos esenciales, tales como los elementos para las pruebas de diagnóstico. Por último, el hecho de que no se adoptara un enfoque que abarcara a toda la sociedad en la intervención ante la pandemia profundizó las inequidades: las consecuencias han sido desproporcionadas para las mujeres, las poblaciones vulnerables y marginadas, en particular de inmigrantes y refugiados, así como para los niños cuya educación se ha visto interrumpida o abandonada.

El tema de la falta de preparación se ha estudiado con más detalle en los sucesivos informes de la Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación (GPMB). En su informe publicado en 2019, pocos meses antes de que se detectara el brote de COVID-19, se advertía sobre el “riesgo agudo de una epidemia o pandemia mundial devastadora” ([Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación \(GPMB\), 2019](#)). Al año siguiente, la Junta concluyó que la pandemia de COVID-19 había “puesto de manifiesto un fracaso colectivo por no haberse tomado en serio la prevención, la preparación y la intervención ante una pandemia”. Una conclusión central fue que no se había comprendido plenamente la preparación. Esto quedó demostrado por la ineficacia de los índices de preparación ampliamente utilizados, como el *Global Health Security Index* (índice mundial de seguridad sanitaria), para predecir la capacidad final de un país en lo que atañe al control de la propagación del virus, lo que indica que tales índices no estaban suficientemente bien concebidos ([GPMB, 2020](#)). Por último, en el informe más reciente se señala que el mal funcionamiento del sistema internacional fue uno de los principales factores que contribuyeron a la gravedad de la pandemia ([GPMB, 2021](#)). Sin embargo, no se pronuncia tanto sobre las medidas locales y comunitarias.

Un pilar central de la preparación es el componente jurídico. Las leyes y políticas sustentan todos y cada uno de los aspectos de la prevención, preparación, intervención y recuperación en caso de emergencia, por ejemplo mediante la asignación de responsabilidades a los principales agentes. Estas leyes y políticas deben ser objeto de revisión y actualización periódicas. En dos informes de 2021 se ilustra la escasa preparación jurídica para la pandemia de COVID-19.

Un comité de la Organización Mundial de la Salud revisó el cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005), que establece las responsabilidades de los países durante las emergencias sanitarias ([OMS, 2021](#)). El comité concluyó que numerosos países no cumplieron plenamente con sus responsabilidades en virtud del RSI y que esto contribuyó a que el brote de COVID-19 se convirtiera en una pandemia. Afirmaba que la responsabilidad de aplicar el RSI debía asignarse a los niveles más altos de gobierno y que era necesario “un sólido mecanismo de rendición de cuentas”. Además, el informe identificaba deficiencias concretas en los sistemas de alerta y en la intervención temprana, a la vez que reclamaba una financiación más predecible y sostenible.

Por otra parte, la Federación Internacional abordó la cuestión desde una perspectiva diferente, mediante el examen de más de ciento treinta (130) leyes de emergencia distintas en todo el mundo ([Federación Internacional, 2021](#)). Los especialistas en normas jurídicas aplicables en casos de desastre de la Federación Internacional descubrieron que en numerosos países las leyes y las políticas en materia de emergencias

sanitarias habían quedado totalmente desactualizadas. Algunas no se habían modificado desde fines del siglo XIX o principios del XX, solo contemplaban enfermedades específicas o carecían de disposiciones para las tecnologías y sociedades modernas. Otras carecían de la amplitud necesaria para afrontar una pandemia compleja como la de COVID-19 o contradecían otros marcos de emergencia. Debido a ello, numerosos países debieron aprobar nuevas leyes de forma precipitada, lo que dio lugar a errores y omisiones críticas.

A raíz de la falta general de preparación, los efectos de la pandemia de COVID-19 han sido especialmente graves y generalizados. Las repercusiones no se limitan a la salud, sino que se extienden también a la esfera socioeconómica. En particular, la pandemia ha ampliado las desigualdades y ha tenido sus repercusiones más graves en las personas excluidas o marginadas.

Así lo destaca un informe de la Organización de las Naciones Unidas sobre la incidencia de la pandemia en la igualdad de género (Azcona et al, 2020). El informe documenta el aumento de la pobreza extrema, la pérdida de empleo, los daños a la salud, el aumento de las tareas de cuidado no remuneradas y un mayor riesgo de violencia. El Informe Mundial sobre Desastres 2022 se basa en estos datos y reúne pruebas de las múltiples repercusiones socioeconómicas en diversos grupos.

Del mismo modo, el *Informe Mundial sobre la Protección Social 2020-22* de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) describe múltiples lagunas y desigualdades en la prestación de protección social. Así, en 2020 constató que solo el 46,9% de la población mundial estaba efectivamente cubierta por al menos una prestación de protección social (OIT, 2021).

Las organizaciones humanitarias intentaron mitigar los efectos de la pandemia, pero se enfrentaron a considerables retos. En un informe elaborado conjuntamente por el Comité Internacional de Rescate (IRC) y Development Initiatives se constató que la financiación y la rendición de cuentas eran insuficientes (Comité Internacional de Rescate (IRC) y Development Initiatives, 2021). De manera análoga, Development Initiatives señaló que la suma total de la financiación mundial de la asistencia humanitaria se había estancado en gran medida desde 2018, pese a que las necesidades habían aumentado considerablemente desde 2020 debido a la pandemia de COVID-19 (Development Initiatives, 2022).

Las enseñanzas de la pandemia de COVID-19 se basan y reproducen las de epidemias recientes como las de zika y ébola. En el caso del zika, las intervenciones eficaces exigieron un apoyo psicosocial y de salud mental intenso y complejo, una comunicación de riesgo sumamente cuidadosa en torno a los riesgos para la salud sexual y reproductiva, y un enfoque local intenso de la atención y el apoyo, en particular para las mujeres embarazadas. Por ejemplo, Cuba aprovechó la participación activa de la comunidad para ayudar a controlar el brote (Castro et al, 2017). Al mismo tiempo, la epidemia de ébola puso de relieve la importancia de la localización de contactos, la comunicación de riesgo y las sepulturas seguras y dignas realizadas por agentes locales. También ilustró el riesgo de enfoques militares y verticalistas para el control de epidemias en una zona previamente afectada por conflictos, lo que provocó reacciones y violencia. Una revisión de los brotes de ébola en África realizada en 2020 destacó la importancia de abordar los factores socioeconómicos y culturales para lograr avances (Rugarabamu et al, 2020).

En la pandemia de COVID-19, estos elementos se vieron amplificados y se complicaron por la escala mundial de la emergencia y por las numerosas restricciones de circulación. No obstante, las enseñanzas fueron similares, y agentes como la red de la Federación Internacional avanzaron en su comprensión de estas enseñanzas fundamentales. No obstante, el problema ha sido la falta generalizada de memoria institucional

y sistémica: las enseñanzas no se han transmitido lo suficiente ni se ha actuado en consecuencia. La crisis de la pandemia es también una oportunidad para aprender y desarrollarse; la cuestión es si se hará.

Por último, otros informes han considerado la pandemia de COVID-19 en el contexto más amplio de la reducción del riesgo de desastres y el desarrollo sostenible ([Banco Mundial, 2021](#)). La Plataforma Intergubernamental Científico-Normativa sobre Diversidad Biológica y Servicios de los Ecosistemas (IPBES) sostuvo que la pandemia ha puesto de relieve “las interconexiones fundamentales entre la salud humana, la biodiversidad y el cambio climático” ([IPBES, 2020](#)). En este sentido, las Naciones Unidas han publicado un informe de evaluación sobre la reducción del riesgo de desastres, en el que se destaca la naturaleza sistémica de los riesgos ([Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres \(UNDRR\), 2022](#)). En el anterior Informe Mundial sobre Desastres ([Federación Internacional, 2020](#)) y, más recientemente, en el sexto informe del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático (IPCC) ([IPCC, 2022](#)) pusieron de relieve las amenazas cada vez mayores que plantea el cambio climático. Por último, las medidas de preparación para futuras emergencias sanitarias deben integrarse en los empeños por mejorar la sostenibilidad, tal como se expresa en los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) ([ONU, DAES, 2022b](#)).

Elementos ausentes en el debate

Los análisis de la Federación Internacional sobre la pandemia, y la preparación para afrontarla, coinciden en gran medida con estos informes. En efecto, la intervención ante la COVID-19 se ha visto obstaculizada por los siguientes factores:

- La falta de capacidad para prepararse ante emergencias de salud pública;
- Deficiencias en los sistemas sanitarios;
- La falta de preparación para las consecuencias socioeconómicas de una emergencia de salud pública;
- Deficiencias de la cooperación multilateral, sobre todo en lo que concierne al desarrollo, la producción y la distribución de productos de intervención en caso de pandemia.

Sin embargo, existen algunos aspectos fundamentales de la preparación que no han recibido suficiente atención y que, por lo tanto, se destacan en el Informe Mundial sobre Desastres 2022, en particular la necesidad de contar con **sistemas locales de preparación** eficaces e integradores para prevenir, detectar e intervenir en caso de emergencias sanitarias.

Si bien se ha debatido con frecuencia sobre la falta de preparación a escala nacional, pocos han abordado sistemáticamente la dimensión local y comunitaria de la preparación: la importancia de aprovechar las capacidades, los conocimientos y las inquietudes locales en la creación de sistemas de preparación nacionales y mundiales. Como organización humanitaria nacida a raíz de la pandemia de gripe de 1918, con presencia mundial y alcance local en ciento noventa y dos (192) países, la Federación Internacional consideró que existía una imperiosa necesidad de abordar esta dimensión.

La preparación eficaz y sus elementos esenciales

Al igual que otras crisis anteriores, la pandemia de COVID-19 demostró que la preparación eficaz, incluida la comunitaria, depende de la **confianza**, la **equidad** y la **acción local**. En primer lugar, la confianza sustenta el éxito de las intervenciones en todos los niveles de la sociedad, desde el cumplimiento de las medidas de salud pública por parte de los individuos hasta los sistemas internacionales de financiación. La buena noticia es que esta confianza puede consolidarse mediante sistemas de preparación eficaces e integradores. Además, una preparación verdaderamente eficaz puede contribuir a hacer frente a las desigualdades mediante el fortalecimiento de las protecciones, los mecanismos de coordinación y el acceso a los servicios para quienes más a menudo quedan rezagados. La acción local permite que las comunidades dispongan de servicios sanitarios accesibles y de calidad, que entiendan y en los que confíen, y que participen plenamente en la preparación y la intervención. Esto último incluye la capacidad de idear conjuntamente medidas adicionales para contrarrestar los efectos de los desastres y proporcionar información que sea tenida en cuenta.

Estos conceptos no son precisamente ignorados en los debates políticos, pero se pasan por alto algunos aspectos fundamentales. No se presta suficiente atención a los elementos necesarios para generar confianza: no se trata simplemente de una mayor comunicación por parte de los sistemas sanitarios y los gobiernos, sino de una verdadera comunicación bidireccional con las comunidades. Los debates sobre la equidad se centran demasiado en el acceso a las vacunas y otros productos de respuesta a la pandemia, descuidando el acceso a otros servicios como la protección social. Por último, no se comprenden suficientemente las funciones cruciales que pueden desempeñar los agentes locales en las emergencias sanitarias ni las formas de apoyo que necesitan para ello.

Aunque algunos países han empezado a replantearse sus marcos jurídicos y políticos para la prevención, preparación e intervención en caso de pandemia, muchos más deberían hacerlo para garantizar que la experiencia de la pandemia de COVID-19 y de otros desastres no vuelva a repetirse. En este informe se exponen las recomendaciones de la Federación Internacional para estos procesos, basadas en las opiniones y la experiencia de más de quince millones de voluntarios de las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y en las de las comunidades con las que trabajan y en las que viven.

BIBLIOGRAFÍA

Azcona G et al (2020) *From insights to action: Gender equality in the wake of COVID-19*. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN Women). <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/09/gender-equality-in-the-wake-of-covid-19>

BBC News (2020) *Storm Alex: Floods and landslides hit France and Italy*. <https://www.bbc.co.uk/news/world-europe-54402096>

BBC News (2022) *Tonga volcano: Eruption more powerful than atomic bomb, Nasa says*. <https://www.bbc.co.uk/news/world-asia-60106981>

Beven JL et al (2022) *National Hurricane Center Tropical Cyclone Report: Hurricane Ida (AL092021) 26 August – 1 September 2021*. National Oceanic and Atmospheric Administration and National Weather Service. https://www.nhc.noaa.gov/data/tcr/AL092021_Ida.pdf

Castro M et al (2017) Why Did Zika Not Explode in Cuba? The Role of Active Community Participation to Sustain Control of Vector-Borne Diseases. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 97(2), pp. 311–2. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.16-0906>

Development Initiatives (2022) *Global Humanitarian Assistance Report 2022*. <https://devinit.org/resources/global-humanitarian-assistance-report-2022/>

FAO (Food and Agriculture Organization of the United Nations) (no date) *Desert Locust upsurge (2019–2021)*. <https://www.fao.org/ag/locusts/en/info/2094/index.html>

Gopinath G (2022) A Disrupted Global Recovery. *International Monetary Fund Blog*, 25 January 2022. <https://www.imf.org/en/Blogs/Articles/2022/01/25/blog-a-disrupted-global-recovery>

GPMB (Global Preparedness Monitoring Board) (2019) *A World at Risk: Global Preparedness Monitoring Board annual report 2019*. <https://www.gpmb.org/annual-reports/annual-report-2019>

GPMB (Global Preparedness Monitoring Board) (2020) *A World in Disorder: Global Preparedness Monitoring Board annual report 2020*. <https://www.gpmb.org/annual-reports/annual-report-2020>

GPMB (Global Preparedness Monitoring Board) (2021) *From Worlds Apart to a World Prepared: Global Preparedness Monitoring Board report 2021*. <https://www.gpmb.org/annual-reports/annual-report-2021>

IFRC (2020) *World Disasters Report 2020. Come Heat or High Water: Tackling the humanitarian impacts of the climate crisis together*. <https://www.ifrc.org/document/world-disasters-report-2020>

IFRC (2021) *Law and Public Health Emergency Preparedness and Response: Lessons from the COVID-19 Pandemic*. <https://disasterlaw.ifrc.org/media/3010>

ILO (International Labour Office) (2021) *World Social Protection Report 2020–22: Social Protection at the Crossroads – in Pursuit of a Better Future*. https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_817572/lang--en/index.htm

IPBES (Intergovernmental Platform on Biodiversity and Ecosystem Services) (2020) *Workshop Report on Biodiversity and Pandemics of the Intergovernmental Platform on Biodiversity and Ecosystem Services*. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4147317>

IPCC (2022) *Climate Change 2022: Impacts, Adaptation and Vulnerability. Contribution of Working Group II to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*. <https://www.ipcc.ch/report/ar6/wg2/>

IPPPR (The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response) (2021) *COVID-19: Make it the Last Pandemic*. <https://theindependentpanel.org/mainreport/#download-main-report>

IRC (International Rescue Committee) and Development Initiatives (2021) *Tracking the Global Humanitarian Response to COVID-19*. <https://www.rescue.org/report/tracking-global-humanitarian-response-covid-19>

Jones L et al (2021) *Coronavirus: How the pandemic has changed the world economy*. BBC News. <https://www.bbc.co.uk/news/business-51706225>

Reinhart BJ et al (2022) National Hurricane Center Tropical Cyclone Report: Hurricane Grace (AL072021) 13-21 August 2021. National Oceanic and Atmospheric Administration and National Weather Service. https://www.nhc.noaa.gov/data/tcr/AL072021_Grace.pdf

Rugarabamu S et al (2020) Forty-two years of responding to Ebola virus outbreaks in Sub-Saharan Africa: a review. *BMJ Global Health*, 5, e001955. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001955>

Sachs JD et al (2022) The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic. *The Lancet Commissions*, 400(10359), 1224–80. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01585-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01585-9)

Schöley J et al (2022) Life expectancy changes since COVID-19. *Nature Human Behaviour*. Online ahead of print. <https://doi.org/10.1038/s41562-022-01450-3>

UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs) (2022a) *World population to reach 8 billion on 15 November 2022*. <https://www.un.org/en/desa/world-population-reach-8-billion-15-november-2022>

UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs) (2022b) *The Sustainable Development Goals Report 2022*. <https://unstats.un.org/sdgs/report/2022/>

UNDRR (United Nations Office for Disaster Risk Reduction) (2022) *Global Assessment Report on Disaster Risk Reduction 2022*. <https://www.undrr.org/publication/global-assessment-report-disaster-risk-reduction-2022>

WHO (World Health Organization) (2021) *Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) during the COVID-19 Response*. <https://www.who.int/publications/m/item/a74-9-who-s-work-in-health-emergencies>

WHO (World Health Organization) (2022) *The true death toll of COVID-19: Estimating global excess mortality*. <https://www.who.int/data/stories/the-true-death-toll-of-covid-19-estimating-global-excess-mortality>

WHO (World Health Organization) (no date) *Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. <https://covid19.who.int/>

World Bank (2021) *World Development Report 2021: Data for Better Lives*. <https://wdr2021.worldbank.org/>

World Bank (2022) *World Development Report 2022: Finance for an equitable recovery*. <https://www.worldbank.org/en/publication/wdr2022>

2019, Bangladesh. Sadyra es carpintero y artesano nato, muy hábil con las herramientas. Durante el encuentro frente a su albergue provisional, explicó que quiere construir una casa más grande para su familia. Hizo la silla en la que está sentado.
© Elodie Berthe, Federación Internacional

PREVENCIÓN Y PREPARACIÓN





En un mundo que se caracteriza por la multiplicidad de amenazas, se debe prevenir aquello que sea posible y prepararse para todo lo demás

Índice

Introducción	29
1.1 El problema – La pandemia de COVID-19 como parte de un conjunto de amenazas crecientes	31
1.2 Enseñanzas extraídas – Falta de preparación a escala mundial para la pandemia de COVID-19	34
1.3 Medidas necesarias – Inversiones en prevención y preparación para un mundo con múltiples amenazas	43
Principales recomendaciones	62

INTRODUCCIÓN

La pandemia de COVID-19 es el desastre más devastador que haya sufrido la humanidad en numerosos decenios, tanto por la cantidad de muertes que ha causado hasta la fecha como por la magnitud de sus consecuencias para prácticamente todas las personas que habitan el planeta. Aunque resulte atractivo pensar que jamás se vivirá algo parecido, en realidad, la pandemia forma parte de un esquema más amplio de amenazas que no cesan de crecer. Desde hace años, persiste el aumento de riesgos biológicos y climáticos, cuyos efectos son cada vez más graves. Estos riesgos se ven exacerbados por la urbanización y por la densidad de población, que presentan otros riesgos para la salud, así como también por el flujo, siempre creciente, del comercio y del transporte internacionales. Por otra parte, los países padecen con más frecuencia desastres o conmociones múltiples, ya sea de manera simultánea o en rápida sucesión. Este contexto impone nuevas exigencias a los sistemas públicos y a la resiliencia de las comunidades.

Este mundo signado por la multiplicidad de amenazas exige una atención especialmente centrada en la prevención y la preparación. También exige un enfoque integrado y flexible que permita actuar frente a una amplia variedad de amenazas. En lo que atañe a los riesgos específicos para la salud, la prevención requiere un conjunto de medidas centradas en los factores de riesgo. Entre ellas, se incluyen mejores condiciones de saneamiento y nutrición, así como del control de vectores mediante un enfoque de “Una sola salud” que considere la salud humana como un componente del sistema socioecológico en general. Por otro lado, urge fortalecer los sistemas sanitarios, con énfasis en la atención primaria de salud y en los sistemas comunitarios de salud. Es necesario reforzar los sistemas de protección social (véase el capítulo 4) y las unidades comunitarias de preparación y acción (véase el capítulo 2). Asimismo, se requiere adoptar una cultura de preparación ante epidemias y pandemias que sea acorde a la preparación ante otros tipos de emergencias con miras a sociedades y comunidades resilientes.

Definiciones

Intervenciones de carácter comunitario: tienen por objeto promover la salud pública en las comunidades e incluyen, entre otros, programas como el control centrado en la comunidad, la participación comunitaria, el apoyo en materia de nutrición, el asesoramiento y la promoción de la salud, la preparación de la comunidad, la atención domiciliaria y los servicios sanitarios.

Sistemas de salud comunitaria: las estructuras, los mecanismos, los procesos y los agentes necesarios para fomentar la elaboración de programas de salud dirigidos por la comunidad y la gestión de los brotes epidémicos. Los componentes esenciales pueden abarcar entornos propicios y promoción de la salud comunitaria; redes y asociaciones comunitarias; recursos y fomento de la capacidad; prestación de servicios comunitarios y fortalecimiento de la organización y de los órganos de dirección. Estos componentes sustentan las intervenciones dirigidas por la comunidad y centradas en la comunidad.

Brotos de enfermedades: la aparición de casos de enfermedad que *exceden lo que normalmente se esperaría* en una comunidad, zona geográfica o estación definidas. Si una enfermedad es poco frecuente o plantea graves repercusiones para la salud pública, un solo caso de una enfermedad puede considerarse un brote.



2022, Guatemala. El ciclón tropical Julia adquirió fuerza de huracán de categoría uno y originó lluvias intensas que causaron diversos daños en Centroamérica. Tocó tierra continental en la costa oriental de Nicaragua y también se registraron repercusiones en Guatemala. Las unidades de la Cruz Roja local pusieron en marcha medidas de acción temprana, hicieron un seguimiento de los daños y de las necesidades, y prestaron asistencia tras las intensas inundaciones y los deslizamientos de tierra. © Cruz Roja Guatemalteca

1.1 EL PROBLEMA

LA PANDEMIA DE COVID-19 COMO PARTE DE UN CONJUNTO DE AMENAZAS CRECIENTES

1.1.1 La caótica intervención ante la pandemia de COVID-19

La intervención ante la pandemia de COVID-19 estuvo viciada por el caos y los errores, tanto a escala nacional como internacional. En el informe de la Comisión *Lancet* sobre las enseñanzas de la pandemia de COVID-19 con miras al futuro ([Sachs et al, 2022](#)), se describen las lagunas existentes.

A escala internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) tuvo dificultades para organizar una acción coordinada. La Comisión *Lancet* concluyó que la OMS había demorado demasiado en reconocer la transmisión asintomática de la enfermedad de persona a persona; en recomendar controles equilibrados en los viajes internacionales, como el uso de análisis de diagnósticos; en aconsejar el uso de mascarillas por parte de la población, así como en reconocer la transmisión aérea del virus SRAS-CoV-2 ([Sachs et al, 2022](#)). Asimismo, numerosos gobiernos actuaron con excesiva lentitud para publicar sus propias conclusiones e imponer medidas preventivas claras. Cabe reconocer que, en gran medida, estas decisiones no fueron fáciles. Por ejemplo, había escasez de mascarillas, que debían reservarse como prioridad al personal sanitario dedicado a emergencias. No obstante, es indudable que los mecanismos de detección rápida, de alerta y de contención fallaron.

En numerosos países, hubo dificultades para aplicar herramientas esenciales de salud pública. En algunos casos, los equipos de pruebas de diagnóstico resultaron defectuosos ([Lee et al, 2021](#)). Aun posteriormente, en algunos países fue difícil acceder a los equipos de pruebas durante muchos meses. Asimismo, en numerosos países se registró una grave escasez de equipos de protección personal (EPP) ([Burki, 2020](#)). En algunos países, al menos el treinta por ciento (30 %) de los trabajadores sanitarios, médicos y enfermeros declararon no disponer de EPP suficientes. Para compensar el déficit ([Oliver, 2021](#)), los gobiernos se apresuraron a adjudicar múltiples contratos sin licitación, que no hicieron sino dilapidar el dinero en equipos de protección personal de mala calidad que a menudo resultaban inutilizables ([Dyer, 2021](#)). Otros desabastecimientos se debieron en parte a un sistema de financiación ineficaz: se incentivó a los hospitales a reducir al mínimo los costos en lugar de mantener inventarios adecuados ([Cohen y van der Meulen Rodgers, 2020](#)). También se ha producido una escasez mundial de oxígeno, un insumo esencial para el tratamiento de la COVID-19. En ocasiones, los sistemas sanitarios de varios países estuvieron a punto de quedarse sin recursos ([Davies y Furneaux, 2021](#)). En los países de ingresos bajos y medios, la escasez ha persistido en 2022 ([Mahase, 2022](#)).

A menudo, los ministerios gubernamentales debieron agilizar la coordinación entre ellos ([Jacobzone et al, 2020](#)). El Banco Mundial ha identificado varios rasgos de sistemas de coordinación eficaces. La coordinación exige un firme respaldo de los dirigentes; se centra en un reducido abanico de objetivos bien definidos; utiliza cuadros analíticos sencillos para informar sobre datos y resultados; y facilita una comunicación constante entre los distintos ministerios, departamentos y organismos ([Kunicova, 2020](#)). La Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (Federación Internacional) añade que deben incorporar a todo el gobierno y a la sociedad. No obstante, numerosos gobiernos no consiguieron aplicar uno o varios de estos aspectos, sobre todo en los primeros meses de la pandemia ([Kapucu y Hu, 2022](#)).

En paralelo, se produjeron errores generalizados de comunicación ([Palma-Oliveira, 2021](#)). A menudo, los gobiernos y las autoridades sanitarias no transmitieron a sus poblaciones la plena magnitud de la amenaza inherente a la pandemia de COVID-19, o lo hicieron de manera tardía ([Zhang, 2020](#)). Salvo algunas excepciones, como Australia, que puso énfasis en una comunicación eficaz y coordinada ([Hyland-Wood, 2021](#)), muchos emitieron mensajes confusos y contradictorios ([Finset et al, 2020](#)). Esto se vio exacerbado por la desinformación generalizada ([Mheidly y Fares, 2020](#)), que se propagó con especial rapidez en las redes sociales ([Malecki et al, 2021](#)). En algunos casos, los estamentos políticos trataron de politizar la situación ([Biehl et al, 2021](#)), lo que redujo la confianza en la intervención en materia de salud pública ([Hatcher, 2020](#)). Por si fuera poco, muchas comunidades no confiaban en las autoridades y se mostraban reacias a participar en las medidas adoptadas en el marco de la pandemia de COVID-19. Entre los factores que contribuyeron a esta falta de confianza cabe citar que numerosas comunidades habían tenido poco o ningún contacto con los sistemas sanitarios o las autoridades nacionales antes de la crisis.

En consecuencia, en muchos países, sobre todo en los primeros meses de 2020, se produjo una situación caótica en los servicios de urgencias y en los sistemas sanitarios en general. En un estudio realizado en 2021, cincuenta y un (51) profesionales sanitarios de Suecia relataron sus experiencias. Señalaron cambios constantes y confusos en las normas de prevención y control de infecciones. Esto se debió a que no existía un plan preestablecido para una emergencia sanitaria a semejante escala, lo que provocó cambios frenéticos y repetidos ante la nueva información. Por otra parte, se exigió al personal que utilizara tecnologías médicas nuevas y desconocidas, como equipos de oxígeno nasal de alto flujo, sin la formación adecuada. Todo ello, en conjunción con otras múltiples tensiones, como el temor a contraer la COVID-19, provocó estrés y agotamiento ([Rücker et al, 2021](#)).

Por último, aunque la pandemia de COVID-19 ha dominado la atención internacional, otras amenazas no han cesado. En mayo de 2020, el ciclón Amphan, de categoría 5, azotó el sur de Asia ([Ellis-Petersen and Ratcliffe, 2020](#)). En mayo del año siguiente, el ciclón Yaas azotó la zona cercana ([BBC News, 2021](#)). El 15 de enero de 2022, Tonga se vio afectada por una de las erupciones volcánicas más violentas de los últimos decenios, cuando Hunga Tonga-Hunga Ha'apai entró en erupción de forma explosiva, causando trastornos generalizados ([BBC News, 2022](#)).

En ocasiones, estas amenazas concomitantes aceleraron la propagación del coronavirus y, en otras, la pandemia dificultó la intervención ante otras amenazas. Por ejemplo, Bolivia sufrió grandes inundaciones en enero y febrero de 2021, así como en diciembre. Este país había mantenido bajo el número de casos de COVID-19 en 2020, en parte cerrando sus fronteras internacionales. Sin embargo, a raíz de ambas inundaciones, se registraron picos de infecciones, particularmente después de la segunda inundación en diciembre (véase el anexo de datos: las tendencias de los desastres). Del mismo modo, en Honduras, los huracanes Eta e Iota azotaron el país en 2020, en el punto álgido de la pandemia. Esto requirió una intervención inmediata ante necesidades repentinas por parte de la red de la Federación Internacional (plataforma GO, de la Federación Internacional, sin fecha b). Uno de los principales retos fue la disponibilidad de alojamiento provisional y de emergencia. Numerosas personas se habían desplazado a causa de los huracanes y necesitaban alojamiento (Federación Internacional, 2021e), pero los centros temporales para personas desplazadas tenían una capacidad reducida debido a la necesidad de mantener el distanciamiento social para limitar la propagación de la COVID-19 (Federación Internacional, 2020a).

1.2 ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS FALTA DE PREPARACIÓN A ESCALA MUNDIAL PARA LA PANDEMIA DE COVID-19

Algo que salió mal, y que se abordará en este capítulo, es que antes de la pandemia, la mayoría de los países no habían invertido lo suficiente en la prevención y preparación ante epidemias. Como consecuencia, en los primeros meses del brote de COVID-19, los gobiernos y los sistemas sanitarios tuvieron dificultades para afrontar la situación, y muchos se vieron desbordados. La intervención exigía la coordinación de múltiples agentes, pero a menudo los mecanismos de coordinación eran poco claros o inexistentes. Si bien es cierto que numerosos países se habían preparado para amenazas específicas, sus sistemas eran demasiado inflexibles para hacer frente al nuevo coronavirus. Con frecuencia, algunos sistemas sanitarios ya se encontraban desbordados incluso antes de que comenzara la pandemia. No disponían de mecanismos ni de capacidad para cambiar de tareas ([Grupo Independiente de Preparación y Respuesta frente a las Pandemias \(IPPPR\), 2021](#)).

1.2.1 Fracaso a nivel mundial en la prevención y la preparación

La pandemia de COVID-19 pudo producirse por deficiencias en la **prevención**. No se evitó que el brote inicial se extendiera por todo el mundo. También hubo errores previos en la prevención del brote propiamente dicho. En el apartado 1.3.1, se analizarán posibles medidas para evitar futuros brotes, lo que requiere algunas opciones políticas radicalmente nuevas. Sin embargo, aun dentro de los marcos políticos existentes, se podría haber adoptado diversas medidas para controlar el brote y ralentizar su propagación, pero no se hizo o se hizo demasiado tarde.

En particular, como se explica en el apartado 1.1.1, la Comisión *Lancet* puso de manifiesto la reticencia generalizada a aplicar controles sobre los viajes internacionales. La OMS no recomendó restricciones a los viajes cuando emitió las “Recomendaciones temporales” del Reglamento Sanitario Internacional (2005) ([von Tigerstrom y Wilson, 2020](#)) (véase el capítulo 6). Es cierto que las prohibiciones generales injustificadas a los viajes han sido un problema en pandemias pasadas: creaban incentivos perversos sobre la transparencia cuando se producían nuevos brotes. Sin embargo, existen múltiples opciones en este ámbito político, incluidas las pruebas de diagnóstico para las personas que ingresan a un país y salen de él, así como el aislamiento obligatorio a su llegada. Salvo algunas excepciones, como Nueva Zelanda, la mayoría de los países se abstuvieron de adoptar medidas de este tipo y, por lo tanto, permitieron la entrada del SRAS-CoV-2 en sus territorios. Aun cuando se impusieron medidas de control, a menudo fueron inadecuadas. Por ejemplo, se prohibió la entrada a los visitantes que viajaban directamente desde

determinados países, mientras que se permitió la entrada a los que viajaban indirectamente desde el mismo punto de origen ([Sachs et al, 2022](#)).

Del mismo modo, muchos países permitieron en reiteradas ocasiones que la cantidad de casos aumentara peligrosamente. En apoyo de esto, los gobiernos argumentaron que la enfermedad estaba bajo control en su jurisdicción mientras hubiera plazas disponibles en las unidades de cuidados intensivos. Según un análisis realizado en 2020, este fracaso para prevenir casos adicionales fue un error crucial porque “existe una diferencia abismal entre que haya muchas víctimas hoy o que se extiendan durante un largo periodo” ([Saracci, 2020](#)).

En términos más generales, está claro que la mayoría de los países no estaban **preparados** para la pandemia de COVID-19. El informe publicado en 2020 por la Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación concluyó que la mayoría de los países no estaban preparados para la pandemia de COVID-19 porque “nuestra comprensión de la preparación para una pandemia ha sido inadecuada” ([Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación \(GPMB\), 2020](#)). En algunos casos, la preparación se entendía de forma demasiado limitada. Por ejemplo, algunos países almacenaron equipos de protección personal, pero no lo complementaron con un sistema sólido de análisis para identificar a las personas infectadas. Tampoco crearon sistemas comunitarios para hacer frente a los brotes. Un seguimiento señaló que este fracaso se produjo a pesar de “cientos de recomendaciones de expertos... durante los últimos dos decenios” e instó a “un sistema holístico de emergencias sanitarias” ([Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación \(GPMB\), 2021](#)).

Entre otros errores, cabe citar los que se mencionan a continuación ([Sachs et al, 2022](#); [Grupo Independiente de Preparación y Respuesta frente a las Pandemias \(IPPPR\), 2021](#)):

- La falta de inversión en protocolos de comunicación claros, incluidos los sistemas de alerta temprana y acción temprana, que provocó una confusión generalizada sobre la gravedad de la amenaza y sobre las medidas más eficaces para protegerse de ella.
- Estructuras de coordinación confusas en todos los niveles de gobierno y de la sociedad, que dieron lugar a respuestas caóticas y mal articuladas.
- La falta de comprensión sobre la importancia de la adhesión y confianza de la comunidad.
- La inadecuada consideración de métodos que habrían ayudado a aliviar la excesiva carga de los sistemas de salud.

Por el contrario, los países y las organizaciones que se habían preparado adecuadamente, obtuvieron, por cierto, mejores resultados ([Federación Internacional, 2022c](#)). A modo de ejemplo, varios países o regiones de Asia oriental, entre ellos Taiwán (provincia de China), Japón y Singapur, tenían recuerdos imborrables de los recientes brotes de gripe aviar y del síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) ([Chen et al, 2021](#)). Varios de ellos habían emprendido medidas de fomento de la capacidad tras el brote de gripe aviar H5N1 ([Corwin et al, 2021](#)). Japón consiguió prevenir una primera ola grave de casos sin recurrir a los confinamientos. El gobierno dio prioridad al rastreo de contactos, y se centró en investigar los casos para identificar a las personas con alta capacidad de propagación del virus y los grupos de casos asociados. Simultáneamente, el gobierno adoptó una estrategia de las “3 C”, y alentó a las personas a evitar “lugares concurridos”, “entornos de contacto cercano” y “espacios confinados y cerrados” ([Imai et al, 2022](#)).



En diciembre de 2019, pocas semanas antes de que se conociera la existencia de la COVID-19, el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (Movimiento) adoptó la resolución “Juntos en el empeño de prevención de epidemias y pandemias” (Faller, 2020). Investigaciones posteriores sugieren que las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (Sociedades Nacionales) que mejoraron sus capacidades de preparación antes de la pandemia –tanto para brotes de enfermedades como en general– mostraron mejores niveles de desempeño en sus intervenciones ante la pandemia de COVID-19 (Johnston, 2022). Por ejemplo, la Cruz Roja de Mongolia elaboró un plan de preparación para la gripe antes del invierno de 2019-2020, que contribuyó a contener la propagación de la COVID-19 (Natoli et al, 2020). La Federación Internacional ha identificado dos tipos de indicios que indican que las Sociedades Nacionales con mayor preparación y experiencia previa tuvieron mejores intervenciones ante la pandemia de COVID-19. Estos indicios se resumen en el informe de la edición 2022 sobre la pandemia de COVID-19, *Todos y cada uno tienen importancia* (Federación Internacional, 2022b):

- Las Sociedades Nacionales que lograron mejores resultados en 2019 también obtuvieron un mejor desempeño durante la pandemia. En 2019, por ejemplo, algunas Sociedades Nacionales beneficiaron a más personas que otras con sus programas de salud, reducción del riesgo de desastres y agua, saneamiento e higiene. Estas Sociedades Nacionales tuvieron más probabilidades de alcanzar una calificación alta en las prioridades de seguimiento de la COVID-19, como la prevención y el control de infecciones. Este indicador se mide mediante la información del banco de datos y sistema de información general interno de la Federación Internacional, que registra los principales indicadores de desempeño de cada Sociedad Nacional. El análisis se basa puramente en la correlación, de modo que no permite explicar la razón por la cual los logros anteriores predicen el éxito durante la pandemia.

- Las Sociedades Nacionales con **experiencia** previa en emergencias causadas por epidemias también obtuvieron mejores resultados en otros dos índices: el control centrado en la comunidad y la gestión de cadáveres. Para citar un ejemplo, la Media Luna Roja Somalí ha llevado a cabo tareas de control de enfermedades centrado en la comunidad desde 2018. Un voluntario de esta Sociedad Nacional identificó uno de los primeros casos notificados de COVID-19 en el país a finales de marzo de 2020.

La principal enseñanza de la pandemia de COVID-19 es que debemos estar preparados para una variedad amplia pero verosímil de brotes de enfermedades. Debe incluir patógenos que un país no haya experimentado previamente pero que podrían entrar de forma plausible. Pero ni siquiera esto es suficiente. Desde la aparición de la COVID-19 se han sucedido otras amenazas, ya sea antes o durante la pandemia, creando riesgos que se superponen y agravan, y que son aún más difíciles de afrontar sin la adecuada preparación (véase el recuadro 1.1, ESTUDIO DE CASO: cauces para afrontar una emergencia compleja en Afganistán). Asimismo, la próxima emergencia mundial podría ser otro tipo de pandemia u otra categoría de desastre, como una sequía o un acontecimiento de múltiples peligros. Sea cual sea la forma que adopte, la advertencia será limitada. En otras palabras, es preciso contar con la preparación adecuada para todas las posibles amenazas. Debe adoptarse la preparación frente a una multiplicidad de amenazas.

Del mismo modo, los países deben prepararse para afrontar los efectos de tantas amenazas comunes como sea posible. En particular, deben centrarse en las personas más vulnerables y de más difícil acceso. No se trata únicamente de prevenir los efectos sobre todos y cada uno, sino también de evitar que se agraven las **desigualdades**, ya que las poblaciones más vulnerables y marginadas sufren mucho más esos efectos. Aunque resulte atractivo prepararse solo para las necesidades más inmediatas, todos los desastres tienen repercusiones múltiples y ramificadas en el conjunto de la sociedad. Por ejemplo, muchas personas perdieron su trabajo cuando las empresas se derrumbaron durante las restricciones impuestas en el marco de la pandemia.

RECUADRO 1.1 / ESTUDIO DE CASO

CAUCES PARA AFRONTAR UNA EMERGENCIA COMPLEJA EN AFGANISTÁN

Afganistán se ve afectada por una crisis humanitaria compleja. Se enfrenta a múltiples peligros, combinados con una ruptura de la autoridad debida al conflicto interno. Las amenazas abarcan sequías, terremotos, la pandemia de COVID-19 y otras numerosas enfermedades infecciosas, todo ello en el contexto de un conflicto armado que se prolonga desde hace decenios.

El país se ha esforzado por contener la propagación de la COVID-19. A fines de 2021, menos del quince por ciento (15 %) de la población estaba totalmente vacunada ([Reuters, sin fecha](#)). Solo un limitado grupo de hospitales ofrece todavía tratamientos contra la COVID-19 ([Gannon, 2022](#)). Durante toda la pandemia, los hospitales en Afganistán han necesitado con urgencia artículos médicos como hisopos, equipos para la recolección de muestras, oxígeno líquido y equipos de protección personal (EPP) ([Ibrahimi y Safi, 2020](#)). Más de treinta (30) hospitales se vieron obligados a cerrar debido al calor y a la falta de médicos especializados.

Las cifras oficiales de casos y de muertes se mantuvieron bajas, pero es probable que estén subestimadas, y las pruebas incidentales muestran un panorama diferente. Por ejemplo, los enterradores de Kabul registraron tasas de mortalidad casi tres veces superiores a las habituales ([Blanc et al., 2020](#)). La pandemia también tuvo una incidencia negativa en los ingresos de la población, el acceso a los alimentos, y el acceso al agua potable y al saneamiento. En enero de 2022, el sesenta y cinco por ciento (65 %) de los hogares de



2022, Afganistán. La Federación Internacional prestó apoyo a la Media Luna Roja Afgana para distribuir asistencia mediante transferencias monetarias destinadas a brindar alojamiento provisional y de emergencia para 941 familias afectadas por los terremotos en la provincia de Khost. © Meer Abdullah Rasikh, Media Luna Roja Afgana, Federación Internacional

Afganistán se habían visto afectados por la pandemia de COVID-19 ([Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios \(OCAH\), 2022a](#)).

Todo ello se vio agravado por la sequía. En los dos últimos años, Afganistán ha sufrido la peor sequía de los últimos veintisiete (27) años. De las treinta y cuatro (34) provincias del país, veinticinco (25) se han visto afectadas ([Clasificación Integrada de la Seguridad Alimentaria en Fases \(IFSPC\), 2021](#)). Más de dos tercios de la población se han visto perjudicados. La inseguridad alimentaria ha aumentado, mientras que el acceso al agua potable y al saneamiento se ha deteriorado ([Amoli y Jones, 2022](#)). Todo ello ha provocado nuevos brotes de enfermedades. Por ejemplo, el descenso del nivel de las aguas subterráneas afectó tanto la cantidad como la calidad del agua, y dio lugar a los primeros casos de cólera registrados desde 2016. La imposibilidad de acceder a agua segura y limpia también aumenta las tasas de diarrea acuosa aguda, sarampión y dengue.

Todas estas crisis coadyuvan al aumento de la inseguridad alimentaria. Los niveles de cosecha en 2021 fueron un veinte por ciento (20 %) inferiores a los de 2020 y un quince por ciento (15 %) inferiores al promedio de los últimos cinco años. En consecuencia, el consumo de alimentos de la población ha disminuido radicalmente. La proporción de hogares en la categoría “pobre” de la calificación de consumo de alimentos casi se triplicó, de un catorce por ciento (14 %) en 2020 a alrededor de un cuarenta por ciento (40 %) en 2021. En los hogares afectados por la sequía, las personas recurren cada vez más a estrategias extremas para hacer frente a la situación.

Paralelamente a la intervención ante la pandemia de COVID-19, Afganistán ha sufrido múltiples conmociones ([Federación Internacional, 2022a](#)). Más de veintiocho mil (28 000) personas se vieron afectadas por inundaciones y otros desastres en los primeros ocho meses de 2021. Posteriormente, el 22 de junio de 2022, un terremoto causó la muerte de más de mil (1000) personas, dañó gravemente o destruyó trece mil (13 000) viviendas y causó daños menores o moderados a cuarenta y ocho mil (48 000) ([Center for Disaster Philanthropy, 2022](#)). También dañó instalaciones sanitarias, centros educativos, servicios de agua y centros de almacenamiento de granos ([Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios \(OCAH\), 2022b](#)). A ello siguieron lluvias fuera de temporada en julio y agosto, que causaron inundaciones generalizadas y destruyeron los medios de subsistencia de la población.

Las perspectivas para 2023 son alarmantes. Varias evaluaciones realizadas por asociados humanitarios indican que la sequía y las dificultades económicas se mantendrán como principales factores determinantes de las necesidades humanitarias en 2023. Los ingresos mensuales de los hogares han disminuido debido a las dificultades económicas, exacerbadas en cierta medida por las consecuencias de las sanciones, mientras que los gastos de los hogares se han elevado vertiginosamente al dispararse los precios de los artículos de primera necesidad. La población solo tiene dos opciones: emplear mecanismos de supervivencia o depender de la asistencia humanitaria. Las perspectivas de seguridad alimentaria son sombrías. Se prevé que entre noviembre de 2022 y marzo de 2023, cerca de veinte (20) millones de afganos se encontrarán en situación de crisis e inseguridad alimentaria aguda ([Federación Internacional, 2022e](#)). Si la actual sequía persiste en 2023, millones de afganos dependerán de la asistencia alimentaria.

Para resolver la compleja crisis humanitaria de Afganistán será necesario un esfuerzo internacional generalizado y sostenido. Esto ejemplifica la necesidad de preparación frente a la multiplicidad de amenazas.

1.2.2 Amenazas crecientes, simultáneas y agravadas

La pandemia de COVID-19 es una señal preocupante de lo que se avecina. El mundo es cada vez más peligroso. Numerosos riesgos se multiplican, ya que las amenazas –y los desastres que desencadenan– son cada vez más frecuentes o de mayor intensidad, o ambas opciones a la vez.

La cantidad de desastres causados por amenazas naturales que se producen cada año sigue en aumento. El último análisis de la Federación Internacional de los datos de EM-DAT, la base de datos internacional sobre desastres, reveló trescientos treinta y dos (332) desastres en 2020 y trescientos setenta y ocho (378) en 2021 (véase el anexo de datos: las tendencias de los desastres) ([EM-DAT, sin fecha](#)).

En particular, el cambio climático provoca un aumento de los fenómenos meteorológicos extremos. En el *Informe Mundial sobre Desastres 2020*, la Federación Internacional documentó un aumento notable de la proporción de desastres anuales atribuibles al clima y a condiciones meteorológicas extremas, que pasó del setenta y seis por ciento (76 %) en la década de 2000 al ochenta y tres por ciento (83 %) en la de 2010 (Federación Internacional, 2020c). Esa tendencia prosiguió en 2020 y 2021, con un aumento del noventa y uno por ciento (91 %) de los desastres registrados en la base de datos EM-DAT de desastres atribuibles al clima y a las condiciones meteorológicas extremas (véase el anexo de datos: las tendencias de los desastres).

En este sentido, el último informe del grupo de trabajo II del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático concluía que las amenazas aumentan a raíz del cambio climático. El informe señala un aumento de la frecuencia y de la intensidad de los fenómenos meteorológicos extremos, como olas de calor, lluvias torrenciales y sequías. Como consecuencia, han aumentado las muertes relacionadas con el calor, las zonas arrasadas por incendios forestales y los efectos adversos de los ciclones tropicales, todo ello atribuido al cambio climático antropogénico ([Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático \(IPCC\), 2022](#)).

Paralelamente, existe un mayor riesgo de brotes de enfermedades, de los cuales la pandemia de COVID-19 es el ejemplo más dramático. Un estudio realizado en 2014 recopiló datos de enfermedades correspondientes a treinta y tres (33) años, de 1980 a 2013, y abarcó 12 102 brotes de doscientas quince (215) enfermedades infecciosas humanas. Los investigadores controlaron factores de confusión como las mejoras en el control de las enfermedades, y hallaron aumentos significativos en la cantidad total de brotes y en la diversidad de enfermedades. **A principios de la década de 1980, se producían menos de mil (1 000) brotes de enfermedad al año, pero a fines de la década de 2 000 esta cifra se había triplicado y superaba los tres mil (3 000) brotes.** Las bacterias y los virus causaron el ochenta y ocho por ciento (88 %) de los brotes. Del mismo modo, las zoonosis –enfermedades procedentes de animales que se transmiten a la población humana– fueron responsables del cincuenta y seis por ciento (56 %) de los brotes ([Smith et al., 2014](#)).

Más recientemente, una revisión identificó “una ola de brotes de enfermedades infecciosas graves” en el siglo XXI ([Baker et al, 2021](#)). Entre ellos, el brote de SRAS causado por coronavirus en 2003, la pandemia de gripe porcina en 2009, el brote de coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) en 2012, la epidemia de ébola en 2013-2016 en la región occidental de África y la epidemia del virus del Zika en 2015. En forma análoga, un análisis realizado por la OMS en 2018 señalaba que “las epidemias de enfermedades infecciosas ocurren con más frecuencia, y se propagan más rápido y más lejos que nunca, en muchas regiones diferentes del mundo”. En el análisis se detectaron mil trescientos siete (1307) episodios epidémicos entre 2011 y 2017, causados por diversas enfermedades, como la fiebre amarilla, el cólera y la disentería bacilar (shigelosis). Esto equivale a un promedio de ciento ochenta y siete (187) eventos epidémicos por año ([OMS, 2018](#)).

Los expertos citan diversas razones para estas tendencias epidémicas. [Baker et al, 2021](#) las relacionan con cambios drásticos en el lugar donde viven las personas y la frecuencia con que viajan. A partir de 2007, la densidad de población aumenta en términos generales, y cada vez viven más personas en las zonas urbanas que en las rurales, lo que crea las condiciones para una rápida propagación. Al mismo tiempo, los viajes en avión se han duplicado desde 2000, lo que permite que las enfermedades se propaguen rápidamente a escala internacional. Otros factores comprenden el cambio climático, que afecta el surgimiento y la distribución de patógenos nuevos o modificados, así como la reaparición de otros más antiguos, y el grado de vulnerabilidad de las personas frente a ellos ([Romanello et al, 2022](#)). Los cambios en el uso del suelo y la destrucción del hábitat provocan un mayor contacto entre los seres humanos y la fauna salvaje, y por consiguiente, una mayor capacidad de propagación. Los métodos de producción de alimentos, que a veces favorecen grandes concentraciones de animales en condiciones insalubres, son otro de los motivos. Por último, otros tipos de desastres afectan la vulnerabilidad de las personas a los agentes patógenos a través de un saneamiento deficiente, la nutrición y el acceso a los servicios de salud.

Este aumento de los riesgos se traduce en una tendencia creciente a la superposición y agravamiento de tales amenazas. Cada vez más, las comunidades y las naciones afrontan dos o más peligros a la vez, o múltiples peligros en rápida sucesión. Los análisis de la Federación Internacional indican que, desde 1990, cada año se ha registrado un promedio de ciento noventa y nueve (199) casos de desastres concomitantes en el mismo país. Del mismo modo, un promedio de cuarenta y cuatro (44) países al año sufrieron desastres superpuestos al menos una vez, con un máximo de sesenta y cuatro (64) países en 2000 (véase el anexo de datos: las tendencias de los desastres). Desde luego, los países que sufren conflictos y otros tipos de fragilidad también se ven afectados por múltiples tipos de peligros naturales y biológicos.

Cuando los desastres se solapan o se producen en estrecha sucesión, sus efectos pueden verse amplificados. Si se producen dos desastres simultáneamente, las consecuencias de cada uno de ellos pueden ser mucho más graves. Por ejemplo, el análisis de los datos de EM-DAT realizado por la Federación Internacional sugiere que un episodio de temperaturas extremas que se produce al mismo tiempo y en el mismo lugar que otro peligro puede afectar a más personas y provocar más muertes. Se observan tendencias similares en otros peligros, como inundaciones, tormentas e incendios forestales (véase el anexo de datos: las tendencias de los desastres).

Resulta fácil entender el motivo: es más probable que dos amenazas superen la capacidad de resiliencia de una comunidad que una sola, se prevé que los agentes de intervención estén desbordados y la primera amenaza puede socavar una estrategia de afrontamiento que habría creado resiliencia ante la segunda. Además, no es necesario que los desastres coincidan en el tiempo para que se afecten mutuamente. Un desastre tendrá repercusiones más significativas si ocurre relativamente poco después de otro, en comparación con el mismo desastre que se produce tras un largo periodo de calma. En general, cuanto mayor es el lapso transcurrido entre un desastre y otro, más débil es la repercusión del desastre posterior. Esto puede deberse a que las comunidades han tenido tiempo de recuperarse, recobrando parte de su resiliencia (véase el anexo de datos: las tendencias de los desastres).

La pandemia de COVID-19 y el cambio climático están vinculados en gran medida a las mismas tendencias insostenibles. Un análisis relaciona ambas con “la industrialización consumista moderna, incluida la quema de combustibles fósiles, el aumento de la densidad de población humana y la sustitución de los ecosistemas naturales por otros dominados por el ser humano”. Mientras tanto, los factores que hacen a las personas más vulnerables a los peligros también suelen ser los mismos: sobre todo la pobreza, las viviendas precarias y las infraestructuras obsoletas ([Pelling et al, 2021](#)).

1.3 MEDIDAS NECESARIAS INVERSIONES EN PREVENCIÓN Y PREPARACIÓN PARA UN MUNDO CON MÚLTIPLES AMENAZAS

En la actualidad, las amenazas de todo tipo, incluidas las enfermedades contagiosas, son cada vez más frecuentes y peligrosas. La forma más prudente y económica de mitigar el riesgo puede resumirse en pocas palabras: prevenir lo que sea posible y prepararse para todo lo demás.

En este apartado se analizan las medidas necesarias para prevenir otra calamidad sanitaria como la pandemia de COVID-19: por un lado, la manera de evitar que se produzcan brotes de enfermedades y, por otro, la manera de evitar que se descontrolen y se conviertan en emergencias graves. Seguidamente, se aborda el reto de preparar a las sociedades para prevenir, detectar y actuar con prontitud y eficacia. Por último, se estudia la manera de extender estas enseñanzas en materia de preparación, más allá de los brotes de enfermedades, a un mundo de peligros múltiples en el que los riesgos aumentan, se agravan y se solapan.

1.3.1 Prevención de todos los riesgos sanitarios posibles

La manera más eficaz de afrontar los desastres consiste en evitar que se produzcan. La prevención es la respuesta ideal porque evita o al menos reduce las repercusiones de los brotes de enfermedades, además de todos los costos de la intervención. No es necesario interrumpir la programación sanitaria habitual para centrarse únicamente en una amenaza sanitaria, ni cerrar empresas o fronteras durante largos periodos de tiempo, ni gestionar las repercusiones socioeconómicas a largo plazo de una pandemia mundial. La prevención de estos daños y costos conlleva enormes beneficios. La vida puede continuar con normalidad, sin que la devastación o el trauma la interrumpan. Las ventajas de la prevención son ampliamente conocidas: en salud laboral, los peligros se gestionan mediante una “jerarquía de controles” de cinco niveles, el primero de los cuales, y el más eficaz, consiste simplemente en eliminar el peligro (Instituto Nacional para la Salud y Seguridad Ocupacional de los Estados Unidos de América (NIOSH), sin fecha). Pero esto no siempre se ha traducido en acción. En la gestión del riesgo de enfermedades –incluidas las emergencias de salud pública– es posible prevenir muchos más riesgos de los que se previenen en la actualidad.

En salud pública, el término “prevención” abarca una amplia gama de actividades. **La prevención primaria** pretende evitar que se produzcan amenazas como las enfermedades. **La prevención secundaria** se centra en evitar que esas amenazas se conviertan en emergencias. **La prevención terciaria** consiste en reducir los efectos de una enfermedad o lesión. El debate de este informe se centra en la prevención primaria y secundaria.

La comunidad internacional no impidió que el brote de COVID-19 se convirtiera en una pandemia. El costo total de este fracaso ha sido enorme. Las estimaciones del costo acumulado de la pandemia son variables, pero están en la escala de billones de dólares estadounidenses. Un estudio estimó un costo de dieciséis (16) billones de dólares solo para los Estados Unidos de América (Cutler y Summers, 2020). El Fondo Monetario Internacional (FMI) ha calculado que, hasta finales de 2024, la pandemia habrá costado a la economía mundial 13,8 billones de dólares estadounidenses (Gopinath, 2022). Para controlar la propagación del coronavirus a principios de 2020, habría sido necesaria una inversión considerable, pero esta se habría amortizado en muchos órdenes de magnitud. Un estudio examinó el costo de tres medidas principales de prevención de pandemias, que podrían haber reducido el riesgo de que la COVID-19 se convirtiera en una pandemia: un mejor control de la propagación del patógeno, junto con la elaboración de bases de datos mundiales sobre la biología del virus; una mejor gestión del comercio de especies silvestres; y la reducción de la deforestación. Los investigadores concluyeron que estas tres estrategias cuestan “menos de la 1/20 parte del valor de las vidas que se pierden cada año por zoonosis víricas emergentes y tienen importantes beneficios colaterales” (Bernstein et al, 2022). Del mismo modo, el Banco Mundial estima que una mejor preparación para las emergencias sanitarias costaría menos de un dólar por persona al año, al menos en países con sistemas sanitarios razonablemente completos (Banco Mundial, 2017).

Naturalmente, algunos riesgos y brotes de enfermedades no pueden detenerse. En la actualidad no es posible evitar que surjan la mayoría de los patógenos (a menos que se produzcan en un laboratorio). Por ejemplo, no existe una vacuna aprobada contra el virus del Zika, por lo que los pequeños brotes son inevitables. Sin embargo, esto no significa que la prevención no sea posible. Por ejemplo, todavía es posible evitar que los patógenos zoonóticos se extiendan a la población humana, o reducir el riesgo de contraer una enfermedad mediante una mejor nutrición y saneamiento (prevención primaria). Además, existe una amplia variedad de medidas básicas que se pueden adoptar para evitar que los brotes iniciales se conviertan en epidemias o pandemias (prevención secundaria).

La historia de la pandemia de COVID-19 habría sido muy diferente si la comunidad internacional hubiera adoptado medidas de prevención primaria y secundaria. Los beneficios para la humanidad de impedir que un virus de este tipo se introduzca en la población humana, y de controlar rápidamente estos brotes cuando se produzcan, serían enormes. En la era de las pandemias que se avecina, la acción y la intervención tempranas no serán suficientes (Smolinski, 2021).

Al analizar las medidas necesarias para prevenir la pandemia de COVID-19, surgen dos enfoques interdependientes: prevenir el brote inicial de la enfermedad y evitar que el brote crezca hasta convertirse en una epidemia, que finalmente se convirtió en una pandemia.

La prevención de los brotes de enfermedad requiere que se afronten los factores de vulnerabilidad. Cada vez surgen más enfermedades nuevas, impulsadas por las mismas actividades humanas que causan pérdidas de biodiversidad. La expansión de la agricultura, los cambios en el uso del suelo y el comercio y el consumo de animales salvajes son factores que contribuyen a ello. Estas actividades acercan a los seres humanos, el ganado y los animales salvajes, lo que aumenta las posibilidades de que se produzcan “contagios zoonóticos”, es decir, que las enfermedades de los animales salvajes se transmitan a los seres humanos ([Plataforma Intergubernamental Científico-Normativa sobre Diversidad Biológica y Servicios de los Ecosistemas \(IPBES\), 2020](#)). Un estudio publicado en 2020 analizó 6801 ecosistemas de todo el mundo y descubrió que en los ecosistemas dominados por el ser humano había muchos más animales que albergaban patógenos y parásitos que podían infectar a los humanos ([Gibb et al, 2020](#)). Esto significa que estamos creando las condiciones para brotes de enfermedades más frecuentes, algunas de las cuales pueden convertirse en pandemias. Un análisis realizado en 2021 estimó que una persona viva hoy tiene alrededor de un treinta y nueve por ciento (39 %) de probabilidades de afrontar una pandemia de la escala de la de COVID-19 a lo largo de su vida, y que esta probabilidad puede duplicarse en las próximas décadas ([Marani et al, 2021](#)).

Es posible reducir estos riesgos de origen humano, a veces con intervenciones sencillas. Otras, más complejas, pueden ser enormemente eficaces. Por ejemplo, México vio su primer caso conocido de cólera en 1991 y actuó rápidamente para controlar la enfermedad. Mejoró el acceso al agua potable y el saneamiento e impulsó medidas de control de la enfermedad. El último caso de cólera del que se tiene constancia se produjo tan solo diez años después, y la enfermedad nunca llegó a ser endémica ([Sepúlveda et al, 2006](#)). (Véase el recuadro 1.2: prevención de brotes mediante el suministro de agua limpia y segura) En el caso de las enfermedades infecciosas transmitidas por el aire, como la COVID-19, cada vez hay más pruebas de que la mejora de la ventilación y la filtración del aire pueden reducir la exposición de las personas y, por tanto, limitar la propagación ([Berry et al, 2022](#)).

Para reducir el riesgo de aparición de nuevas enfermedades infecciosas, se debe adoptar el enfoque de “Una sola salud” ([Cuadro de expertos de alto nivel para el enfoque de “Una sola salud” \(OHHLEP\), 2022](#)). En este marco, la salud humana se considera parte del sistema ecológico mundial ([Gibbs, 2014](#)). Esto es crucial para reducir el riesgo de propagación zoonótica que puede conducir a brotes, epidemias y pandemias. Por ejemplo, el ganado debe gestionarse, siempre que sea posible, de forma que se evite su agrupación indebida, puesto que los animales hacinados propagan enfermedades con rapidez. Asimismo, lo mejor es mantener un cierto grado de separación entre los seres humanos y los animales que se sabe que representan un riesgo importante de enfermedad. Simultáneamente, el control integrado de la salud humana y animal es la mejor esperanza para detectar rápidamente los brotes zoonóticos (véase el capítulo 5) ([Osman et al, 2021](#)).





2022, Afganistán. La sesión de participación comunitaria y rendición de cuentas en el marco de la producción de videos participativos.
© Hermanos Corallo

Cuando se producen brotes, la alternativa más eficaz consiste en controlarlos cuando aún son de poca envergadura. Afortunadamente, existen numerosas formas de evitar que los pequeños brotes de enfermedades se conviertan en epidemias o pandemias (véase el recuadro 1.3: ESTUDIO DE CASO: una epidemia de ántrax que no llegó a producirse). La prevención de pandemias supone la capacidad de detectar rápidamente los brotes de enfermedades, reduciendo la vulnerabilidad general, o incluso preverlos (como ocurre a veces con el cólera ([Pasetto et al, 2017](#))) (véase el RECUADRO 1.4: pronósticos y medidas anticipadas). En función de la enfermedad específica, esto exige alguna combinación de las medidas que se enuncian a continuación:

- Intensificación del control de la enfermedad, incluido el control centrado en la comunidad y mecanismos para identificar e informar a las personas en situación de riesgo.
- Investigación rápida, rastreo de contactos y búsqueda activa de casos.
- Pruebas para identificar los casos.
- Cuando estén disponibles, tratamiento y/o aislamiento para quienes enfermen.
- Medidas para reducir los riesgos para los profesionales sanitarios y las personas que procuran atención sanitaria.
- Medidas para informar a las personas en situación de riesgo y ayudarles a cambiar de comportamiento para reducir la exposición y la vulnerabilidad, como un mejor saneamiento, nutrición y aislamiento (si es necesario).

El informe *Epidemics That Didn't Happen* describe múltiples casos de brotes que se detuvieron gracias a la adopción de medidas rápidamente ([Resolve to Save Lives, 2022](#)). En un caso, un crucero navegaba cerca de Río de Janeiro (Brasil) el 14 de diciembre de 2021. Varios miembros de la tripulación empezaron a presentar síntomas gripales. Más de tres mil quinientas (3500) personas estaban a bordo y corrían un posible riesgo. Tres días después, se notificó a la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria de Brasil (ANVISA) que tres miembros de la tripulación habían dado positivo en las pruebas de la gripe y que otras trece personas habían estado en estrecho contacto con al menos uno de ellos. Las autoridades sanitarias locales crearon un centro de operaciones de emergencia. El 18 de diciembre, epidemiólogos de campo subieron a bordo del barco para recoger muestras, realizar pruebas de laboratorio e investigar otros casos. Los que dieron positivo en las pruebas de la gripe abandonaron el barco y fueron aislados en un hotel, donde se les controló diariamente. A bordo del barco, el personal fomentó medidas adicionales, como el uso obligatorio de mascarillas, el distanciamiento social y la adopción de directrices sanitarias. El 18 de diciembre se llevó a cabo una campaña de vacunación contra la gripe. Solo diez días después, se declaró el fin del brote. No se confirmaron nuevos casos, no hubo hospitalizaciones y ningún pasajero resultó infectado. La gripe tampoco se propagó más allá del barco.

Muchos de estos pilares de la prevención de epidemias pueden ser adaptados y llevados a cabo por **agentes locales** en comunidades de riesgo. Por ejemplo, a principios de febrero de 2022, los voluntarios de la Cruz Roja del pueblo de Makuma, en Sierra Leona, informaron de la existencia de treinta y dos (32) alertas de fiebre con erupciones cutáneas rojas. Se informó rápidamente al centro de salud de la comunidad y a la oficina de control del distrito. Las pruebas revelaron la presencia de sarampión, lo que desencadenó una campaña de vacunación selectiva en Makuma y las aldeas circundantes, que permitió controlar rápidamente la enfermedad ([Federación Internacional, 2022d](#)) (véase el capítulo 2).

RECUADRO 1.2: PREVENCIÓN DE BROTES MEDIANTE EL SUMINISTRO DE AGUA LIMPIA Y SEGURA

La Federación Internacional actúa para prevenir los brotes de enfermedades propagadas por el agua sucia e insalubre. Gracias a un mejor suministro de agua, saneamiento e higiene, se puede reducir la propagación de enfermedades como el cólera, por lo que la Federación Internacional ha puesto en marcha el programa mundial de agua y saneamiento denominado One WASH. El objetivo consiste en suministrar agua potable y saneamiento a las comunidades actualmente vulnerables al cólera, a fin de protegerlas contra la enfermedad. Asimismo, el programa ofrece vacunas y fomenta el control centrado en la comunidad para detectar rápidamente los brotes ([Federación Internacional, 2021f](#)).

A raíz de la pandemia de COVID-19, la Federación Internacional está ampliando One WASH con el objetivo de controlar múltiples enfermedades transmitidas por el agua. Los programas de agua, saneamiento e higiene pueden reducir, además del cólera, la propagación de la fiebre tifoidea, la shigelosis y el rotavirus, entre otras enfermedades. Si se consigue financiación y apoyo, la Federación Internacional tiene previsto extender la iniciativa One WASH hasta en cien (100) países. Deberían aplicarse ampliamente proyectos similares de agua, saneamiento e higiene, así como programas análogos para controlar otros tipos de patógenos.



2019, Mozambique. Cientos de familias huyeron de sus hogares tras el ciclón Idai para buscar seguridad en centros de alojamiento como este. Las condiciones sanitarias son deficientes y expone a las comunidades al riesgo de contraer enfermedades transmitidas por el agua, como el cólera. Los voluntarios de la Cruz Roja trabajan en estos centros para facilitar el acceso de las comunidades al agua potable y prevenir así futuros brotes infecciosos.
© Corrie Butler, Federación Internacional

RECUADRO 1.3 / ESTUDIO DE CASO

UNA EPIDEMIA DE ÁNTRAX QUE NO LLEGÓ A PRODUCIRSE

El 15 de agosto de 2019, un voluntario de la Cruz Roja de Kenia recibió una noticia preocupante. En Narok, una localidad cercana a la Reserva Nacional de Maasai Mara, un pastor local y dos estudiantes habían enfermado tras comer carne vacuna. A los tres se les había diagnosticado ántrax.

El voluntario había recibido formación de la Cruz Roja de Kenia sobre el sistema de control centrado en la comunidad ([Federación Internacional, 2021b](#)) y envió rápidamente un SMS al sistema, para alertar a su supervisor. Este mensaje se transmitió a las autoridades sanitarias y veterinarias locales, así como al sistema de control nacional.

El voluntario también tenía algunos conocimientos locales debido a sus actividades de interacción con la comunidad. Informaron que los pastores masai estaban familiarizados con el ántrax, pero muchos eran escépticos sobre los peligros.

Gracias a la rápida actuación del voluntario y al sistema de control centrado en la comunidad, el supervisor y el veterinario del condado investigaron la salud del ganado de la zona. En pocos días, el condado vacunó diez mil seiscientos (10 600) bovinos y catorce mil (14 000) ovejas.

El gobierno y la Cruz Roja de Kenia sabían que necesitaban la confianza y la participación de los agricultores locales, por lo que convocaron una sesión de diálogo comunitario tradicional. Se enseñó a los maestros de escuela la manera de examinar a los niños para detectar infecciones y de informar sobre las enfermedades a los funcionarios de salud pública o a los voluntarios de la zona. Mientras tanto, el programa comunitario de preparación para epidemias y pandemias (CP3) de la Cruz Roja de Kenia llevó a cabo actividades de sensibilización, como emisiones de radio, visitas a los hogares y sesiones educativas en grupos a nivel de la comunidad. Estas actividades mejoraron los conocimientos sanitarios de la comunidad, en particular en lo que atañe a la gestión segura de los cadáveres de animales y a la información de enfermedades inusuales de animales. La labor de divulgación resultó tan eficaz que los miembros de la comunidad reconocieron el riesgo de ántrax, sobre el cual muchos eran escépticos hasta entonces. Dieron prioridad a los esfuerzos de mitigación y asumieron la financiación de la vacunación de sus animales.

Poco más de un mes después del incidente inicial, la situación se consideró controlada. Se registraron cuatro casos de enfermedad en humanos y una muerte. Asimismo, la comunidad estaba mejor preparada que antes ([Resolve to Save Lives, 2021](#)).



2019, Kenia. Josphat es voluntario de la Cruz Roja en una comunidad masái del condado de Narok. Contribuye a la participación de su comunidad en la prevención de enfermedades como el carbunco y el cólera y deriva a las familias a un hospital para que reciban la atención adecuada que necesitan.
© Corrie Butler, Federación Internacional

RECUADRO 1.4: PRONÓSTICOS Y MEDIDAS ANTICIPADAS

Con la disponibilidad de más datos y de mejor calidad aumentan las posibilidades de realizar pronósticos y de actuar con antelación. Las medidas anticipadas sobre la base de previsiones son fundamentales para la acción humanitaria en el siglo XXI.

En la actualidad, es posible predecir con anticipación numerosos desastres, con distintos grados de precisión y de desfase temporal. Las sequías y las plagas de langostas pueden preverse con meses de antelación, mientras que la llegada de un huracán a tierra solo supone, como mucho, unos días de aviso. Este tipo de pronósticos permite a los gobiernos y a las organizaciones humanitarias actuar antes de que se produzca el peligro, salvando más vidas y reduciendo los daños de manera eficaz en función de los costos. Por ejemplo, si se aproxima un huracán, las comunidades pueden ser evacuadas con antelación a alojamientos provisionales y de emergencia, siempre y cuando estos hayan sido construidos y la comunidad tenga un alto grado de confianza en las personas que hacen el pronóstico ([Federación Internacional, sin fecha a](#)).

La manera más sencilla de traducir una previsión en acción consiste en la creación de alertas tempranas. Con frecuencia, los sistemas de alerta a nivel nacional salvan vidas y deberían reforzarse, pero suelen limitarse a algunas comunidades. Los sistemas de alerta temprana comunitarios sobre múltiples amenazas son esenciales, y muchas Sociedades Nacionales han ayudado a la población local a crearlos. Lo ideal es la **acción local**: los sistemas comunitarios de alerta temprana deben aprovechar los conocimientos, las competencias y la experiencia locales, además de nuevas formas de datos, y aprovechar las redes de voluntarios para velar por que se contacte a todos cuando se emitan las alertas (véase el capítulo 2). Para apoyar esta iniciativa, la Federación Internacional se unió a asociados gubernamentales y organismos para crear la Alianza para la Acción Temprana informada sobre el Riesgo (REAP, por sus siglas en inglés). Su objetivo consiste en conseguir que mil millones de personas estén más seguras frente a los desastres para 2025, aumentando la financiación para la acción temprana, mejorando los sistemas de alerta temprana y ayudando a los agentes locales en la adopción de medidas tempranas ([Alianza para la Acción Temprana informada sobre el Riesgo, sin fecha](#)).

Los pronósticos son más valiosos si conducen a una serie de acciones coordinadas. Para ello se utilizan los pronósticos basados en las consecuencias, que van más allá de la mera predicción del momento en que se producirá una amenaza y estiman las posibles consecuencias para la población ([Centro de organizaciones de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja sobre el clima, 2020](#)). La plataforma GO de la Federación Internacional permite visualizar pronósticos de amenazas junto con información sobre la cantidad de personas y bienes críticos que se encuentran en su trayectoria. Para ayudar a la planificación a largo plazo, también contiene información sobre las medidas anticipadas que las comunidades podrían adoptar para mitigar los riesgos asociados a amenazas específicas ([plataforma GO de la Federación Internacional, sin fecha a](#)).

A través de las medidas basadas en pronósticos del Fondo de Emergencia para la Intervención en Casos de Desastre, la Federación Internacional ofrece financiación específica para ayudar a las Sociedades Nacionales a actuar antes de que se produzca un desastre ([Federación Internacional, sin fecha b](#)). El mecanismo es un ejemplo de la financiación proyectiva ([financiación proyectiva, sin fecha](#)). Utiliza los pronósticos meteorológicos y otros análisis de riesgo para determinar si una amenaza es inminente y, en caso afirmativo, libera automáticamente la financiación. Al mismo tiempo, las Sociedades Nacionales tienen protocolos de acción temprana predeterminados, que se activan ante factores de activación específicos, liberando fondos de medidas basadas en pronósticos del Fondo de Emergencia para la Intervención en Casos de Desastre.

Lamentablemente, la previsión de enfermedades aún está en sus albores. Algunas enfermedades son periódicas: muchos países registran una ola invernal de gripe. Sin embargo, los pronósticos de brotes todavía representan un reto. Hasta la fecha, solo se han pronosticado correctamente unas pocas enfermedades, como el cólera ([Pasetto et al, 2018](#)) y el dengue ([Hii et al, 2012](#)). No obstante, es posible actuar con anticipación: muchos protocolos de acción temprana incluyen medidas para prevenir los brotes de enfermedades que pueden derivarse de sucesos como inundaciones y olas de calor.

1.3.2 Preparación a todos los niveles para todos los efectos importantes de cada amenaza para la salud

Lamentablemente, la prevención tiene sus límites. Pese a nuestros mejores esfuerzos, es inevitable que se produzcan algunos brotes de enfermedades y que algunos se conviertan en emergencias sanitarias de mayor envergadura, como las epidemias.

Por lo tanto, es necesario impulsar la preparación. Debemos participar en la preparación a todos los niveles, desde la cúpula del gobierno hasta la comunidad local más pequeña (véase el capítulo 2). Una cadena es tan fuerte como su eslabón más débil: si un país vela por que sus ministerios estén preparados para los brotes de enfermedades pero descuida a las **comunidades locales**, tendrá dificultades para hacer frente a los brotes. Por lo tanto, es necesario que la preparación de las comunidades reciba tanto apoyo como la de otros niveles de la sociedad ([Federación Internacional, 2021c](#)):

- **Comunidades.** Es crucial que las comunidades posean los conocimientos y las aptitudes necesarios para adoptar medidas preventivas, ya sea alertando a los profesionales médicos sobre un brote de enfermedad u organizando una evacuación antes de un huracán. Para lograrlo, es necesario fortalecer los conocimientos sanitarios de la comunidad sobre las enfermedades susceptibles de causar epidemias y sobre la manera de prevenirlas y prepararse para ellas. Para ello se requiere la coordinación con las partes interesadas locales. También se debe movilizar a las comunidades para que concurran a las actividades sanitarias, como las campañas de vacunación del gobierno.
- **Agentes autorizados en la primera línea de intervención.** Los agentes locales y las organizaciones de asistencia humanitaria, como las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, desempeñan un papel esencial para asistir a las comunidades a afrontar los brotes de enfermedades. En algunos lugares, son los principales proveedores de asistencia sanitaria y gestionan desde bancos de sangre hasta servicios de salud mental y apoyo psicosocial. Es esencial evaluar periódicamente sus capacidades. También se les debe dar seguridad mediante mecanismos de financiación estables que les permitan retener al personal y acumular recursos.
- **Otras partes interesadas esenciales.** Los brotes de enfermedades y otras amenazas no solo ponen en peligro vidas sino que pueden trastornar muchos aspectos de la sociedad, desde la producción de alimentos hasta la educación (véase el capítulo 4). Para reducir al mínimo estas ramificaciones perjudiciales, es crucial que los trabajadores encargados de la preparación identifiquen desde el principio a las partes interesadas correctas. Algunos de ellos serán expertos técnicos, así como también dirigentes comunitarios, propietarios de empresas privadas y otros. El sector privado desempeña un papel fundamental en la preparación: puede aportar financiación, conocimientos técnicos especializados, tecnologías y datos útiles, y ser una fuente de solidaridad. Del mismo modo, los medios de comunicación son cruciales para difundir mensajes de salud pública.

El objetivo general debe ser el fortalecimiento de los sistemas de salud: es decir, el fortalecimiento de los sistemas sanitarios de los países. De acuerdo con la OMS, el objetivo del fortalecimiento de los sistemas de salud consiste en crear “un sistema sanitario que funcione bien y en armonía... basado en la existencia de personal sanitario formado y motivado, una infraestructura bien mantenida y un suministro confiable de medicamentos y tecnologías, respaldado por una financiación adecuada, planes sanitarios sólidos y políticas basadas en pruebas”. Un elemento fundamental del fortalecimiento de los sistemas de salud es la cobertura sanitaria universal, que garantiza que todos los habitantes de un país tengan acceso al sistema sanitario (véase el capítulo 2).

En emergencias como los brotes de enfermedades, es fundamental realizar ejercicios prácticos con regularidad. Las capacitaciones y los simulacros frecuentes permiten a las unidades de agentes de intervención descubrir los errores de sus planes con antelación y así solucionarlos.

También es esencial fomentar la confianza de las comunidades en el sistema sanitario antes de que se produzca un brote. Muchas personas desconfían de las autoridades de su país, han tenido experiencias negativas con la asistencia sanitaria o tienen fuertes creencias culturales que reducen su disposición a solicitar ayuda. La superación de estas barreras a la confianza lleva tiempo y debe emprenderse en condiciones “normales”, en lugar de descuidarse hasta que se produzca una emergencia (véase el capítulo 2).



2021, Filipinas. Para no dejar a nadie rezagado, voluntarios de la Cruz Roja de Filipinas viajaron a zonas remotas para llevar a cabo vacunación contra la COVID-19 mediante unidades móviles. Los voluntarios atienden pacientemente las inquietudes y temores de las personas acerca de la vacuna. © France Noguera

Por último, debemos recordar que una emergencia sanitaria tiene repercusiones que exceden las consecuencias sanitarias inmediatas, y planificar en consecuencia **todas** las consecuencias importantes. La pandemia de COVID-19 es una crisis sanitaria en su raíz, pero sus repercusiones no se limitan a los efectos sanitarios del coronavirus. La pandemia ha perjudicado los medios de subsistencia de la población, la salud mental y la educación de los niños. Los países que obtuvieron resultados eficaces lo hicieron en parte suministrando medicamentos y vacunas, pero también suministraron ayuda financiera y otras formas de asistencia. En la mayoría de los países, los daños socioeconómicos de la pandemia han profundizado las desigualdades sociales. Si queremos evitar estos resultados injustos cuando surjan futuras amenazas, debemos idear intervenciones que aborden todas las necesidades de la población. Por lo tanto, es esencial prepararse para las repercusiones socioeconómicas de los peligros, por ejemplo para la asistencia a domicilio durante los periodos de aislamiento de las personas que requieren asistencia periódica. También es esencial elaborar formas digitales de asistencia, que puedan aplicarse a escala (véase el recuadro 1.5: los múltiples usos de las tecnologías digitales). En términos más generales, es fundamental fortalecer la protección social, ya que estos sistemas pueden ayudar a las personas en múltiples formas de desastres (véase el capítulo 4).

RECUADRO 1.5: LOS MÚLTIPLES USOS DE LAS TECNOLOGÍAS DIGITALES

La pandemia de COVID-19 planteó retos sin precedentes a los agentes de intervención, que a menudo resolvieron utilizando métodos digitales. Las formas digitales de asistencia ya estaban ganando popularidad desde años antes de la aparición de la COVID-19, pero la pandemia potenció su uso. Las restricciones a los viajes hacían difícil o imposible acceder a las personas más vulnerables. Las mismas restricciones también exacerbaban las vulnerabilidades, al privar a las personas de sus medios de subsistencia, amigos y familiares, lo que hizo más urgente que nunca hacerles llegar ayuda.

Muchas formas de asistencia sanitaria se han prestado digitalmente durante la pandemia. En muchos países, los servicios de salud pasaron a utilizar sistemas de consulta en línea para reducir el número de personas que acuden a los centros de atención. Los voluntarios de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja que antes visitaban a las personas vulnerables en sus domicilios tuvieron que llamar por teléfono o enviar mensajes de texto. La capacitación se llevó a cabo en línea. Este cambio a prácticas digitales fue un ejemplo de adaptabilidad y mitigó claramente algunos de los peores daños de la pandemia, como sus repercusiones psicológicas y socioeconómicas. Estos enfoques son un elemento fundamental de las futuras intervenciones humanitarias. La red de la Federación Internacional ofrece ahora varias aplicaciones para teléfonos inteligentes, que ofrecen consejos sobre primeros auxilios, ayudan a las personas a prepararse para emergencias como los huracanes (Cruz Roja Americana, sin fecha), e incluso proporcionan un conjunto de herramientas para el control de epidemias (Federación Internacional, sin fecha.c).

Sin embargo, la asistencia digital solo en ocasiones es la mejor alternativa, o incluso un posible sustituto, de la asistencia en persona. Uno de estos ámbitos es el de la salud mental y el apoyo psicosocial. Cuando la circulación de las personas estaba restringida durante la pandemia de COVID-19, el personal de la Federación Internacional prestó servicios psicológicos por teléfono y a través de videollamadas (Centro de Referencia en Apoyo Psicosocial de la Federación Internacional, 2020). Sin embargo, un informe de la Federación Internacional de 2020 concluyó que “el apoyo a distancia no puede sustituir los servicios presenciales”. Las pruebas de la eficacia de la salud mental y el apoyo psicosocial a distancia son aún limitadas, y la presencia física de otra persona es una ventaja de por sí (Federación Internacional, 2020b).

Una desventaja importante de la asistencia digital es que excluye a quienes no tienen acceso en línea o a quienes se sienten incómodos con esta modalidad (Federación Internacional, 2018). Se trata de un notable problema de **equidad**, ya que a menudo las personas más pobres y vulnerables son quienes quedan excluidas del mundo digital. En particular, un informe de la Federación Internacional de 2021 reveló que los migrantes fueron a menudo objeto de exclusión digital durante la pandemia de COVID-19 (Federación Internacional, 2021d). En Egipto, los procesos de emisión y renovación de los permisos de residencia se realizaban en línea y no eran accesibles para todos los ciudadanos. Si bien el gobierno decidió no cobrar multas por permisos de residencia vencidos y ampliar el periodo de renovación, las personas migrantes que no tenían acceso a los procesos en línea no podían pagar facturas ni recibir asistencia. Otras personas se sentían incómodas utilizándolo: la seguridad psicológica digital es un factor importante, vinculado a la alfabetización digital, la **confianza** y la protección.

Para combatir la exclusión digital, los gobiernos deben impulsar tanto el acceso a dispositivos móviles y a internet como las competencias o la asistencia digitales, en particular para las comunidades remotas y las personas vulnerables. Esto es esencial para garantizar que no queden rezagados en la revolución digital.

“

La comunidad internacional no impidió que el brote de COVID-19 se convirtiera en una pandemia. El costo total de este fracaso ha sido enorme.

”



1.3.3 Prevención y preparación frente a múltiples amenazas

Por último, cabe plantearse qué medidas deben adoptar las sociedades para prepararse ante un mundo caracterizado por la multiplicidad de amenazas y en qué difiere la preparación ante múltiples amenazas de la preparación ante emergencias sanitarias o terremotos.

La respuesta breve es que se necesitan sistemas integrados que permitan la preparación frente a peligros múltiples. Las unidades de agentes de intervención que estén formados únicamente para actuar ante un brote de coronavirus o un tsunami no podrán hacer frente a la situación. Por el contrario, las unidades deben contar con una amplia combinación de capacidades: los especialistas y expertos son esenciales, pero deben aprender a trabajar en unidades integradas. La creación de estas unidades requiere **confianza** y **equidad**: los miembros deben respetar las competencias de los demás. Esta integración debe producirse a nivel nacional, local y organizativo.

Resulta vital derribar las barreras que separan la gestión del riesgo de desastres y la salud pública. A menudo, estos dos ámbitos han estado aislados, lo que limita su eficacia. En realidad, ambos están estrechamente relacionados. Por ejemplo, las inundaciones aumentan el riesgo de ahogamiento, daños y pérdidas, así como la propagación de enfermedades transmitidas por el agua. En este caso también se debe integrar el enfoque de “Una sola salud”, que considera la salud humana como parte de un sistema socioecológico más amplio (véase el recuadro 1.6: la aplicación de la preparación para múltiples amenazas).

Para crear estas unidades integradas, es necesario aumentar el personal y los recursos de las unidades de atención sanitaria y de catástrofes, sobre todo a nivel comunitario. La atención primaria de salud, en particular, exige reformas considerables. Resulta un error gestionar los hospitales y otros centros sanitarios al máximo de su capacidad en condiciones normales, pues no permite disponer de capacidad de reserva para hacer frente a las crisis. La búsqueda de la eficiencia, a menudo en aras de la reducción de costos, ha reducido la capacidad de recuperación del sistema. Por otra parte, esta falta de personal priva a los miembros de las unidades de la oportunidad de adquirir nuevas competencias o mejorar sus procesos (véase el capítulo 5). La misma reflexión es válida para los centros de salud comunitarios y otros **agentes locales**. El mejor enfoque consiste en reforzar estos equipos y sus recursos durante los periodos propicios; de este modo, contarán con más posibilidades de estar preparados cuando sobrevengan las adversidades.

Los ejercicios de formación deben centrarse en la preparación frente a múltiples peligros. Un país puede tener un alto riesgo de terremotos debido a su ubicación, en cuyo caso los agentes de intervención deben recibir formación para este tipo de sucesos. Sin embargo, esos agentes de intervención también deben practicar para amenazas “genéricas” como la gripe, que pueden ser menos prominentes pero totalmente plausibles (véase el recuadro 1.7: ESTUDIO DE CASO: gestión de un huracán en Panamá durante el peor momento de la pandemia).

RECUADRO 1.6: LA APLICACIÓN DE LA PREPARACIÓN PARA MÚLTIPLES AMENAZAS

El enfoque de preparación para una intervención eficaz de la Federación Internacional contribuye a que las Sociedades Nacionales mejoren su preparación. En parte, su eficacia radica en que se centra en la preparación frente a múltiples amenazas. Este enfoque ayuda a las Sociedades Nacionales a evaluar su grado de preparación frente a diferentes amenazas, a determinar los aspectos que deben perfeccionar, así como a concebir y ejecutar un plan encaminado a una preparación más eficaz. En todas las etapas, el proceso destaca la coordinación con los asociados de las Sociedades Nacionales, desde los agentes de intervención a nivel comunitario hasta el sector privado y las autoridades ([Federación Internacional, 2019](#)).



2021, Panamá. Las fuertes lluvias caídas en julio inundaron varias provincias de Panamá, causando graves inundaciones y deslizamientos de tierra, destruyendo viviendas y desplazando a miles de personas. La Cruz Roja Panameña movilizó voluntarios para asistir a más de 800 familias (4 000 personas) en los municipios más afectados de Bocas del Toro.
© Bienvenido Velasco

RECUADRO 1.7 / ESTUDIO DE CASO

GESTIÓN DE UN HURACÁN EN PANAMÁ DURANTE EL PEOR MOMENTO DE LA PANDEMIA

A principios de noviembre de 2020, el huracán Eta arrasó partes de Centroamérica tras tocar tierra como huracán de categoría 4. Se trató de la segunda tormenta más intensa de la temporada de huracanes del océano Atlántico de 2020 y causó estragos en varios países ([Federación Internacional, 2021a](#)).

En Panamá, Eta provocó deslizamientos de tierra, inundaciones y fuertes vientos. Miles de personas se vieron obligadas a abandonar sus hogares.

Esta situación pudo haber sido calamitosa, ya que el huracán azotó durante el peor momento de la pandemia de COVID-19, y ejemplifica la superposición y el recrudecimiento de las amenazas. Panamá afrontaba ya una peligrosa enfermedad infecciosa para la que no se disponía aún de vacunas; además, ahora debía hacer frente a un huracán.

Uno de los posibles efectos era el aumento de la propagación de la COVID-19. Las medidas de prevención, como el distanciamiento social, se hicieron más difíciles en los alojamientos provisionales para evacuación, así como en otros lugares ([Federación Internacional, 2020a](#)).

La Cruz Roja Panameña puso en práctica por primera vez el enfoque de preparación para una intervención eficaz. Ello supuso una revisión detallada de sus procesos, que le permitió reconocer las debilidades de las intervenciones anteriores y subsanarlas. Estos ámbitos incluían la logística, la comunicación y la coordinación con otros agentes. La estrecha colaboración con representantes del gobierno, como los alcaldes, y otros agentes permitió a la Cruz Roja Panameña obtener instalaciones cruciales, como espacios de almacenamiento, de las que antes no disponía.

Gracias a estos avances, la Sociedad Nacional pudo prestar servicios esenciales como el acceso a la higiene y al agua potable. Probablemente, todo ello contribuyó a reducir el riesgo de infecciones, tanto de COVID-19 como de otras enfermedades, entre ellas el cólera ([Acosta, 2021](#)).

La experiencia de la Cruz Roja Panameña demuestra que es posible intervenir eficazmente incluso cuando se superponen varios desastres. Para lograrlo se requiere una preparación y una coordinación meticulosas.



PRINCIPALES RECOMENDACIONES

Prevención de brotes de enfermedades en la medida de lo posible. En particular, la tasa de penetración de nuevas enfermedades en la población humana a partir de los animales puede reducirse mediante el enfoque de “Una sola salud”, por ejemplo, mediante un control integrado de la sanidad animal y la salud humana. Por otra parte, las medidas de salud pública tales como mejores condiciones de saneamiento, nutrición, calidad del aire (por ejemplo, mediante ventilación) y vacunación (cuando esté disponible) pueden contribuir a contener los brotes. Las comunidades deben participar en la elaboración y en la aplicación de estos programas.

Fortalecimiento de los sistemas de salud antes de la aparición de brotes, para evitar que las crisis se conviertan en epidemias y pandemias. El fortalecimiento de los sistemas sanitarios resulta imprescindible con el fin de permitir intervenciones rápidas y eficaces. La alerta y la acción tempranas son fundamentales. La presencia permanente y el control a nivel comunitario son los medios más eficaces. Las estrategias como el rastreo de contactos, las pruebas y los tratamientos preventivos pueden ralentizar la propagación de una enfermedad y mejorar la salud de las personas. Deben complementarse con otras medidas adicionales de salud pública, como las relativas al aislamiento (bien fundamentadas), el lavado de manos y el uso de mascarillas.

Establecimiento, por parte de las autoridades nacionales y locales, de planes de preparación coordinados a escala nacional. Estos planes deben incluir a toda la sociedad, desde las comunidades y los agentes locales hasta los sistemas sanitarios y los ministerios. Para que estos agentes puedan cooperar de forma fluida y eficaz, resulta esencial que existan mecanismos de coordinación, así como funciones y responsabilidades bien definidas. Esto exige una formación periódica, así como también la capacitación de los agentes locales, que hasta el momento no hayan recibido suficiente apoyo (véase el capítulo 2).

Fomento de la preparación frente a peligros múltiples mediante la creación de unidades integradas. El riesgo de brotes de enfermedades va en aumento, al igual que el riesgo de otros peligros como huracanes y sequías. En pro de la resiliencia, las sociedades deben invertir en la preparación frente a peligros múltiples. Esto exige unidades de intervención integradas, sobre todo a nivel comunitario, con los conocimientos y recursos necesarios para afrontar peligros múltiples e incluso concomitantes. El aumento del acceso digital y de la alfabetización permitirá que más personas reciban ayuda a través de medios digitales.

BIBLIOGRAFÍA

Acosta O (2021) *A more effective response is possible*. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. <https://www.ifrc.org/article/more-effective-response-possible>

American Red Cross (no date) *Red Cross Mobile Apps and Voice-Enabled Skills/Actions*. <https://www.redcross.org/get-help/how-to-prepare-for-emergencies/mobile-apps.html>

Amoli S and Jones E (2022) Lessons from drought response in Afghanistan. *Forced Migration Review*, 69. <https://www.fmreview.org/climate-crisis/amoli-jones>

Baker RE et al (2021) Infectious disease in an era of global change. *Nature Reviews Microbiology*, 20, pp. 193–205. <https://doi.org/10.1038/s41579-021-00639-z>

BBC News (2021) *Cyclone Yaas: Severe storm lashes India and Bangladesh*. <https://www.bbc.co.uk/news/world-asia-india-57237953>

BBC News (2022) *Tonga enters Covid lockdown after aid delivered*. <https://www.bbc.co.uk/news/world-asia-60210867>

Bernstein AS et al (2022) The costs and benefits of primary prevention of zoonotic pandemics. *Science Advances*, 8(5), eabl4183. <https://doi.org/10.1126/sciadv.abl4183>

Berry G et al (2022) A review of methods to reduce the probability of the airborne spread of COVID-19 in ventilation systems and enclosed spaces. *Environmental Research*, 203, 111765. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2021.111765>

Biehl J et al (2021) Supreme Court v. Necropolitics: The Chaotic Judicialization of COVID-19 in Brazil. *Health and Human Rights Journal*, 23(1), pp. 151–62. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8233022/>

Blanc J et al (2020) *Conflict Zones in the Time of Coronavirus: War and War by Other Means*. Carnegie Endowment for International Peace. <https://carnegieendowment.org/2020/12/17/conflict-zones-in-time-of-coronavirus-war-and-war-by-other-means-pub-83462>

Burki T (2020) Global shortage of personal protective equipment. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(7), pp. 785–6. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30501-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30501-6)

Center for Disaster Philanthropy (2022) *2022 Afghanistan Earthquake*. <https://disasterphilanthropy.org/disasters/2022-afghanistan-earthquake/>

Chen H et al (2021) A cross-country core strategy comparison in China, Japan, Singapore and South Korea during the early COVID-19 pandemic. *Global Health*, 17, 22. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00672-w>

Cohen J and van der Meulen Rodgers Y (2020) Contributing factors to personal protective equipment shortages during the COVID-19 pandemic. *Preventive Medicine*, 141, 106263. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106263>

Corwin A. et al (2021) The Impact of Preparedness in Defying COVID-19 Pandemic Expectations in the Lower Mekong Region: A Case Study. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 104(4), pp. 1519–25. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-1499>

Cutler DM and Summers LH (2020) The COVID-19 Pandemic and the \$16 Trillion Virus. *JAMA*, 324(15), pp. 1495–6. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.19759>

Davies M and Furneaux R (2021) *Oxygen shortages threaten 'total collapse' of dozens of health systems*. The Guardian, 25 May 2021. <https://www.theguardian.com/global-development/2021/may/25/oxygen-shortages-threaten-total-collapse-of-dozens-of-health-systems>

Dyer C (2021) Covid-19: Government wasted millions on poor quality PPE, spending watchdog finds. *BMJ*, 372, n399. <https://doi.org/10.1136/bmj.n399>

Ellis-Petersen H and Ratcliffe R (2020) *Super-cyclone Amphan hits coast of India and Bangladesh*. The Guardian, 20 May 2020. <https://www.theguardian.com/world/2020/may/20/super-cyclone-amphan-evacuations-in-india-and-bangladesh-slowed-by-virus>

EM-DAT (No date) <https://www.emdat.be/>

Faller M (2020) *The story of a resolution in the time of COVID-19*. Red Cross and Red Crescent Statutory Meetings blog. <https://rcrcconference.org/blog-stories/story-of-resolution-during-covid19/>

Finset A et al (2020) Effective health communication – a key factor in fighting the COVID-19 pandemic. *Patient Education and Counseling*, 103(5), pp. 873–6. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.03.027>

Forecast-Based Financing (no date) <https://www.forecast-based-financing.org/>

Gannon K (2022) *New COVID-19 Wave Batters Afghanistan's Crumbling Health Care*. The Diplomat, 9 February 2022. <https://thediplomat.com/2022/02/new-covid-19-wave-batters-afghanistans-crumbling-health-care/>

Gibb R et al (2020) Zoonotic host diversity increases in human-dominated ecosystems. *Nature*, 584, pp. 398–402. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2562-8>

Gibbs EPJ. (2014) The evolution of One Health: a decade of progress and challenges for the future. *Veterinary Record*, 174(4), pp. 85–91. <https://doi.org/10.1136/vr.g143>

Gopinath G (2022) *A Disrupted Global Recovery*. IMF Blog, 25 January 2022. <https://www.imf.org/en/Blogs/Articles/2022/01/25/blog-a-disrupted-global-recovery>

GPMB (Global Preparedness Monitoring Board) (2020) *A world in disorder: Global Preparedness Monitoring Board annual report 2020*. <https://www.gpmb.org/annual-reports/annual-report-2020>

GPMB (Global Preparedness Monitoring Board) (2021) *From Worlds Apart to a World Prepared: Global Preparedness Monitoring Board report 2021*. <https://www.gpmb.org/annual-reports/annual-report-2021>

Hatcher W (2020) A Failure of Political Communication Not a Failure of Bureaucracy: The Danger of Presidential Misinformation During the COVID-19 Pandemic. *The American Review of Public Administration*, 50(6–7), pp. 614–20. <https://doi.org/10.1177/0275074020941734>

Hii YL et al (2012) Forecast of dengue incidence using temperature and rainfall. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 6(11), e1908. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0001908>

Hyland-Wood B et al (2021) Toward effective government communication strategies in the era of COVID-19. *Humanities & Social Science Communications*, 8, 30. <https://doi.org/10.1057/s41599-020-00701-w>

Ibrahimi SS and Safi N (2020) *Coping with COVID-19 and Conflict in Afghanistan*. NYU Center on International Cooperation. <https://cic.nyu.edu/sites/default/files/coping-with-covid19-conflict-afghanistan.pdf>

IFRC (2018) *World Disasters Report 2018: Leaving No One Behind: The international humanitarian sector must do more to respond to the needs of the world's most vulnerable people*. <https://www.ifrc.org/document/world-disasters-report-2018>

IFRC (2019) *Preparedness for Effective Response leaflet*. <https://www.ifrc.org/document/preparedness-effective-response-leaflet>

IFRC (2020a) "IFRC concerned about impact of Hurricane Eta on coronavirus transmission." <https://www.ifrc.org/article/ifrc-concerned-about-impact-hurricane-eta-coronavirus-transmission>

IFRC (2020b) *"The greatest need was to be listened to": The importance of mental health and psychosocial support during COVID-19. Experiences and recommendations from the International Red Cross and Red Crescent Movement*. <https://www.ifrc.org/document/importance-mental-health-and-psychosocial-support-during-covid-19>

IFRC (2020c) *World Disasters Report 2020. Come Heat or High Water: Tackling the humanitarian impacts of the climate crisis together*. <https://www.ifrc.org/document/world-disasters-report-2020>

IFRC (2021a) "Communities affected by Hurricanes Eta and Iota are threatened by food insecurity, displacement and the climate crisis." <https://www.ifrc.org/press-release/communities-affected-hurricanes-eta-and-iota-are-threatened-food-insecurity>

IFRC (2021b) *Case study: One Health in Action, Kenya Red Cross*. <https://www.ifrc.org/document/case-study-one-health-action-kenya-red-cross>

IFRC (2021c) *Global Health Security*. https://www.ifrc.org/sites/default/files/2021-07/IFRC-GHS_July2021-2.pdf

IFRC (2021d) *Locked down and left out? Why access to basic services for migrants is critical to our COVID-19 response and recovery.* <https://www.ifrc.org/document/locked-down-left-out>

IFRC (2021e) *More than 139 million people hit by climate crisis and COVID-19, new IFRC analysis reveals.* <https://www.ifrcnewsroom.org/story/en/323/more-than-139-million-people-hit-by-climate-crisis-and-covid-19-new-ifrc-analysis-reveals/2577>

IFRC (2021f) *One WASH: Integrated Public Health, Water, Sanitation and Hygiene for Cholera Elimination.* <https://www.ifrc.org/document/one-wash>

IFRC (2022a) *Afghanistan: Unending crises driving millions to breaking point.* <https://www.ifrc.org/press-release/afghanistan-unending-crises-driving-millions-breaking-point>

IFRC (2022b) *Everyone Counts: COVID-19: Nobody is safe until everybody is safe.* Forthcoming

IFRC (2022c) *National Societies Preparedness and COVID-19 Response: Lessons for strengthening National Society response capacity.* Available on request.

IFRC (2022d) *Sierra Leone: Early detection and early response to curb the spread of measles. Epidemic Preparedness and Response, Monthly Update #23.* <https://us20.campaign-archive.com/?u=edcc154b37e4fb111d2e7af3a&id=ec99d49253>

IFRC (2022e) *Afghanistan: Humanitarian Crisis Operation Update #6 Emergency Appeal no. MDRAF007.* <https://reliefweb.int/report/afghanistan/afghanistan-humanitarian-crisis-operation-update-6-emergency-appeal-no-mdraf007>

IFRC (no date a) *Early warning, early action.* <https://www.ifrc.org/early-warning-early-action>

IFRC (no date b) *Forecast-based action.* <https://www.ifrc.org/forecast-based-action>

IFRC (no date c) *Epidemic Control Toolkit.* <https://epidemics.ifrc.org/>

IFRC GO (no date a) <https://go.ifrc.org/>

IFRC GO (no date b) *Central America: Hurricanes Eta and Iota.* <https://go.ifrc.org/emergencies/4889#details>

IFRC Psychosocial Centre (2020) *Remote Psychological First Aid during COVID-19.* <https://pscentre.org/?resource=remote-psychological-first-aid-during-covid-19-may-2020&selected=single-resource>

IFSPC (Integrated Food Security Phase Classification) (2021) *Afghanistan IPC Acute Food Insecurity Analysis: September 2021 - March 2022 (Issued in October 2021).* <https://reliefweb.int/report/afghanistan/afghanistan-ipc-acute-food-insecurity-analysis-september-2021-march-2022-issued>

Imai N et al (2022) *COVID-19 in Japan, January–March 2020: insights from the first three months of the epidemic.* *BMC Infectious Diseases*, 22, 493. <https://doi.org/10.1186/s12879-022-07469-1>

IPBES (Intergovernmental Platform on Biodiversity and Ecosystem Services) (2020) *Workshop Report on Biodiversity and Pandemics of the Intergovernmental Platform on Biodiversity and Ecosystem Services.* <https://doi.org/10.5281/zenodo.4147317>

- IPCC (2022) *Climate Change 2022: Impacts, Adaptation and Vulnerability. Contribution of Working Group II to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*. <https://doi.org/10.1017/9781009325844.001>
- IPPPR (The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response) (2021) *COVID-19: Make it the Last Pandemic*. <https://theindependentpanel.org/mainreport/#download-main-report>
- Jacobzone S et al (2022) *Building resilience to the Covid-19 pandemic: the role of centres of government*. Organisation for Economic Co-operation and Development. <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/building-resilience-to-the-covid-19-pandemic-the-role-of-centres-of-government-883d2961/>
- Johnston A (2022) *Analysis of Learning from IFRC COVID-19 Response*. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. Available on request.
- Kapucu N and Hu Q (2022) An Old Puzzle and Unprecedented Challenges: Coordination in Response to the COVID-19 Pandemic in the US. *Public Performance & Management Review*, 45(4), pp. 773–98. <https://doi.org/10.1080/15309576.2022.2040039>
- Kunicova J (2020) *Driving the COVID-19 Response from the Center: Institutional Mechanisms to Ensure Whole-of-Government Coordination*. *Governance and Institutions Responses to COVID-19*. <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/944721604613856580/driving-the-covid-19-response-from-the-center-institutional-mechanisms-to-ensure-whole-of-government-coordination>
- Lee JS et al (2021) Analysis of the initial lot of the CDC 2019–Novel Coronavirus (2019-nCoV) real-time RT-PCR diagnostic panel. *PLoS ONE*, 16(12): e0260487. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260487>
- Mahase E (2022) Covid-19: Oxygen shortages two years into pandemic highlight pre-covid failures, says WHO. *BMJ*, 376, n829. <https://doi.org/10.1136/bmj.o829>
- Malecki KMC et al (2021) Crisis Communication and Public Perception of COVID-19 Risk in the Era of Social Media. *Clinical Infectious Diseases*, 72(4), pp. 697–702. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa758>
- Marani M et al (2021) Intensity and frequency of extreme novel epidemics. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 118(35), e2105482118. <https://doi.org/10.1073/pnas.2105482118>
- Mheidly N and Fares J (2020) Leveraging media and health communication strategies to overcome the COVID-19 infodemic. *Journal of Public Health Policy*, 41, pp. 410–20. <https://doi.org/10.1057/s41271-020-00247-w>
- Natoli L et al (2020) Mongolia Red Cross Society, influenza preparedness planning and the response to COVID-19: the case for investing in epidemic preparedness. *Western Pacific Surveillance and Response*, 11(4), 2. <https://doi.org/10.5365/wpsar.2020.11.2.013>
- NIOSH (The National Institute for Occupational Safety and Health) (no date) *Hierarchy of Controls*. <https://www.cdc.gov/niosh/topics/hierarchy/default.html>
- Oliver D (2021) Covid-19: NHS trusts deny restricting PPE during pandemic. *BMJ*, 372, n442. <https://doi.org/10.1136/bmj.n442>

OHHLEP (One Health High-Level Expert Panel) et al (2022) One Health: A new definition for a sustainable and healthy future. *PLoS Pathogens*, 18(6), e1010537. <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1010537>

Osman Y et al (2021) Integrated community based human and animal syndromic surveillance in Adadle district of the Somali region of Ethiopia. *One Health*, 13, 100334. <https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2021.100334>

Palma-Oliveira J et al (2021) Why Did Risk Communication Fail for the COVID-19 Pandemic, and How Can We Do Better? In: Linkov I, Keenan JM, Trump BD (eds) *COVID-19: Systemic Risk and Resilience. Risk, Systems and Decisions*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-71587-8_12

Pasetto D et al (2017) Real-time projections of cholera outbreaks through data assimilation and rainfall forecasting. *Advances in Water Resources*, 108, pp. 345–56. <https://doi.org/10.1016/j.adwatres.2016.10.004>

Pasetto D et al (2018) Near real-time forecasting for cholera decision making in Haiti after Hurricane Matthew. *PLoS Computational Biology*, 14(5), e1006127. <https://doi.org/10.1371/journal.pcbi.1006127>

Pelling M et al (2021) Synergies Between COVID-19 and Climate Change Impacts and Responses. *Journal of Extreme Events*, 8, 3, 2131002. <https://doi.org/10.1142/S2345737621310023>

REAP (Risk-informed Early Action Partnership) (no date) <https://www.early-action-reap.org/>

Red Cross Red Crescent Climate Centre (2020) *The Future of Forecasts: Impact-based Forecasting for Early Action*. <https://www.ifrc.org/document/future-forecasts-impact-based-forecasting-early-action>

Resolve to Save Lives (2021) *Epidemics That Didn't Happen*. <https://preventepidemics.org/epidemics-that-didnt-happen-2021/>

Resolve to Save Lives (2022) *Epidemics That Didn't Happen*. <https://preventepidemics.org/epidemics-that-didnt-happen/>

Reuters (no date) *COVID-19 vaccination tracker*. <https://graphics.reuters.com/world-coronavirus-tracker-and-maps/vaccination-rollout-and-access/>

Romanello M et al (2022) The 2022 report of the Lancet Countdown on health and climate change: health at the mercy of fossil fuels. *The Lancet*, 400(10363), pp. 1619–54. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01540-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01540-9)

Rücker F et al (2021) From chaos to control – experiences of healthcare workers during the early phase of the COVID-19 pandemic: a focus group study. *BMC Health Services Research*, 21, 1219. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07248-9>

Sachs JD et al (2022) The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic. *The Lancet Commissions*, 400(10359), pp. 1224–80. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01585-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01585-9)

Saracci R (2020) Prevention in COVID-19 time: from failure to future. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 74, pp. 689–91. <https://jech.bmj.com/content/74/9/689>

Sepúlveda J et al (2006) Cholera in Mexico: The paradoxical benefits of the last pandemic. *International Journal of Infectious Diseases*, 10(1), pp. 4–13. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2005.05.005>

Smith KF et al (2014) Global rise in human infectious disease outbreaks. *Journal of the Royal Society Interface*, 11, 20140950. <https://doi.org/10.1098/rsif.2014.0950>

Smolinski M (2021) Preventing the next pandemic. *Stanford Social Innovation Review*, 20(1), pp. 55–6. <http://endingpandemics.org/wp-content/uploads/2022/06/Preventing-the-Next-Pandemic-2.pdf>

UN OCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs) (2022a) *Afghanistan Humanitarian Needs Overview 2022 (January 2022)*. <https://reliefweb.int/report/afghanistan/afghanistan-humanitarian-needs-overview-2022-january-2022>

UN OCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs) (2022b) *Afghanistan: Earthquake Response Situation Report No. 3 (26 August 2022)*. <https://reliefweb.int/report/afghanistan/afghanistan-earthquake-response-situation-report-no-3-26-august-2022>

von Tigerstrom B and Wilson K (2020) COVID-19 travel restrictions and the International Health Regulations (2005). *BMJ Global Health*, 5(5), e002629. <https://doi.org/10.1136/bmjgh--2020-002629>

WHO (World Health Organization) (2018) *Managing epidemics: Key factors about major deadly diseases*. <https://www.who.int/publications/i/item/managing-epidemics-key-facts-about-major-deadly-diseases>

World Bank (2017) *From panic and neglect to investing in health security: financing pandemic preparedness at a national level (English)*. <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/979591495652724770/from-panic-and-neglect-to-investing-in-health-security-financing-pandemic-preparedness-at-a-national-level>

Zhang L et al (2020) *Effective Risk Communication for Public Health Emergency: Reflection on the COVID-19 (2019-nCoV) Outbreak in Wuhan, China*. *Healthcare*, 8(1), 64. <https://doi.org/10.3390/healthcare8010064>

2020, Yemen. Desde 2011, Rana Yuris ha colaborado como voluntaria en diferentes organizaciones y, desde agosto de 2020, se desempeña en la unidad integrada por siete voluntarios del centro de atención para pacientes de COVID-19 en Adén. "Me inicié en el servicio voluntario porque vi sufrir a las personas de mi barrio y pensé que tenía que hacer algo para ayudar. Por eso, me uní a la Media Luna Roja."
© Anette Selmer-Andresen, Cruz Roja Noruega

INTERACCIÓN CON LAS COMUNIDADES Y LOS AGENTES LOCALES





**Mediante la
integración de los
agentes locales y
de las comunidades
en los sistemas, las
sociedades pueden
propiciar su grado
de preparación**

Índice

Introducción	73
2.1 Constatación – Ayuda inaccesible recurrente para las comunidades necesitadas	75
2.2 Enseñanzas extraídas – Atención insuficiente a las comunidades y los agentes locales	80
2.3 Medidas necesarias – Interacción con las comunidades y los agentes locales en todas las etapas	84
Principales recomendaciones	97

INTRODUCCIÓN

La experiencia de la pandemia de COVID-19 reafirmó la necesidad de que los agentes locales y las comunidades desempeñasen un papel central en la prevención, la preparación y la intervención ante epidemias y pandemias. Si bien los gobiernos tienen la responsabilidad primaria de atender las necesidades y coordinar la intervención, los agentes locales y las comunidades deben cumplir funciones esenciales.

A las comunidades les corresponden múltiples funciones, entre otras: expresar las necesidades y preocupaciones, aportar los conocimientos locales, analizar los problemas y contribuir a la elaboración conjunta de soluciones. Las opiniones de las comunidades son fundamentales porque los servicios sanitarios y los sistemas de gestión de desastres deben ser pertinentes, apropiados al contexto y asumidos como propios por las comunidades. En última instancia, numerosos mensajes y recomendaciones de este informe se basan en las enseñanzas extraídas de las comunidades.

Por otra parte, los agentes locales reconocidos y formados, en virtud de su proximidad y acceso preexistente a las comunidades, pueden realizar tareas de primera línea como la preparación, el control comunitario, el fomento de los conocimientos básicos sobre salud y el apoyo a la ampliación de los servicios esenciales de salud a las personas más vulnerables. Los agentes locales desempeñan un papel fundamental en la consolidación de la confianza, el fortalecimiento de la igualdad de acceso a la salud y a los sistemas de salud comunitarios, y la posibilidad de actuar con prontitud y eficacia, todos ellos elementos esenciales del control de enfermedades.

Definiciones

Prevención de enfermedades: medidas destinadas a evitar la aparición de una enfermedad en primer lugar (prevención primaria); a detectar e intervenir de manera temprana una vez que la enfermedad se manifiesta (prevención secundaria); o a reducir la propagación de la enfermedad en etapas posteriores (prevención terciaria) ([OMS, sin fecha](#)).

Preparación ante los brotes de enfermedades: la capacidad de los sistemas de salud pública y de atención sanitaria, de las comunidades y de los individuos, para prevenir las emergencias de salud, intervenir ante ellas y recuperarse posteriormente. La preparación no es una condición estable, sino que exige perfeccionamiento continuo. También abarca actividades para mejorar la salud y la resiliencia de las comunidades ([Nelson, 2007](#)).

Control centrado en la comunidad: la detección y notificación sistemáticas de sucesos de importancia para la salud pública entre los miembros de una comunidad ([Federación Internacional, sin fecha a](#)).



2021, Bangladesh. Voluntarios de la Media Luna Roja de Bangladesh ayudan a Majeda Khatun, una anciana que ha sido dada de alta recientemente del hospital Satkhira Sadar, tras haber sido hospitalizada con síntomas de COVID-19. © Mir Hossen Roney

2.1 CONSTATACIÓN AYUDA INACCESIBLE RECURRENTE PARA LAS COMUNIDADES NECESITADAS

Una y otra vez durante la pandemia de COVID-19, las personas no recibieron la ayuda que necesitaban. En algunos otros casos, rechazaron el asesoramiento de salud pública que se les ofrecía. En este capítulo, se analizan algunos de estos problemas y su posible solución si se hubiera prestado más atención a los agentes y las comunidades locales y al papel que desempeñan en los sistemas de salud comunitarios. En el apartado final se exponen algunos ejemplos positivos de prácticas idóneas durante la pandemia, que señalan el camino hacia una mejor preparación a nivel comunitario.

Uno de los obstáculos más evidentes fueron las restricciones de circulación tanto para el personal de socorro nacional como para el internacional. A nivel nacional, numerosos gobiernos las impusieron para frenar la propagación del coronavirus. Como se señaló en el capítulo 1, estas medidas pueden ser herramientas eficaces de salud pública si se utilizan de forma equilibrada. Sin embargo, a menudo su aplicación se llevó a cabo con una deliberación incompleta sobre quienes debían intervenir y, por lo tanto, ser incluidos en el cálculo del riesgo para exenciones (necesariamente) limitadas. Esto dificultó que algunos tipos de agentes en la primera línea de intervención, como los voluntarios formados y supervisados por las Sociedades Nacionales, visitaran a quienes necesitaban su ayuda. En los regímenes más estrictos, el contacto cara a cara con cualquier persona ajena al hogar inmediato se hizo casi imposible. Para numerosas personas, en particular aquellas en condiciones de pobreza, estas restricciones de circulación complicaron el acceso a los alimentos, un problema ante el cual se movilizaron diversas Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (véase el recuadro 2.1, ESTUDIO DE CASO: alimentos e higiene para las poblaciones vulnerables) (para obtener más información sobre las repercusiones socioeconómicas, véase el capítulo 4). La escasez mundial de equipos de protección personal (EPP), como mascarillas, en el primer semestre de 2020 agravó este problema. Sin estos equipos, los trabajadores sanitarios no podían atender con seguridad a las personas vulnerables e infectadas (Burki, 2020). Muchos se vieron obligados a prescindir de ellos, arriesgando así su propia salud y su capacidad para contribuir a la intervención contra la pandemia de COVID-19 (OMS, 2020).

A nivel internacional, hubo una gran cantidad de países que no supieron matizar los requisitos de entrada para encontrar soluciones particulares para el personal internacional de socorro. Es evidente que ellos, como cualquier otra persona, podrían haber sido portadores de la enfermedad, pero los sistemas no estaban preparados con soluciones de protección específicas para este grupo. En consecuencia, esos países recibieron poca o ninguna asistencia internacional, y se vieron obligados a confiar únicamente en sus propios sistemas (Oficina del Alto Representante para los Países Menos Adelantados, los Países en Desarrollo sin Litoral y los Pequeños Estados Insulares en Desarrollo (Naciones Unidas) (OARPPP), sin fecha).

En algunos casos, ello permitió a los agentes locales asumir una función rectora. Por ejemplo, en abril de 2020, el ciclón tropical Harold azotó Vanuatu y Fiyi. En ambos países, las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja estaban bien establecidas y pudieron asumir esta función rectora. Sus redes descentralizadas se ocuparon de las evaluaciones, la distribución, la coordinación y el enlace con la comunidad. Durante esta intervención se produjo un cambio en la dinámica de poder entre los agentes de las redes nacionales e internacionales de la Federación Internacional. Se puso más énfasis en la dirección local y en las asociaciones con los gobiernos nacionales. Este cambio fue posible gracias a los programas constantes de desarrollo de capacidades que invirtieron en personal fundamental, programas de preparación para desastres y activos como suministros de socorro constituidos con antelación ([Cruz Roja Australiana, 2020](#)).

No obstante, en bastantes países la intervención local fue menos eficaz, debido en parte a la falta de inversión en la capacidad local, tanto antes como durante la crisis. Los sistemas de salud comunitarios –así como los agentes y comunidades locales que los gestionan– fueron ignorados o no recibieron apoyo para que pudieran desempeñar debidamente sus funciones. Los sistemas sanitarios nacionales tuvieron que atender todas las necesidades en todas partes.

Algunos de estos aspectos ya se han tratado en el capítulo 1. Hubo una falta general de inversión en preparación y prevención comunitaria, por lo que las comunidades y los agentes locales no dispusieron de los recursos y la experiencia necesarios para hacer frente a los brotes. Entre las principales deficiencias de la preparación cabe destacar la escasa capacidad de control comunitario, un método conocido por su eficacia para detectar rápidamente nuevos brotes de enfermedades, pero al que no se había dotado de recursos suficientes. Tampoco existían mecanismos claros para que los agentes locales se coordinaran con las autoridades locales y los sistemas nacionales de salud.

Además, tres problemas relacionados entre sí dificultaron la intervención de la comunidad ante la pandemia de COVID-19.

En primer lugar, la falta de acceso a los servicios sanitarios locales. En numerosas comunidades, sobre todo en las que no disponían de un centro de salud, las personas que enfermaban de COVID-19 o de otras enfermedades no tenían a quién recurrir. En otras comunidades, los servicios sanitarios locales se vieron desbordados por la enorme demanda de asistencia a raíz de la COVID-19. Como consecuencia, debieron abandonar temporalmente otras necesidades, como la cirugía optativa, la atención materna y neonatal, la vacunación sistemática y el tratamiento de enfermedades crónicas ([Núñez et al, 2021](#)).

En segundo lugar, en muchas comunidades el acceso a la educación e informaciones sanitarias es extremadamente limitado ([Royston et al, 2020](#)). Numerosas personas no sabían cómo protegerse a sí mismas y a los demás del coronavirus. La información proporcionada por las redes sociales o las noticias estatales no era necesariamente fidedigna. A menudo, las personas no entendían la razón de ser de las medidas de salud pública. Algunos todavía no lo hacen. En muchos países, los gobiernos dieron recomendaciones contradictorias. Mientras tanto, a menudo se arraigaron creencias simplistas: por ejemplo, que la COVID-19 solo es peligrosa para las personas mayores y clínicamente vulnerables ([King's College de Londres, 2020](#)) o, en Zimbabue, que “la COVID-19 no mata a las personas negras” ([Erlach et al, 2021](#)). Todo ello se vio agravado por la desinformación y la circulación masiva de información errónea.

Por último, en estrecha relación con las dos cuestiones anteriores, a menudo existía una falta de confianza en los servicios sanitarios y en otras autoridades. Múltiples estudios sugieren que la **confianza** fue uno de los mejores factores para predecir el éxito o el fracaso de un país en la gestión de la pandemia de COVID-19. Un estudio realizado en 2022 comparó las tasas de infección y muerte en ciento setenta y siete (177) países. Algunas de las variaciones en las infecciones y muertes podrían explicarse por factores evidentes como el perfil de edad de los países, ya que la COVID-19 resulta más peligrosa para las personas mayores. Sin embargo, la correlación más marcada se produjo con las medidas de confianza en el gobierno y en las relaciones interpersonales. Los niveles más altos de confianza estuvieron asociados con tasas de infección más bajas y con una mayor aceptación de las vacunas contra la COVID-19 cuando se disponía de ellas. El estudio está basado en la observación y no prueba la causalidad. Ahora bien, si el aumento de la confianza contribuyó a reducir las tasas de infección, posiblemente debido a un mayor cumplimiento de los cambios de comportamiento recomendados, ello denota que la confianza es realmente eficaz. Sobre la base de esta hipótesis, los investigadores calcularon que si todos los países tuvieran el mismo nivel de confianza en el gobierno que en Dinamarca, las infecciones mundiales habrían sido un 12,9% más bajas. Del mismo modo, si todas las naciones tuvieran los niveles de confianza interpersonal de Dinamarca, se habría producido un 40,3% menos de infecciones (COVID-19 National Preparedness Collaborators, 2022).



2021, Guyana. Melissa Lewis explica la forma de mantener condiciones de seguridad y salud durante la pandemia de COVID-19, mientras la unidad de la Cruz Roja de Guyana entrega elementos de higiene a las comunidades ribereñas. Estas comunidades se ven afectadas por la pandemia, y les resulta difícil acceder a artículos de limpieza e higiene debido a las distancias y las medidas de confinamiento. © Angela Hill, Federación Internacional

Los factores determinantes de la confianza son sumamente complejos, y no se aspira a abordarlos todos en este informe. Uno de ellos radica en que se considera que, en gran medida, los gobiernos han fracasado al afrontar crisis como la COVID-19 y el cambio climático, por lo que ahora algunos los perciben como desacreditados ([Edelman, 2022](#)). Esta desconfianza generalizada se ve agravada por el hecho de que las comunidades vulnerables y marginadas suelen ser las que menos confían en los gobiernos y las autoridades, a los que a menudo ven como fuentes de demandas más que como proveedores de los servicios necesarios ([Bavel et al, 2020](#)). Son estas personas vulnerables y marginadas las que están más expuestas a riesgos graves como la COVID-19, pero su posición social y su experiencia de maltrato histórico también las hacen propensas a desconfiar de las autoridades y las organizaciones que podrían ayudarlas.

Todos estos problemas guardan relación con una deficiencia central: la falta de capacidades locales. A menudo, las personas confían en quienes les son familiares, como queda de manifiesto en la confianza que suelen depositar en los médicos generalistas o “médicos de familia”, a quienes conocen desde hace varios años ([Salisbury, 2021](#)). Lamentablemente, muchas comunidades no contaban con el apoyo, la financiación y la formación previa que necesitaban para hacer frente a la COVID-19. No disponían de personal con la formación y los conocimientos especializados necesarios, y no sabían con quién coordinarse. Además, apenas conocían los sistemas sanitarios ni tenían acceso a los equipos y demás recursos que necesitaban.

RECUADRO 2.1 / ESTUDIO DE CASO

ALIMENTOS E HIGIENE PARA LAS POBLACIONES VULNERABLES

Desde el comienzo de la pandemia de COVID-19, la Media Luna Roja Turca entregó alimentos y artículos de higiene a las personas vulnerables. En abril de 2020, había distribuido más de treinta mil seiscientas (30 600) cajas de alimentos y treinta y cinco mil ochocientas (35 800) cajas con artículos de higiene (Paksoy, 2020). Participaron alrededor de diez mil (10 000) empleados y voluntarios.

Los voluntarios se centraron especialmente en quienes no podían abandonar sus hogares debido a las medidas de protección y a problemas de salud, en particular personas mayores y económicamente vulnerables. La Media Luna Roja Turca también distribuyó alimentos tres veces al día a las personas que estaban en cuarentena y, por tanto, no podían salir de sus casas (Media Luna Roja Turca, 2020).



2020, Turquía. Voluntarios de la Media Luna Roja de todo el país prestaron asistencia durante el Ramadán; colaboraron en la distribución de tres comidas diarias a personas vulnerables (más de 3,4 millones de raciones individuales en total). Más de 53 000 voluntarios y miembros del personal de la Media Luna Roja Turca prestaron apoyo vital a las comunidades durante la pandemia de COVID-19. © Media Luna Roja Turca

2.2 ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS ATENCIÓN INSUFICIENTE A LAS COMUNIDADES Y LOS AGENTES LOCALES

Numerosos fracasos de la intervención frente a la pandemia de COVID-19 pueden ser atribuidos a la falta de interacción con agentes y comunidades locales en todas las fases del ciclo de gestión de las emergencias de salud pública. De hecho, buena parte de los problemas surgidos durante la pandemia se deben a intervenciones y medidas de mando y control excesivamente centralizadas impuestas por los gobiernos, que carecieron de la colaboración y la presencia de la comunidad, o de la asistencia coordinada de los agentes locales en la intervención (Loewenson et al, 2021). Otro factor, vinculado con el anterior, consiste en la frecuente falta de inclusión en la adopción de decisiones de las personas que no forman parte del sector sanitario formal. De hecho, esto excluye a las comunidades y a numerosos agentes locales. Por el contrario, las medidas de intervención eficaces ante la pandemia de COVID-19 tuvieron en cuenta a los agentes y las comunidades locales.

En este informe, utilizamos la definición de **agentes locales** del Gran pacto: “organizaciones dedicadas al socorro a nivel local/comunitario que tienen su sede y operan en su propio país receptor de ayuda y que no están afiliadas a una organización no gubernamental (ONG) internacional” ([Comité Permanente entre Organismos, 2018](#)). Los agentes locales pueden formar parte de una federación, una confederación de redes o una alianza, siempre que mantengan autonomía en lo que atañe a recaudación de fondos y a órganos de gobierno ([Federación Internacional, sin fecha b](#)). Cuentan con cierta capacitación formal y están organizados en una estructura de supervisión. Por el contrario, se entiende por **comunidad** simplemente el conjunto de personas que viven en una región determinada.

Esta distinción supone que ambos grupos desempeñan funciones diferentes. En caso de emergencia sanitaria, por ejemplo, los agentes locales pueden prestar servicios como la asistencia sanitaria básica, la logística y el fomento de los conocimientos básicos sobre salud ([Garcini et al, 2022](#)), mientras que las comunidades contribuyen mediante aportaciones (incluida la elaboración conjunta de programas) y opiniones.

En la práctica, los agentes locales y las comunidades no difieren del todo. Los agentes locales suelen pertenecer a las comunidades o estar cerca de ellas, y su valor se deriva en parte de esa proximidad: pueden actuar como guardianes de las comunidades. Del mismo modo, las comunidades y los grupos comunitarios suelen desempeñar funciones sumamente dinámicas y no deben considerarse receptores pasivos de la asistencia (véase el recuadro 2.2, ESTUDIO DE CASO: resiliencia indígena ante la pandemia de COVID-19 en Canadá).

En los dos apartados siguientes, se examina sucesivamente el modo en que los agentes y las comunidades locales han sido desatendidos y subutilizados durante la pandemia de COVID-19.

RECUADRO 2.2 / ESTUDIO DE CASO

RESILIENCIA INDÍGENA ANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN CANADÁ

Cuando se produjo la pandemia de COVID-19, los dirigentes indígenas de Canadá recurrieron a las enseñanzas que habían extraído de la pandemia de gripe H1N1 de 2009 para elaborar estrategias de protección de sus comunidades.

Los principales agentes sanitarios indígenas propusieron y aplicaron estrategias para mitigar los riesgos de la COVID-19 y documentar su incidencia. Se elaboraron y aplicaron estrategias de mitigación y tratamiento culturalmente apropiadas. Los profesionales sanitarios indígenas elaboraron y difundieron mensajes de salud pública a través de seminarios web y vídeos. En la medida de lo posible, se realizó un seguimiento de los recuentos de casos, la mortalidad y las tasas de vacunación de las poblaciones indígenas de las reservas.

En las comunidades se observaron numerosas medidas innovadoras. Los dirigentes, en calidad de autoridades soberanas, cerraron sus fronteras. En algunos casos, se adelantaron a las órdenes regionales, provinciales o territoriales, y mantuvieron el cierre una vez levantadas las restricciones externas. Las comunidades rurales y remotas transformaron los edificios públicos en centros de aislamiento para pacientes de COVID-19 o, en algunos casos, en viviendas alternativas para las personas mayores, con el fin de protegerlas y velar por la atención de sus necesidades.

Los planes de emergencia existentes fueron adaptados para atender las necesidades planteadas por la pandemia. La continuidad de las actividades culturales a través de las redes sociales permitió que la población siguiera conectada a pesar del distanciamiento social y los confinamientos. Los dirigentes intercambiaron conocimientos sobre métodos eficaces de confinamiento y mitigación. También trataron de poner en marcha estrategias para que sus comunidades tuvieran la menor interrupción posible en el acceso a los programas y servicios sanitarios.

Numerosas comunidades indígenas seguían padeciendo desigualdades estructurales derivadas de la colonización histórica. Entre ellas cabe citar la insuficiencia de opciones de vivienda, que conduce al hacinamiento, la falta de acceso a agua potable y la desconfianza en un sistema sanitario en el que han sufrido discriminación y racismo. Estas desigualdades han dado lugar a una cantidad desproporcionada de casos de gripe H1N1. Hasta que no sean abordadas y resueltas, las comunidades indígenas verán obstaculizados sus esfuerzos por aplicar plenamente las medidas de salud pública contra la pandemia. No obstante, la reacción de los pueblos indígenas ante la COVID-19 se vio impulsada por una sólida conducción, la cohesión de las comunidades, la memoria histórica de las enseñanzas extraídas, el intercambio de conocimientos y una capacidad de recuperación constante.

2.2.1 Falta de integración de los agentes locales en los marcos políticos

En numerosos países, los responsables de las intervenciones a raíz de la pandemia de COVID-19 descuidaron a los agentes locales (Grupo Independiente de Preparación y Respuesta frente a las Pandemias (IPPPR), 2021). Se encontraron en una situación de aislamiento relativo con respecto a los sistemas sanitarios y otros agentes de intervención. Los marcos jurídicos y políticos utilizados para prepararse e intervenir ante el coronavirus no integraban a los agentes locales. Esto dificultó su labor conjunta con los sistemas de salud y otros agentes de intervención. Las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja han señalado que, cuando la coordinación con las autoridades era estrecha, ello facilitaba considerablemente su intervención. Pudieron ampliar los servicios más pertinentes, que eran complementarios a los prestados por los poderes públicos y otros organismos (Johnston, 2022). Sin embargo, muchos otros agentes locales no tienen relaciones tan consolidadas con los gobiernos y las autoridades públicas, por lo que no pudieron coordinarse con ellos.

Esta falta de integración política se tradujo en dificultades prácticas. Antes de la aparición de la COVID-19, en numerosos países no se habían llevado a cabo ejercicios conjuntos entre las autoridades públicas y los agentes locales. Cuando estalló la pandemia, los agentes locales intentaron intervenir, pero a pesar de sus esfuerzos el resultado fue a menudo la confusión (Grupo Independiente de Preparación y Respuesta frente a las Pandemias (IPPPR), 2021b). En numerosos casos, los agentes locales no tenían acceso a equipos de protección personal (EPP), como mascarillas. Como se menciona en el apartado 2.1, a menudo no tenían autorización para circular y realizar sus tareas, y se encontraron con que la autorización era poco clara, con normas mal definidas. No recibían formación para desempeñar sus tareas, ni disponían de apoyo financiero.

Una función esencial de los agentes locales consiste en complementar los sistemas sanitarios desbordados. Cuando los hospitales empezaron a recibir un aluvión de pacientes de COVID-19, los agentes locales, como los trabajadores sanitarios comunitarios y los voluntarios, en teoría podrían haber asumido responsabilidades adicionales, y liberar así a los profesionales médicos para que se ocuparan de los casos más urgentes y críticos. Sin embargo, cuando los países no contaban con políticas o sistemas que lo permitieran, las capacidades de los agentes locales no pudieron aprovecharse al máximo (Sachs et al, 2022).

Estos problemas no son una novedad. Los agentes locales, como los trabajadores sanitarios comunitarios, han sido durante mucho tiempo subestimados y financiados de manera deficiente. Numerosos agentes locales tienen dificultades para acceder al apoyo internacional, un problema ejemplificado por la falta de financiación de las organizaciones locales de defensa de los derechos de la mujer durante la pandemia, pese al aumento de la violencia contra las mujeres (Comité Internacional de Rescate, 2021). Como resultado, la pandemia tuvo consecuencias nefastas (Lotta et al, 2022). Aun en Nueva Zelanda, donde el coronavirus estuvo bien controlado durante muchos meses, los trabajadores sanitarios de la comunidad señalaron importantes consecuencias en su bienestar. Una encuesta publicada en 2022 reveló que se enfrentaban a “riesgos notables para las relaciones personales y profesionales”, “estrés y ansiedad considerables” y “aislamiento personal y soledad como consecuencia de las restricciones impuestas por el confinamiento”. Los investigadores recomendaron que se reconociera el «papel crucial» de los trabajadores sanitarios comunitarios y que se les proporcionara equipo de protección personal (EPP), una mejor remuneración que incluyera tiempo libre, y asesoramiento y apoyo periódico (Holroyd et al, 2022).

2.2.2 Falta de interacción con las comunidades

Los sistemas sanitarios y otros agentes han fracasado de forma reiterada en la colaboración con las comunidades durante la pandemia de COVID-19. Es bien sabido que la interacción con las comunidades es esencial para la eficacia de las intervenciones en materia de salud y en caso de desastres ([Corbin et al, 2021](#)). En parte, esta es la razón por la cual la Federación Internacional, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecieron el servicio colectivo de comunicación de riesgos y participación comunitaria ([comunicación de riesgos y participación comunitaria, sin fecha](#)), y por la cual la comunidad humanitaria se comprometió a una profunda transformación de la práctica, una “revolución de la participación”, en el Gran pacto de 2016 ([Gran pacto, sin fecha](#)). Sin embargo, tradicionalmente esto se ha hecho a menudo de forma parcial o no se ha hecho en absoluto ([Federación Internacional, 2019](#)). Este esquema se ha repetido en la intervención ante a la pandemia de COVID-19.

En lo que concierne al aspecto de “comunicación de riesgos” de la interacción con la comunidad, a menudo los agentes de intervención han fracasado en el establecimiento de auténticos diálogos bidireccionales con las comunidades. Se han difundido mensajes centralizados y más bien anónimos sobre todo tipo de temas, desde el uso de mascarillas y el distanciamiento social hasta la vacunación. Aunque valiosa, esta información pública es unidireccional e impersonal, por lo que puede pasar por alto temores o percepciones erróneas de las comunidades. Por otra parte, cuando las comunidades han dado su opinión, a menudo se ha desestimado o ignorado ([McKay et al, 2022](#)).

También se ha descuidado el elemento de “elaboración de programas” de la interacción con la comunidad. El concepto de que las comunidades deben desempeñar un papel dinámico en la formulación de los servicios sanitarios que reciben se remonta al menos a la Declaración de Alma-Ata (1978), que incluye la disposición: “El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud” ([OMS, sin fecha](#)). No obstante, este principio no se ha cumplido en las cuatro décadas posteriores. En 2020, un informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) señalaba múltiples lagunas en la atención primaria de salud, entre ellas la necesidad de “ampliar el papel de los pacientes”. La OCDE instaba a una genuina participación de los pacientes y de los miembros de la comunidad ([OCDE, 2020](#)). El Grupo Independiente de Preparación y Respuesta frente a las Pandemias de la OMS ha presentado argumentos similares ([Grupo Independiente de Preparación y Respuesta frente a las Pandemias \(IPPPR\), 2021a](#)).

Por el contrario, en la intervención ante la pandemia de COVID-19, a menudo los gobiernos recurrieron a la coerción. Las órdenes de salud pública fueron respaldadas con toda la fuerza del derecho penal, y se desplegaron fuerzas policiales y de seguridad para hacerlas cumplir. El resultado previsible fue la resistencia social y política, así como la exacerbación de la desconfianza de las comunidades hacia el gobierno y los sistemas sanitarios (y viceversa) ([Loewenson et al, 2021](#)).

2.3 MEDIDAS NECESARIAS

INTERACCIÓN CON LAS COMUNIDADES Y LOS AGENTES LOCALES EN TODAS LAS ETAPAS

El fortalecimiento de los sistemas de salud, en particular los comunitarios, es fundamental para preparar a las sociedades ante futuros brotes de enfermedades. Tanto las comunidades como los agentes locales deben desempeñar un papel primordial a este respecto. Esto es válido en los países de ingresos bajos y medios, donde los servicios sanitarios nacionales suelen ser menos exhaustivos, pero también en los países cuyos ingresos son mucho más elevados ([OMS, 2022c](#)). Allí, la escasez de personal sanitario ha contribuido a delegar ciertas tareas en enfermeras o cuidadores cualificados. Asimismo, se ha producido un cambio hacia un enfoque de la salud más centrado en las personas (encarnado por el enfoque de salud pública) y un fortalecimiento de la atención primaria de salud.

2.3.1 Inversión en agentes locales para contribuir a la gestión de brotes y otras amenazas

Los agentes locales pueden desempeñar múltiples funciones en los brotes de enfermedades y otras emergencias. Sus actividades pueden reducir el riesgo de brotes graves y mejorar los resultados cuando se producen. Un reto esencial consiste en afianzar los sistemas sanitarios comunitarios, ya que estos sistemas constituyen un vínculo vital entre los sistemas sanitarios y las comunidades a las que prestan servicios, en particular las remotas y marginadas.

Un grupo crucial de agentes locales son los trabajadores sanitarios de la comunidad –que a menudo incluyen voluntarios formados y supervisados–, que prestaron un apoyo esencial durante la pandemia de COVID-19. Su labor abarcó actividades como el rastreo y el control de contactos, la formación en preparación y prevención, la educación sanitaria, la atención no médica a domicilio, la atención primaria de salud y la derivación de pacientes. También lo han hecho en brotes anteriores de enfermedades ([Bhaumik et al, 2020](#)). El rastreo de contactos, por ejemplo, es un pilar del control de las enfermedades infecciosas: conlleva identificar y notificar a las personas que han estado en contacto con una persona infectada para que puedan tomar precauciones para protegerse a sí mismas y a los demás ([Federación Internacional, 2020a](#)). La mejor manera de localizar a los contactos suele ser a través de agentes locales integrados en sus comunidades ([Federación Internacional, 2021a](#)). Ellos tienen el conocimiento local que les permite identificar rápida y correctamente los contactos probables, y pueden estar en mejores condiciones para hacer frente a los temores acerca de lo que supondrá el rastreo. Por este motivo, los expertos en salud pública pidieron una inversión significativa en los trabajadores sanitarios de la comunidad al principio de la pandemia ([Ballard et al, 2020](#)). Ya es hora de que se atiendan esos llamamientos.

Una de las formas en que los agentes locales pueden contribuir a la detección de riesgos para la salud y a la actuación precoz en las comunidades donde se originan los brotes es mediante el **control comunitario**. Los sistemas de salud de numerosos países disponen de sistemas de alerta temprana para advertir acerca de brotes de enfermedades, pero a menudo estos sistemas tienen dificultades para llegar a todas las personas, por ejemplo, si estas no pueden acceder a los establecimientos de salud. El control comunitario es una forma de salvar esta distancia. Los voluntarios locales reciben formación para detectar signos y síntomas de enfermedades que pueden convertirse en epidemias. Dado que trabajan en las comunidades de las que proceden, es más probable que se **confíe** en ellos que en personas ajenas a la comunidad. En caso de que se percataren de que alguna persona está enferma, pueden ayudar a la comunidad a adoptar medidas de protección inmediatas y alertar a los supervisores, que a su vez pueden desencadenar una intervención del sistema sanitario (véase el recuadro 2.3, ESTUDIO DE CASO: la preparación de la comunidad en Indonesia para detener un brote de dengue). Así pues, mediante el control comunitario se ayuda a proteger a las personas y comunidades vulnerables que, de otro modo, podrían quedar al margen. También ayuda a proteger a la sociedad en su conjunto al permitir la detección precoz y la intervención rápida ante los brotes. Todas las emergencias de salud pública empiezan con unos pocos casos, pero si no se controlan pueden convertirse en una crisis mundial, como ocurrió con la pandemia de COVID-19.

El control comunitario es uno de los pilares del exitoso **programa comunitario de preparación para epidemias y pandemias** (Federación Internacional, sin fecha a), que está en marcha desde 2017. Utiliza financiación del Organismo de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) a fin de ayudar a las comunidades a prevenir y detectar las amenazas de enfermedades, y de intervenir rápidamente. Actualmente se encuentra activo en siete países. El programa comunitario de preparación para epidemias y pandemias adopta el enfoque de “Una sola salud”, ayudando a las comunidades a detectar brotes de enfermedades tanto en humanos como en animales, para reducir la amenaza de propagación zoonótica. El control comunitario es uno de los pilares del programa comunitario de preparación para epidemias y pandemias, junto con otras actividades más tradicionales de preparación y lucha contra las epidemias (véase el capítulo 1).

Más adelante en la pandemia, a medida que aumentaba la disponibilidad de las vacunas, los voluntarios locales pasaron a ser cruciales para los programas de vacunación (OMS y UNICEF, 2021). Los problemas de confianza y aceptación de las vacunas han sido un reto considerable en numerosos países. La distribución de vacunas requiere experiencia y coordinación por parte del gobierno, pero el esfuerzo localizado y la interacción con la comunidad son esenciales para comprender las barreras de acceso y aceptación y garantizar la máxima aceptación. Aun cuando se demostró que las vacunas contra la COVID-19 aprobadas resultaban sumamente seguras y eficaces y se pusieron a disposición de las personas que las necesitaban, las personas dudaban en aceptarlas. Esto se debió a la desconfianza en los proveedores de servicios o a normas sociales como la desconfianza popular en las vacunas, que dificultan su capacidad para utilizar el servicio (Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico e Inmunización, OMS, 2022). Los rumores y las preocupaciones se han arraigado en algunas comunidades, sobre todo en los grupos vulnerables que suelen tener una **confianza limitada** en las autoridades. En algunos casos, esta situación ha dado lugar a ataques violentos contra infraestructuras y personal relacionados con la COVID-19 (Federación Internacional, 2021b).

Las campañas de sensibilización centralizadas tienen un alcance limitado en estas dudas tan específicas sobre las vacunas. Además, es más probable que las **personas confíen** en quienes conocen que en organizaciones que pueden percibirse como anónimas: por ejemplo, se confía más en las empresas familiares que en cualquier otro tipo de empresa (Edelman, 2022). Por el contrario, es necesaria la interacción de los agentes locales con la comunidad. Algunos agentes locales han tenido éxito al abordar las dudas sobre las vacunas mediante la colaboración estrecha con las comunidades, y la utilización de mecanismos de recogida de información y encuestas de percepción a fin de indagar en sus creencias y temores. Cuando se recogen y procesan a nivel regional o central, pueden ayudar a las autoridades de salud pública en la elaboración de estrategias de interacción adaptadas y, por tanto, a cambiar las percepciones de la población. Por ejemplo, la Cruz Roja de Georgia recopiló información sobre las percepciones de la población acerca de las vacunas contra la COVID-19 a fin de identificar sistemáticamente los motivos de sus dudas. De modo análogo, la Cruz Roja de Ucrania llevó a cabo reuniones individuales y conversaciones en pequeños grupos para transmitir información sobre las vacunas. Los voluntarios subrayaron que la vacunación era voluntaria y aconsejaron a las personas que consultaran a sus médicos si tenían preocupaciones relacionadas con la salud (Federación Internacional en Medium, 2021).

Además, los programas comunitarios ofrecen la ventaja de crear **redes de confianza** susceptibles de ser aprovechadas para obtener resultados más eficaces en casos de desastre y en otras actividades humanitarias y de desarrollo. Estas iniciativas de fomento de la confianza son esenciales para la agenda mundial de seguridad sanitaria. En un comentario se señalaba que “el momento de empezar a colaborar con las comunidades no es en medio de una emergencia sanitaria”, porque esos contextos son caóticos y los agentes externos suelen considerarse sospechosos (Natoli et al, 2020). Por el contrario, es fundamental empezar a colaborar con las comunidades en tiempos “normales”. De este modo, se dispone de tiempo para generar confianza y establecer relaciones, listas para cuando se produzca una crisis (véase el RECUADRO 2.4: la labor con las comunidades en entornos urbanos).

Los agentes locales también desempeñan un papel decisivo en materia de **conocimientos básicos sobre salud**. Puede considerarse que las personas con altos niveles de educación sanitaria poseen una “vacuna social” que les permite adoptar prácticas idóneas y animar a otros a hacer lo mismo (Okan et al, 2022). Estos conocimientos básicos sobre salud no se limitan al saber –aunque es esencial–, sino que también consisten en tener las capacidades y la motivación para aprender y aplicar esos conocimientos (Sørensen et al, 2012). Asimismo, los estrechos vínculos de los agentes locales con las comunidades a las que prestan servicios los convierten en promotores ideales de la educación sanitaria. Es más probable que las personas confíen en la información y el asesoramiento cuando proceden de una fuente conocida y de confianza, sobre todo si se sienten alejadas de sus gobiernos (véase el recuadro 2.5, ESTUDIO DE CASO: reducción de dudas sobre las vacunas en la República Árabe Siria). Por la misma razón, los agentes locales suelen estar en una posición ideal para gestionar la **interacción con la comunidad** (véase el apartado 2.3.2).

RECUADRO 2.3 / ESTUDIO DE CASO

LA PREPARACIÓN DE LA COMUNIDAD EN INDONESIA PARA DETENER UN BROTE DE DENGUE

Además de la vulnerabilidad a enfermedades como la gripe, que afectan a la mayoría de los países, Indonesia también presenta diversas enfermedades endémicas, como el dengue. Para evitar la propagación de brotes de enfermedades, el gobierno estableció un sistema de alerta temprana en los centros de atención primaria de salud para ayudar a detectar y tratar posibles brotes en las comunidades.

Para que esto funcione, los miembros de la comunidad deben informar de su estado de salud a estos centros. Sin embargo, muchas personas no lo hacen, a veces por imposibilidad, otras veces por falta de voluntad, y otras porque sus síntomas parecen demasiado leves para que merezca la pena notificarlos. El control comunitario reduce este problema al detectar rápidamente posibles casos y, a través de intermediarios de confianza, ponerlos en conocimiento de los sistemas de salud. De este modo, se amplía el alcance del sistema nacional de control, lo que permite una notificación y una respuesta más rápidas y, con ello, un número posiblemente menor de casos y de muertes.

En un caso, los voluntarios de la aldea de Sobokerto recibieron informes de un niño con fiebre, dolor en las articulaciones y manchas rojas, los síntomas clásicos del dengue. Los voluntarios investigaron y alertaron a su supervisor el mismo día a través de WhatsApp. A partir de ahí, se coordinaron con el jefe de la aldea. Finalmente, el caso sospechoso se confirmó como dengue, el niño recibió la asistencia médica necesaria y se recuperó. Los voluntarios realizaron visitas domiciliarias en busca de indicios y síntomas de dengue, pero no se detectaron más casos.

Los voluntarios también descubrieron que los residentes no conocían todos los posibles criaderos de mosquitos. Por ello, proporcionaron información sobre promoción de la salud y movilizaron a la comunidad para limpiar esos lugares ([Resolve to Save Lives, 2022](#)). Como resultado, la comunidad adquirió mayor resiliencia frente al dengue y otras enfermedades transmitidas por mosquitos ([Federación Internacional, 2021d](#)).



Durante las crisis, algunos agentes locales pueden prestar ayuda a los servicios sanitarios mediante la **delegación de tareas**. Los trabajadores sanitarios de la comunidad pueden recibir formación en determinadas tareas rutinarias en el ámbito de la salud, entre otras, la detección de signos y síntomas de enfermedades como la COVID-19 o la administración de vacunas infantiles habituales. De este modo, pueden realizar tareas que normalmente llevarían a cabo profesionales más formados ([Federación Internacional, 2020b](#)). Naturalmente, cuando personas sin credenciales médicas formales llevan a cabo procedimientos médicos, existen riesgos. Sin embargo, el equilibrio de riesgos resulta particularmente atractivo para la delegación de tareas cuando los sistemas sanitarios se ven desbordados y el personal sanitario “normal” no puede realizar las tareas rutinarias, o simplemente no está disponible en determinados lugares. En efecto, el hecho de prescindir de cualquier tipo de asistencia si no puede ser prestada por las personas más capacitadas conlleva sus propios riesgos: por ejemplo, el agravamiento de dolencias que estaban bajo control si no reciben la debida atención, lo que exigiría un tratamiento de urgencia.

Dado que los trabajadores sanitarios de la comunidad eran la única asistencia sanitaria disponible en numerosas comunidades, la delegación de tareas fue esencial durante la pandemia. Por su parte, las secciones locales de muchas Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja ayudaron a identificar casos sospechosos de COVID-19 en las comunidades, y en algunos casos realizaron pruebas diagnósticas ([Federación Internacional, 2021c](#)). Luego, los casos positivos podían ser remitidos al sistema sanitario profesional. Simultáneamente, esto suponía un alivio para el sistema de salud, ya que eliminaba la necesidad de realizar pruebas de detección, y garantizaba que la mayor cantidad posible de personas recibieran atención sanitaria cuando contraían COVID-19. Del mismo modo, muchas Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja establecieron líneas telefónicas directas para prestar apoyo psicosocial y de salud mental durante la pandemia. En 2020, la Cruz Roja Ecuatoriana prestó servicios de salud mental y apoyo psicosocial a 8 677 personas ([Federación Internacional, Centro de Referencia en Apoyo Psicosocial, 2020](#)).

Con vistas al futuro, urge ampliar la delegación de tareas habida cuenta de la actual escasez de personal sanitario a nivel mundial. Conforme a estimaciones de la OMS, en 2022 la dotación mundial de personal sanitario es quince (15) millones más reducida de lo necesario. Esto supone un adelanto con respecto a 2016, cuando el déficit era de dieciocho (18) millones, pero aún es un desfase relevante ([OMS, 2022b](#)). Además, los profesionales sanitarios suelen preferir vivir en zonas urbanas y, por consiguiente, las zonas rurales y remotas suelen estar desatendidas. La delegación de tareas mejora esta situación mediante el empleo de trabajadores sanitarios de la comunidad no profesionales y semiprofesionales. Estos trabajadores pueden realizar actividades esenciales del ámbito de la salud y oficiar de puente entre la población local y el sistema sanitario nacional.

Por otra parte, los agentes locales pueden desempeñar papeles similares en todos los demás tipos de desastres, además de las emergencias sanitarias. De hecho, los servicios requeridos suelen ser similares. Tanto si una comunidad se ve afectada por un brote de gripe como por un terremoto, los servicios sanitarios básicos son esenciales, al igual que el suministro de información precisa sobre las medidas que deben adoptarse.

RECUADRO 2.4 / ESTUDIO DE CASO

LA LABOR CON LAS COMUNIDADES EN ENTORNOS URBANOS

La intervención en casos de desastre en las ciudades plantea retos que no se presentan en los entornos rurales. Estas dificultades han quedado al descubierto durante la pandemia de COVID-19. Un informe publicado en 2021 por la Cruz Roja Alemana analizó la intervención de las Sociedades Nacionales en las ciudades en el marco de la pandemia de COVID-19 y descubrió que en numerosas ocasiones hubo dificultades ([Cruz Roja Alemana, 2021](#)). Por ejemplo, en las ciudades había más **desconfianza** hacia el gobierno y otras autoridades que en las zonas rurales. Esto se debió en parte a la presencia en las ciudades de una gran cantidad de personas migrantes y refugiadas, que suelen desconfiar de las autoridades. Las Sociedades Nacionales que estaban presentes en las ciudades inspiraban más confianza.

En comparación con las zonas rurales, donde todos se conocen, las ciudades son anónimas. Las personas pueden vivir allí porque pueden pasar desapercibidas. Estas personas marginadas se encuentran a menudo entre las más vulnerables; sin embargo, su propio anonimato en las zonas urbanas supone una dificultad para los trabajadores humanitarios y otros actores a fin de encontrarlas y ayudarlas. La solución es que el personal humanitario y otros gestores del riesgo de desastres establezcan una fuerte presencia en las comunidades urbanas mucho antes de que se produzcan los desastres. Esto generará **confianza** y permitirá identificar a las personas vulnerables ([PrepareCenter.org](#), sin fecha).



2021, Malasia. La Media Luna Roja de Malasia colaboró con el departamento de salud del estado de Pahang y con las comunidades locales para vacunar a personas inmigrantes en el distrito de Cameron Highlands. La cooperación entre el Ministerio de Salud y Protect Health Corporation Sdn Bhd (ProtectHealth) fue la primera de este tipo dirigida íntegramente por una organización humanitaria. La Media Luna Roja de Malasia vacunó con éxito a más de 7 000 migrantes de al menos diez grupos étnicos diferentes en Kuala Lumpur, Selangor y Sabah. © Nazir Safari

“

El control comunitario es una forma de salvar esta distancia. Los voluntarios locales reciben formación para detectar signos y síntomas de enfermedades que pueden convertirse en epidemias. Dado que trabajan en las comunidades de las que proceden, es más probable que se confíe en ellos que en personas ajenas a la comunidad.

”



Los agentes locales solo pueden lograr todo esto con una inversión sostenida en capacidad e infraestructura. Esto facilita que las unidades locales conserven miembros, recursos y conocimientos, y participen en mecanismos de coordinación local. En lugar de inyecciones de financiación a corto plazo durante las crisis, estos programas requieren un apoyo estable y a largo plazo, así como acceso a los gastos generales para fortalecer la capacidad institucional (véase el capítulo 3).

Algunos donantes están tratando de resolver este problema. Uno de ellos es la Dirección General de Ayuda Humanitaria y Protección Civil de la Comisión Europea (DG ECHO). La DG ECHO se ha asociado con la Federación Internacional en una nueva asociación piloto sobre programas (PPP), que ofrece financiación estratégica, flexible, a más largo plazo y predecible para las Sociedades Nacionales que realizan labor de preparación ([Federación Internacional, sin fecha c](#)). El plan ayudará a las comunidades a prepararse para epidemias y otros desastres. La puesta en marcha del fondo de intermediario financiero (FIF) para la prevención, preparación y respuesta ante pandemias, auspiciado por el Banco Mundial, también reconoce la necesidad de una financiación más coherente y flexible ([OMS, 2022a](#)). No obstante, su consejo de administración no ha decidido aún el volumen de financiación que se destinará a los agentes y programas locales. Una tercera iniciativa ambiciosa es Africa Frontline First, que se ha fijado el objetivo de desplegar doscientos mil (200 000) trabajadores sanitarios comunitarios en diez (10) países hasta 2030 ([Africa Frontline First, sin fecha](#)).

Por último, los agentes locales deben integrarse en sistemas sanitarios y gubernamentales más amplios. Además de financiación, deben recibir apoyo institucional a través de mecanismos de buen gobierno y coordinación. La función en calidad de auxiliares de los poderes públicos encomendada a las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja es un ejemplo de mecanismo mediante el cual los agentes locales pueden integrarse y colaborar estrechamente con el gobierno y el sistema sanitario. Se trata de “asociación específica y distintiva, que conlleva responsabilidades y beneficios mutuos, que se funda en el derecho nacional e internacional, y a cuyo tenor los poderes públicos nacionales y la Sociedad Nacional convienen en ámbitos en los cuales la Sociedad Nacional complementa los servicios humanitarios que prestan los poderes públicos o sustituye a estos en la prestación de dichos servicios” ([Federación Internacional, sin fecha d](#)). Durante la pandemia de COVID-19, los Estados podrían haber hecho un mayor uso de mecanismos como la función auxiliar, que les permiten recibir asistencia de agentes locales en situaciones de emergencia. También en este caso la preparación es esencial: estos mecanismos de coordinación serán más eficaces si se establecen con antelación a futuras emergencias.

RECUADRO 2.5 / ESTUDIO DE CASO

REDUCCIÓN DE DUDAS SOBRE LAS VACUNAS EN LA REPÚBLICA ÁRABE SIRIA

La Media Luna Roja Árabe Siria ha atendido las preocupaciones de la población acerca de las vacunas contra la COVID-19, a fin de entender los motivos por los que dudan en recibirla, y luego ayudarles a superar sus temores (Federación Internacional, sin fecha f).

En un caso, una comunidad hizo circular el rumor de que un juez había muerto tras recibir la vacuna contra la COVID-19. El juez había declarado previamente que se aplicaría la vacuna, pero falleció antes de recibirla. Tras su muerte, la comunidad rechazó la vacuna, asumiendo que era la razón principal de su fallecimiento.

La unidad de salud y primeros auxilios a nivel comunitario de la Media Luna Roja Árabe Siria instó a los familiares del juez a que ayudaran a disipar los rumores. En primer lugar, todos los familiares del juez recibieron la vacuna y abogaron por ella. En segundo lugar, la unidad de salud y primeros auxilios a nivel comunitario celebró reuniones de grupo e invitó a un familiar del juez a confirmar que la vacuna no era la causa de su muerte. Tras estas sesiones, aumentó la confianza de la población en la vacuna contra la COVID-19 y la mayoría de los miembros de la comunidad se apresuraron a vacunarse.

En otra ocasión, durante un debate en un grupo temático con cinco mujeres, una de ellas dijo que la vacuna contra la COVID-19 había causado parálisis a su hermana. Las demás mujeres la creyeron. Sin embargo, durante el debate, quedó claro que la hermana de la mujer tenía múltiples problemas de salud que contribuyeron a su enfermedad y parálisis. Tras conocer su historial médico y mantener conversaciones con la unidad de salud y primeros auxilios a nivel comunitario de la Media Luna Roja Árabe Siria, las mujeres recibieron la primera dosis de la vacuna.



2021, Siria. Durante 2021 y 2022, la Media Luna Roja Árabe Siria ha trabajado para aumentar las tasas de vacunación en diferentes zonas de Siria. Por ejemplo, los voluntarios realizan visitas domiciliarias de sensibilización sobre la vacuna en Hama y Sweida, imparten sesiones de formación para voluntarios en Deir ez-Zor y en muchos otros lugares, y organizan sesiones de sensibilización en Lattakia y en otras localidades. © Media Luna Roja Árabe Siria

2.3.2 Participación de las comunidades en todas las fases del ciclo de gestión de emergencias de salud pública

Las comunidades deben participar activamente en todas las fases de la gestión en materia de salud y de desastres. Con demasiada frecuencia, han sido tratadas como receptoras pasivas de asistencia, un enfoque que es condescendiente, además de ineficaz. Las formas de intervención más eficaces son aquellas que se establecen en colaboración, con pleno conocimiento de las necesidades, vulnerabilidades, creencias y capacidades de cada comunidad (Federación Internacional, 2021e). En un análisis realizado en 2022 sobre intervenciones ante la pandemia de COVID-19 en ciento setenta y siete (177) países, se concluyó que: “con miras a la próxima pandemia, los esfuerzos para mejorar la preparación y respuesta en caso de pandemia podrían beneficiarse de una mayor inversión en estrategias de comunicación de riesgo y participación comunitaria encaminadas al fomento de la confianza que las personas tienen en la orientación de salud pública” (COVID-19 National Preparedness Collaborators, 2022).

Sobre todo, la dirección local permite establecer una mejor comunicación y transmisión de información. Cuando las unidades sanitarias y de intervención en desastres colaboran estrechamente con las comunidades, tienen la oportunidad de recabar información esencial, por ejemplo sobre las personas más expuestas al riesgo, sus necesidades para afrontarlo, su nivel de conocimientos básicos sobre salud y las personas en quienes están dispuestas a confiar (véase el recuadro 2.6, ESTUDIO DE CASO: la pertinencia de consultar a la población sobre sus verdaderas necesidades). Esta información permite una preparación y una intervención más adecuadas. En particular, es imprescindible centrarse en las comunidades marginadas y vulnerables, que necesitan mayores esfuerzos de colaboración para satisfacer sus necesidades de información. Por lo tanto, la interacción con la comunidad y la rendición de cuentas están en el centro de la preparación (véase el capítulo 1 para más información sobre la preparación y el capítulo 5 para más información sobre los datos de comunicación con la comunidad).

La Federación Internacional ha identificado cinco principios rectores que sustentan los sistemas comunitarios centrados en las personas (Federación Internacional, sin fecha e). Se basan en la amplia experiencia de las intervenciones de salud pública, incluidas, entre otras, en el marco de la pandemia de COVID-19. La eficacia de los sistemas comunitarios de salud debe contar con las características que se describen a continuación:

- 1. Dirección a cargo de la comunidad.** Los programas de salud resultan más eficaces si los gestionan, dirigen y ejecutan las propias comunidades. Es más probable que las personas actúen en sus comunidades si pueden dirigir todos los aspectos, desde la evaluación de sus propias necesidades hasta la ejecución del programa y la evaluación de sus resultados ([OMS, 2021](#)). Por ejemplo, en la República Democrática del Congo, los voluntarios de la Cruz Roja colaboraron con las comunidades para elaborar mensajes de apoyo a la vacunación contra el sarampión. Organizaron talleres participativos, a los que asistieron asociados comunitarios en materia de salud, trabajadores sanitarios de la comunidad, dirigentes religiosos y tradicionales, así como autoridades administrativas y sanitarias locales. El objetivo consistió en la elaboración conjunta de soluciones a los brotes. Los voluntarios recopilaban rumores y opiniones, que se utilizaron para formular estrategias esenciales de colaboración. A continuación, las autoridades sanitarias adoptaron los mensajes fundamentales y fomentaron el compromiso de amplificarlos ampliamente ([Federación Internacional, 2022a](#)).
- 2. Fundamentación en datos.** Para mantener la confianza, se debe escuchar, intervenir y actuar en función de las opiniones de las comunidades. Es esencial comprender su percepción respecto de la enfermedad y de las intervenciones. Los agentes de intervención también deben determinar los principales factores que impulsan el comportamiento de la comunidad, así como sus preguntas, sugerencias y capacidades. Los datos sociales, incluidos los datos de opinión de la comunidad, son tan importantes como los datos epidemiológicos (para más información sobre la recopilación y el análisis de datos, véase el capítulo 5). Por ejemplo, la Federación Internacional llevó a cabo una investigación comunitaria sobre las experiencias de las personas acerca de la pandemia, incluida la aceptación de la vacuna, en América Latina y el Caribe. Los investigadores entrevistaron a 7 743 personas en nueve países. Por lo general, los niveles de aceptación de la vacuna fueron altos: solo dos de cada diez personas encuestadas la rechazaron, excepto en Jamaica, donde cinco de cada diez lo hicieron. Sin embargo, se registraron problemas de acceso. Las personas migrantes y las poblaciones indígenas dieron cuenta de mayores limitaciones debido a la distancia, los largos periodos de espera, los horarios de apertura inconvenientes y los servicios inadecuados ([Federación Internacional, 2022b](#)).
- 3. Rendición de cuentas.** Los sistemas de salud deben adoptar la rendición de cuentas, actuar con transparencia, y atender las opiniones, prioridades y necesidades de las personas y las comunidades. Las comunidades deben poder participar en los órganos de gobierno del sistema sanitario, la planificación de las intervenciones y los enfoques sanitarios, así como en la prestación y supervisión de los servicios. Esta amplia participación de la comunidad en el seguimiento y la evaluación favorece la sostenibilidad de los programas y un mejor uso de los recursos. Para lograrlo, los gobiernos deben invertir en fomentar las capacidades de las comunidades, por ejemplo sus conocimientos básicos sobre salud, entre otros, en materia de derechos sanitarios. Entre los ejemplos de prácticas idóneas cabe mencionar que se permitió a los pacientes con VIH evaluar la administración de sus tratamientos. El programa se desarrolló entre 2017 y 2019 en once países de las regiones occidental y central de África. Las personas encuestadas informaron que los resultados de sus pruebas de carga viral solían tardar muchas semanas en llegar. Sin embargo, a medida que avanzaba el proyecto y los comentarios eran tenidos en cuenta, este y otros indicadores mejoraron ([Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria \(el Fondo Mundial\), 2020](#)).

4. Coordinación y colaboración. La interacción con la comunidad debe integrarse en las estrategias, las políticas y los procedimientos. También debe armonizarse dentro de las intervenciones de salud pública, humanitarias y de desarrollo. Los esfuerzos de coordinación han de permitir la colaboración entre los agentes locales, el sector privado, los Estados, los asociados en la intervención y las propias comunidades. Por ejemplo, para ayudar a gestionar la pandemia de COVID-19, el Ministerio de Salud de Esuatini estableció un grupo de trabajo técnico sobre comunicación de riesgo y participación comunitaria. Como parte de la iniciativa, un grupo dinámico de escucha recoge preguntas, rumores y opiniones de múltiples fuentes, incluido Talkwalker, una herramienta de escucha social que supervisa lo que se comenta sobre la COVID-19 en las redes sociales. Esto crea una imagen en tiempo real de las creencias de la población y alerta al gobierno de los problemas; por ejemplo, muchas personas señalaron que los centros de vacunación se encontraban demasiado lejos para poder acceder ([Federación Internacional, 2022c](#)).

5. Inclusión y diversidad. Se debe priorizar el apoyo a los grupos más vulnerables, marginados o en riesgo. Los enfoques de participación comunitaria y rendición de cuentas deben ser accesibles, culturalmente apropiados, sensibles al género y accesibles de manera equitativa para las personas con discapacidad. Debería haber la mayor representación posible de grupos en el proceso local de adopción de decisiones. Por ejemplo, en el Reino Unido, la Cruz Roja Británica cuenta con una unidad de apoyo a personas refugiadas que trabaja en estrecha colaboración con quienes solicitan asilo. Muchas de estas personas se enfrentaban a barreras para acceder a los servicios sanitarios, por lo que la Cruz Roja Británica trabajó para solucionar este problema. Elaboró material informativo en veinte idiomas, en colaboración con personas que hubieran vivido experiencias en ese sentido para garantizar su pertinencia. También prestó apoyo a clínicas de vacunación improvisadas para personas ajenas al sistema sanitario, por ejemplo, mediante actividades de sensibilización previa y ayuda para reservar turnos ([Federación Internacional, 2022d](#)).

RECUADRO 2.6 / ESTUDIO DE CASO

LA PERTINENCIA DE CONSULTAR A LA POBLACIÓN SOBRE SUS VERDADERAS NECESIDADES

Cuando empezó el brote de COVID-19, la Cruz Roja de Camerún empezó a recoger las opiniones de la comunidad de inmediato. Tuvo por objetivo conocer la percepción de la población sobre el coronavirus, así como sus necesidades. La Sociedad Nacional recopiló información a través de diversos canales, desde una línea telefónica directa y sitios en las redes sociales hasta debates de grupos temáticos y voluntarios que difundían mensajes en las comunidades ([Cruz Roja de Camerún, 2021](#)).

La Cruz Roja de Camerún analizó la información en tiempo real para orientar su intervención ante la pandemia de COVID-19, centrada en cinco de las zonas más afectadas del país. Las opiniones ayudaron a elaborar mensajes convincentes y comprensibles, así como a identificar a las comunidades más vulnerables.

Sobre la base de las encuestas, la Cruz Roja de Camerún tradujo sus mensajes a más de veinte idiomas locales, para que la mayoría de la población afectada pudiera entenderlos. También se supo que algunas personas no creían en la existencia de la COVID-19, y elaboró mensajes para abordar esta cuestión.

Las encuestas también contribuyeron a identificar las comunidades que carecían de acceso a agua potable, un aspecto crucial habida cuenta de que lavarse las manos era una de las principales medidas de prevención aconsejadas, si bien muchas personas no podían hacerlo. Mediante un análisis geográfico de las respuestas a la encuesta, la Sociedad Nacional identificó las comunidades que necesitaban con urgencia nuevos puntos de agua y equipos de almacenamiento de agua, y se los proporcionó.

Por último, las encuestas revelaron que muchos percibían la COVID-19 como una enfermedad que solo afectaba a las personas mayores. Como consecuencia, existía el riesgo de que los jóvenes no adoptaran prácticas seguras, poniéndose en peligro a sí mismos y a sus comunidades. Como consecuencia, la Cruz Roja de Camerún trabajó con joven influyente para informar a los más jóvenes sobre los riesgos a los que se enfrentaban y sobre la utilización correcta de las mascarillas. La Sociedad Nacional también ayudó a producir programas de entrevistas en radios comunitarias, ya que análisis anteriores habían demostrado que gozaban de una sólida confianza.



PRINCIPALES RECOMENDACIONES

Integración de agentes locales reconocidos y formados en los sistemas sanitarios. Esto puede hacerse formalmente o mediante acuerdos de colaboración. Los agentes locales, incluidos los trabajadores sanitarios de la comunidad y los voluntarios, pueden desempeñar un papel esencial en la atención primaria de salud y el fortalecimiento de los sistemas sanitarios a nivel local. Pueden prestar determinados servicios esenciales, como la preparación y el control comunitarios, la vacunación sistemática y la delegación de tareas. Según su formación, algunos pueden prestar asistencia prehospitalaria. Los agentes locales también pueden servir de puente entre los sistemas sanitarios y las comunidades a las que prestan servicios. Ahora bien, para ello deben integrarse en los marcos de las políticas sanitarias. De conformidad con la legislación del país, existen diversas opciones para hacerlo. Los sistemas de salud deben actuar de manera coordinada con los agentes locales, y se debe prestar un apoyo sostenido (mediante formación, supervisión, financiación, coordinación y mecanismos jurídicos) a sus actividades.

Inclusión de los agentes locales en los planes nacionales de preparación ante emergencias sanitarias con miras a la adopción de medidas de prevención, acción temprana e intervención.

Los agentes locales reconocidos, ya sean remunerados o voluntarios, pueden ser considerados como el puente entre las autoridades nacionales y las comunidades. Cuando reciben la formación, la supervisión y el apoyo adecuados, pueden prestar una amplia gama de servicios que contribuyan a aliviar la sobrecarga de los sistemas de salud y a propiciar el acceso a medidas sanitarias adicionales para las personas de más difícil acceso, como se describe en este informe. Sin embargo, no pueden hacerlo sin apoyo y mecanismos jurídicos para llevar a cabo estas tareas. Estos pueden incluir, según proceda, la priorización en la distribución de equipos de protección personal y productos de intervención en caso de pandemia, exenciones (según proceda) de las restricciones a la circulación de bienes y personal, acceso a servicios de salud física y mental, acceso a datos e información, etc.

Colaboración con las comunidades en la concepción, la aplicación y el seguimiento de la ejecución de los planes de preparación para situaciones de emergencia sanitaria con miras a la adopción de medidas de prevención, acción temprana e intervención. El conocimiento y la adhesión de la comunidad son fundamentales para la capacidad de elaborar, aplicar y supervisar planes de preparación y de intervención en caso de emergencias sanitarias. Entre los ejemplos tangibles de cauces para lograrlo cabe citar: evaluaciones conjuntas de riesgos y vulnerabilidades, elaboración conjunta de medidas de preparación a nivel local y nacional, ejercicios conjuntos de preparación, seguimiento y evaluación, formación para programas de prevención, detección precoz e intervención, y revisión periódica de los procedimientos con vistas a nuevas amenazas o enseñanzas extraídas.

Fomento de diálogos bidireccionales sustanciales con las comunidades sobre sus necesidades y preocupaciones sanitarias.

Las intervenciones sanitarias más eficaces son aquellas que se elaboran en colaboración con las comunidades que las necesitan. Esto exige un diálogo periódico con todas las comunidades, sobre todo con las vulnerables o marginadas. Los profesionales deben determinar las necesidades y aspiraciones de esas comunidades, sus capacidades y creencias, así como sus vulnerabilidades. Además, es esencial recoger y analizar las opiniones de esas comunidades, tanto para establecer sistemas sanitarios más eficaces como para crear relaciones de confianza duraderas. Las asociaciones comunitarias necesitan una rendición de cuentas conjunta, por lo que deben estar orientadas por las pruebas. Ello contribuye a fomentar la confianza comunitaria, la responsabilidad civil y la solidaridad pública necesarias para la preparación ante emergencias sanitarias y desastres. Los datos sobre el comportamiento social y las perspectivas comunitarias deben impulsar el trabajo, y la acción centrada en la comunidad debe convertirse en la norma.

BIBLIOGRAFÍA

Africa Frontline First (no date) <https://www.africafrontlinefirst.org/>

Australian Red Cross (2020) *Local response in a global pandemic: a case study of the Red Cross response to Tropical Cyclone Harold during COVID-19 in Vanuatu and Fiji*. <https://www.alnap.org/system/files/content/resource/files/main/ARC-TC-Harold-Full-report-Electronic-171220.pdf>

Ballard M et al (2020) Prioritising the role of community health workers in the COVID-19 response. *BMJ Global Health*, 5, e002550. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002550>

Bavel JJV et al (2020) Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour*, 4, pp. 460–71. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z>

Bhaumik S et al (2020) Community health workers for pandemic response: a rapid evidence synthesis. *BMJ Global Health*, 5, e002769. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002769>

Burki T (2020) Global shortage of personal protective equipment. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(7), 785–6. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30501-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30501-6)

Cameroon Red Cross (2021) *All Against COVID-19: A case study*. <https://communityengagementhub.org/resource/cameroon-red-cross-all-against-covid-19-a-case-study/>

Corbin JH et al (2021) A health promotion approach to emergency management: effective community engagement strategies from five cases. *Health Promotion International*, 36(Supplement_1), i24–i38. <https://doi.org/10.1093/heapro/daab152>

COVID-19 National Preparedness Collaborators (2022) Pandemic preparedness and COVID-19: an exploratory analysis of infection and fatality rates, and contextual factors associated with preparedness in 177 countries, from Jan 1, 2020, to Sept 30, 2021. *The Lancet*, 399(10334), 1489–512. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00172-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00172-6)

Edelman (2022) *2022 Edelman Trust Barometer: The cycle of distrust*. Daniel J. Edelman Holdings, Inc. <https://www.edelman.com/trust/2022-trust-barometer>

Erlach E et al (2021) Using Community Feedback to Guide the COVID-19 Response in Sub-Saharan Africa: Red Cross and Red Crescent Approach and Lessons Learned from Ebola. *Health Security*, 19(1), pp. 13–20. <http://doi.org/10.1089/hs.2020.0195>

Garcini LM et al (2022) Dealing with distress from the COVID-19 pandemic: Mental health stressors and coping strategies in vulnerable latinx communities. *Health and Social Care in the Community*, 30(1) 284–94. <https://doi.org/10.1111/hsc.13402>

German Red Cross (2021) *Responding to COVID-19 In Urban Environments: Learning from Local Responders to Guide Future Epidemic & Pandemic Responses in Urban Areas*. <https://preparecenter.org/resource/responding-to-covid-19-in-urban-environments/>

Global Fund (2020) *Community-Based Monitoring: An overview*. https://www.theglobalfund.org/media/9622/core_css_overview_en.pdf

Grand Bargain (no date) <https://interagencystandingcommittee.org/grand-bargain>

Holroyd E et al (2022) Community healthcare workers' experiences during and after COVID-19 lockdown: A qualitative study from Aotearoa New Zealand. *Health & Social Care in the Community*, 30, e2761–e2771. <https://doi.org/10.1111/hsc.13720>

IASC (Inter-Agency Standing Committee) (2018) *Definitions Paper: IASC Humanitarian Financing Task Team, Localisation Marker Working Group*. https://interagencystandingcommittee.org/system/files/hfft_localisation_marker_definitions_paper_24_january_2018.pdf

IFRC (2019) *From words to action: Towards a community-centred approach to preparedness and response in health emergencies*. <https://www.gpmb.org/annual-reports/overview/item/from-words-to-action-towards-a-community-centred-approach-to-preparedness-and-response-in-health-emergencies>

IFRC (2020a) *COVID-19: Red Cross Red Crescent steps up European response, urges Governments to strengthen testing, tracing and isolation measures*. <https://www.ifrc.org/press-release/covid-19-red-cross-red-crescent-steps-european-response-urges-governments-strengthen>

IFRC (2020b) *Care in Communities: Guidelines for National Red Cross Red Crescent Societies. A community health systems approach 2020*. <https://www.ifrc.org/document/care-communities-guidelines>

IFRC (2021a) *Africa CDC and IFRC ramp up COVID-19 response in Africa*. <https://www.ifrc.org/press-release/africa-cdc-and-ifrc-ramp-covid-19-response-africa>

IFRC (2021b) *COVID-19: IFRC calls for urgent action to tackle vaccine hesitancy in Europe amid increase in violent incidents*. <https://www.ifrc.org/press-release/covid-19-ifrc-calls-urgent-action-tackle-vaccine-hesitancy-europe-amid-increase>

IFRC (2021c) *COVID-19: Scaling up testing and strengthening national health systems with EU support*. <https://www.ifrc.org/article/covid-19-scaling-testing-and-strengthening-national-health-systems-eu-support>

IFRC (2021d) *Case Study: Community-based surveillance in Indonesia (Bahasa)*. <https://www.ifrc.org/document/case-study-community-based-surveillance-indonesia-bahasa>

IFRC (2021e) *Guide to Community Engagement and Accountability*. <https://www.ifrc.org/document/cea-guide>

IFRC (2022a) *Breaking the silos in community-driven epidemic preparedness and response*. https://communityengagementhub.org/wp-content/uploads/sites/2/2022/03/IFRC_SBCCPoster.pdf

IFRC (2022b) *COVID-19 in the Americas: Listening to the most vulnerable*. <https://ifrcgo.org/ifrc-americas-covid-datatory/>

IFRC (2022c) *National-level risk communication and community engagement coordination*. <https://communityengagementhub.org/resource/national-level-risk-communication-and-community-engagement-coordination/>

IFRC (2022d) *Refugees, asylum seekers and COVID-19: Greece, United Kingdom and Netherlands*. <https://communityengagementhub.org/resource/refugees-asylum-seekers-and-covid-19-greece-united-kingdom-and-netherlands/>

IFRC (no date a) *Epidemic and Pandemic Preparedness*. <https://www.ifrc.org/epidemic-and-pandemic-preparedness>

IFRC (no date b) *Identified categories for tracking funding flows*. https://gblocalisation.ifrc.org/wp-content/uploads/2018/06/categories_for_tracking_direct_as_possible_funding_to_local_and_national_actors_003.pdf

IFRC (no date c) *Programmatic Partnership*. <https://www.ifrc.org/pilot-programmatic-partnership>

IFRC (no date d) *The auxiliary role*. <https://www.ifrc.org/who-we-are/international-red-cross-and-red-crescent-movement/national-societies/auxiliary-role>

IFRC (no date e) *A People-Centred Approach: Accelerating the engagement and leadership of communities to achieve health outcomes in the African continent*. Available on request.

IFRC (no date f) *Community Voices: COVID-19 immunization amid a complex humanitarian crisis in Syria*. Available on request.

IFRC on Medium (2021) *Tackling COVID-19 vaccine hesitancy*. <https://ifrc.medium.com/tackling-covid-19-vaccine-hesitancy-3ab32fdf312e>

IFRC Psychosocial Centre (2020) *Annual Report 2020*. <https://pscentre.org/?resource=annual-report-2020&selected=single-resource>

IPPPR (The Independent Panel for Pandemic Preparedness & Response) (2021a) *Centering communities in pandemic preparedness and response: Background paper 10*. <https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/Background-paper-10-community-involvement.pdf>

IPPPR (The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response) (2021b) *COVID-19: Make it the Last Pandemic*. <https://theindependentpanel.org/mainreport/#download-main-report>

IRC (International Rescue Committee) (2021) *Why Not Local? Gender-based Violence, Women's Rights Organisations, and the Missed Opportunity of COVID-19*. <https://www.rescue.org/report/why-not-local-gender-based-violence-womens-rights-organisations-and-missed-opportunity-covid>

Johnston A (2022) *Analysis of learning from IFRC COVID-19 response. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies*. Available upon request.

King's College London (2020) *The ten most dangerous coronavirus myths debunked*. <https://www.kcl.ac.uk/blog-the-ten-most-dangerous-coronavirus-myths-debunked-1>

Loewenson R et al (2021) Beyond command and control: A rapid review of meaningful community-engaged responses to COVID-19. *Global Public Health*, 16(8-9), pp. 1439–53. <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1900316>

Lotta G et al (2022) The impact of the COVID-19 pandemic in the frontline health workforce: Perceptions of vulnerability of Brazil's community health workers. *Health Policy OPEN*, 3, 100065. <https://doi.org/10.1016/j.hlopen.2021.100065>

McKay G et al (2022) 'The response is like a big ship': community feedback as a case study of evidence uptake and use in the 2018–2020 Ebola epidemic in the Democratic Republic of the Congo. *BMJ Global Health*, 7, e005971. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005971>

Natoli L et al (2020) Community engagement to advance the GHSA: It's about time. *Health Security*, 18(4), pp. 335–7. <https://doi.org/10.1089/hs.2019.0099>

Núñez A et al (2021) Access to Healthcare during COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 2980. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062980>

OECD (2020) *Realising the Potential of Primary Health Care*. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/realising-the-potential-of-primary-health-care_a92adee4-en

Okan O et al (2022) Health literacy as a social vaccine in the COVID-19 pandemic. *Health Promotion International*, daab197. <https://doi.org/10.1093/heapro/daab197>

Paksoy M (2020) *Turkish Red Crescent delivered the first 30,000 food parcels to those in need [in Turkish]*. Anadolu Agency. <https://www.aa.com.tr/tr/koronavirus/turk-kizilay-ilk-30-bin-gida-kolisini-ihiyac-sahiplerine-ulastirdi/1787533>

PrepareCenter.org (no date) *Red Cross Red Crescent Urban Collaboration Platform*. <https://preparecenter.org/initiative/red-cross-red-crescent-urban-collaboration-platform/>

RCCE (Risk Communication and Community Engagement Collective Service) (no date) *The Collective Service*. <https://www.rcce-collective.net/the-collective-service/>

Resolve to Save Lives (2022) *Epidemics That Didn't Happen*. <https://preventepidemics.org/epidemics-that-didnt-happen>

Royston G et al (2020) Universal access to essential health information: accelerating progress towards universal health coverage and other SDG health targets. *BMJ Global Health*, 5, e002475. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002475>

Sachs JD et al (2022) The *Lancet* Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic. *The Lancet Commissions*, 400(10359), pp. 1224–80. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01585-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01585-9)

Salisbury H (2021) Helen Salisbury: Trust me, I'm the family doctor. *BMJ*, 372, n293. <https://doi.org/10.1136/bmj.n293>

Sørensen K et al (2012) Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

TRC (Turkish Red Crescent) (2020) *Red Crescent Meal for Citizens in Quarantine*. <https://www.kizilay.org.tr/Haber/KurumsalHaberDetay/5036>

UN OHRLLS (UN Office of the High Representative for the Least Developed Countries, Landlocked Developing Countries and Small Island Developing States) (No date) *World's Most Vulnerable Countries Lack the Capacity to Respond to a Global Pandemic*. <https://www.un.org/ohrls/news/world%E2%80%99s-most-vulnerable-countries-lack-capacity-respond-global-pandemic-credit-mfdelyas-almazir>

WHO (World Health Organization) (2020) *Shortage of personal protective equipment endangering health workers worldwide*. <https://www.who.int/news/item/03-03-2020-shortage-of-personal-protective-equipment-endangering-health-workers-worldwide>

WHO (World Health Organization) (2021) *10 steps to community readiness: What countries should do to prepare communities for a COVID-19 vaccine, treatment or new test*. https://www.who.int/publications/i/item/who-2019-nCoV-Community_Readiness-2021.1

WHO (World Health Organization) (2022a) *New fund for pandemic prevention, preparedness and response formally established*. <https://www.who.int/news/item/09-09-2022-new-fund-for-pandemic-prevention--preparedness-and-response-formally-established>

WHO (World Health Organization) (2022b) *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030: Reporting at Seventy-fifth World Health Assembly*. <https://www.who.int/news/item/02-06-2022-global-strategy-on-human-resources-for-health--workforce-2030>

WHO (World Health Organization) (2022c) *Tracking Universal Health Coverage: 2021 Global monitoring report*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040618>

WHO (World Health Organization) (no date) *WHO called to return to the Declaration of Alma-Ata*. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>

WHO (World Health Organization) & UNICEF (United Nations Children's Fund) (2021) *The role of community health workers in COVID-19 vaccination: implementation support guide, 26 April 2021*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340986>

WHO SAGEI (WHO Strategic Advisory Group of Experts on Immunization) (2022) Understanding the behavioural and social drivers of vaccine uptake WHO position paper – May 2022. *Weekly Epidemiological Record*, 97, 20. <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9720-209-224>

2021, Colombia. Ante las necesidades humanitarias de los migrantes transcontinentales, la Cruz Roja Colombiana realizó actividades con enfoque de intervención inicial e inmediata para el municipio de Necoclí, Antioquía. La Sociedad Nacional se encuentra en coordinación permanente con las entidades territoriales, y a su vez realiza seguimiento de situación desde el inicio de la ruta migratoria. La Cruz Roja Colombiana, con los asociados del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja así como con el apoyo de la Cruz Roja Alemana y la DG ECHO, interviene de manera oportuna y eficaz ante las necesidades de las personas migrantes en todo el territorio nacional. © DG ECHO, Cruz Roja Alemana

SOLIDARIDAD MUNDIAL





**Fomento de
un mayor acceso
a los productos
y servicios para
afrontar pandemias**

Índice

Introducción	107
3.1 Constatación – Éxitos y fracasos de la solidaridad mundial	108
3.2 Enseñanzas extraídas – Los sistemas mundiales a menudo reducen la solidaridad	112
3.3 Medidas necesarias – Fomento de la solidaridad mundial a nivel institucional	121
Principales recomendaciones	129

INTRODUCCIÓN

La pandemia de COVID-19 es una emergencia mundial que exige solidaridad mundial. En algunos ámbitos, como la investigación científica del coronavirus, esta cooperación internacional fue inmediata y dio lugar a avances sin precedentes. No obstante, numerosas facetas de la intervención ante la pandemia se vieron obstaculizadas por la falta de solidaridad. Entre ellas, cabe citar el intercambio y la distribución de equipos de protección personal, vacunas, medios de diagnóstico, oxígeno y otras formas de tratamiento para los casos graves. Un ejemplo de ello fue la desigualdad en la distribución de vacunas: algunos países administraron dosis de refuerzo a sus ciudadanos en 2021, mientras que los habitantes de otras naciones no recibieron sus primeras dosis hasta 2022, tras miles de muertes evitables y la destrucción innecesaria de millones de dosis vencidas que no se habían utilizado. **Es de vital importancia que la comunidad internacional emprenda reformas en sus procesos para dar lugar a intervenciones mucho más equitativas ante crisis futuras.** Las reformas son necesarias tanto en lo que respecta al suministro – para que todos los países reciban rápidamente los insumos adecuados– como en los sistemas para que las vacunas y otros productos esenciales lleguen de forma equitativa a las personas que los necesitan. Por otra parte, la financiación de la asistencia humanitaria debe ser objeto de importantes reformas, en particular para aumentar la flexibilidad, reducir la asignación específica de fondos y mejorar el apoyo a las intervenciones locales.

Definiciones

Productos de la intervención motivada por la pandemia: productos tangibles como equipos de protección personal (EPP), vacunas, medios de diagnóstico, oxígeno y otras formas de tratamiento para los casos graves. El acceso a estos productos depende, en parte, de su suministro y distribución a nivel mundial, así como también de la solidez de los servicios nacionales de salud y de la información, en particular en el ámbito comunitario.

3.1 CONSTATACIÓN ÉXITOS Y FRACASOS DE LA SOLIDARIDAD MUNDIAL

La COVID-19 provocó una crisis de envergadura realmente mundial: todas las naciones y todos los territorios se han visto afectados. Una emergencia tan imprevista exigió medidas excepcionales y, en particular, exigió niveles excepcionales de solidaridad. Lo ideal habría sido que los mecanismos de solidaridad se hubieran establecido antes de la pandemia.

Hubo algunas iniciativas positivas que demostraron una notable colaboración (véase el recuadro 3.1, ESTUDIO DE CASO: vacuna solidaria de la Cruz Roja China). Uno de tales casos fue la investigación sobre el virus SARS-CoV-2 y la enfermedad que causa o, al menos, sobre la forma básica en que se presenta y sus síntomas. En el transcurso de la pandemia, la investigación ha sido un logro de la colaboración internacional, en la que la información se intercambiaba libremente entre países a una escala sin precedentes. En un metaanálisis publicado en agosto de 2022, se identificaron 346 267 estudios que contaron con la participación de investigadores de ciento ochenta y nueve (189) países. Estas cifras se describen como el resultado de una “abrumadora reacción científica mundial” (Cao y Hou, 2022). El genoma del virus del SRAS-CoV-2 fue secuenciado por primera vez por investigadores chinos y publicado en línea el 10 de enero de 2020 (Zhang et al, 2020). Apenas catorce días después se publicó una descripción detallada del virus en una revista científica (Zhu et al, 2020). A medida que el virus se propagaba por el mundo, decenas de instituciones intercambiaron datos genéticos y de otra índole. Este flujo de datos a disposición del público ayudó a impulsar la elaboración rápida de vacunas y de otros tratamientos.

Además de este esfuerzo científico, se puso en marcha una iniciativa internacional para lograr un acceso **equitativo** a las tecnologías sanitarias relativas a la COVID-19. Los países del Grupo de los 20 (G-20) puso en marcha en abril de 2020 el Acelerador del acceso a las herramientas contra la COVID-19 (Acelerador ACT). Su finalidad declarada consistía en “velar por que todas las personas tengan acceso a todas las herramientas para derrotar la COVID-19” (OMS, 2020). Para ello, el Acelerador ACT reunió a gobiernos, científicos, empresas, sociedad civil, filántropos y organizaciones sanitarias a nivel mundial (OMS, sin fecha c). Consta de cuatro pilares de trabajo: medios de diagnóstico, tratamientos, vacunas y conexión de los sistemas de salud (OMS, Acelerador ACT, 2020).

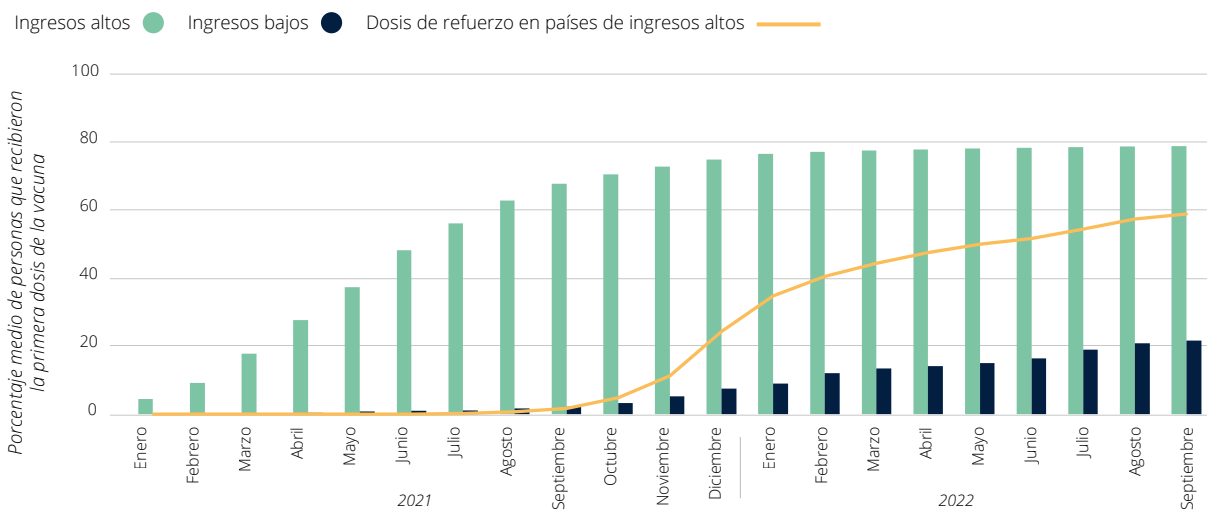
El Acelerador ACT ha tenido éxitos sustanciales y fracasos notables. A fines de marzo de 2022, había entregado más de 167,8 millones de pruebas, concedido 184 millones de dólares estadounidenses a países para terapias y otros equipos hospitalarios, y entregado 463 millones de dólares estadounidenses en equipos de protección personal (EPP) (OMS, Acelerador ACT, 2022). Según un informe independiente publicado en octubre de 2021, pese a problemas significativos, el Acelerador ACT había “desempeñado un papel complementario e importante en la aceleración del desarrollo y la entrega de herramientas críticas y ha atendido las necesidades de los países” (OMS, Acelerador ACT, 2021). Más recientemente, en octubre de 2022, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó una evaluación externa del Acelerador ACT (OMS y Open Consultants, 2022). En ella se constató que el Acelerador ACT favoreció “un nivel sin precedentes de coordinación y colaboración entre los organismos sanitarios mundiales”, lo que aceleró las intervenciones ante la pandemia. Sin embargo, también

se concluyó que el modelo de coordinación del Acelerador ACT no debería reproducirse en una futura pandemia habida cuenta de que es demasiado “informal”. La transparencia y la rendición de cuentas resultaron insuficientes, y los gobiernos de los países de bajos ingresos no estuvieron debidamente representados. Por último, el Acelerador ACT nunca contó con fondos suficientes, pese a haber recaudado veintitrés mil quinientos (23 500) millones de dólares, y tuvo dificultades para asignarlos con rapidez. Cabe aducir que estos problemas son el resultado inevitable de que los mecanismos del Acelerador ACT hayan sido establecidos durante la pandemia y no con antelación.

Ya antes de la pandemia había iniciativas encaminadas a facilitar el acceso a las vacunas. En particular, la coalición para las innovaciones en la preparación ante las epidemias (CEPI) fue fundada en 2017 por un consorcio de entidades de beneficencia y gobiernos. Su objetivo consistía en el establecimiento de un fondo mundial para el desarrollo de vacunas con el fin de acelerar este proceso. Esta coalición se centró inicialmente en seis enfermedades, entre ellas el ébola y el zika. Sin embargo, en enero de 2020 inició también la financiación destinada al desarrollo urgente de vacunas contra la COVID-19 (CEPI, 2020). La coalición ha recibido algunas críticas por la falta de transparencia de sus acuerdos con los responsables del desarrollo de vacunas (Usher, 2021). No obstante, su programa contribuyó a que las vacunas se desarrollaran, probaran y aprobaran rápidamente, lo que permitió salvar millones de vidas en algunos países (CEPI, 2022).

Aquí se presentan algunos de estos casos exitosos. Sin embargo, la pandemia también ha puesto de manifiesto enormes deficiencias en el ámbito de la solidaridad mundial. **El desarrollo de vacunas fue un logro rotundo de la cooperación internacional, pero la producción rápida y efectiva de estas, su distribución equitativa y su distribución a las comunidades que las necesitaban han sido totalmente deficientes.** Según datos suministrados por la OMS el 7 de noviembre de 2022, solo el sesenta y ocho por ciento (68 %) de la población mundial había recibido una dosis de la vacuna contra la COVID-19 hasta la fecha (OMS, sin fecha d). El objetivo original de la OMS, revisado desde entonces (Departamento de Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos de la OMS, 2021b), consistía en que el setenta por ciento (70 %) de la población tuvieran el esquema completo de vacunación, es decir, con al menos dos dosis, hasta mediados de 2022 (Departamento de Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos de la OMS, 2021a).

Figura 3.1: las personas de los países de bajos ingresos recibieron las vacunas meses después que las de los países de ingresos altos.



Fuente: UNICEF, Banco Mundial.

Resulta alarmante que, a fecha de 2 de noviembre de 2022, tan solo el veintiséis (26 %) de las personas que viven en países de bajos ingresos hayan sido vacunadas con una única dosis ([Data Futures Platform, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo \(PNUD\) sin fecha](#)). Un informe del recurso de análisis de datos Pandem-ic publicado en octubre de 2022 pone de relieve las desigualdades a nivel internacional ([Schellekens, 2022](#)). En él se indica que, en términos absolutos, las personas no vacunadas se encuentran sobre todo en África, el sur de Asia y el sudeste asiático, en países de ingresos bajos y medios. Del mismo modo, en junio de 2022, había cerca de mil millones de personas en Asia y el Pacífico que no habían recibido ni una sola dosis de la vacuna contra la COVID-19 ([Federación Internacional, 2022a](#)). Las tasas de vacunación también son muy bajas en África, donde un veinticuatro por ciento (24 %) de la población está totalmente vacunada y otro seis por ciento (6 %) ha recibido una dosis ([Mathieu et al, sin fecha](#)). Por ejemplo, a fecha de 2 de noviembre de 2022, apenas el 5,8 % de la población de la República Democrática del Congo había recibido al menos una dosis y el 3,8 % estaba totalmente vacunada ([COVID-19 Vaccine Tracker, sin fecha](#)).

Si nos planteamos las razones de esta enorme injusticia, la respuesta es compleja. No obstante, un factor determinante consiste en la falta de solidaridad: una combinación de intereses económicos propios, falta de coraje político y la incapacidad de considerar con la suficiente seriedad las repercusiones de la pandemia. Otro factor determinante es la falta de preparación. Numerosos mecanismos mencionados fueron establecidos poco tiempo antes de la pandemia, o cuando ya estaba avanzada. No hubo tiempo para que sus responsables anticiparan o abordaran los procesos sumamente complejos de elaboración, producción, distribución y administración de productos destinados a hacer frente a la pandemia, como vacunas, terapias y diagnósticos. En la sección 3.2 se examina con más detalle lo ocurrido.



RECUADRO 3.1 / ESTUDIO DE CASO

VACUNA SOLIDARIA DE LA CRUZ ROJA CHINA

La invención de las primeras vacunas contra la COVID-19 en 2020 supuso una esperanza para el mundo. Sin embargo, fueron muchos los países que no pudieron suministrar vacunas a toda su población. Ante esta situación, los miembros del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja se prestaron apoyo mutuo para suministrar vacunas a quienes las necesitaban.

La Cruz Roja China trabajó intensamente para suministrar vacunas a otras Sociedades Nacionales y países. Algunas fueron donadas por esta Sociedad Nacional; otras procedían de donantes pero fueron entregadas por esta. En total, la Cruz Roja China ha suministrado 2,1 millones de dosis de la vacuna contra la COVID-19 a otras naciones.

Cuadro 3.1: donaciones de dosis de vacunas contra la COVID-19 por parte de la Cruz Roja China a otros países, 2021-2022.

Fecha	Número de dosis de vacuna	País receptor
Junio de 2021	100 000	Etiopía (Xinhua, 2021a)
Julio de 2021	150 000	República Árabe Siria (Xinhua, 2021b)
Julio de 2021	50 000	Líbano (Cruz Roja China, 2021a)
Agosto de 2021	100 000	Camboya (Xinhua, 2021c)
Agosto de 2021	100 000	Tailandia (Cruz Roja Tailandesa, 2021)
Septiembre de 2021	200 000	Indonesia (Embajada de la República Popular China en la República de Indonesia, 2021)
Septiembre de 2021	100 000	Nepal (Cruz Roja China, 2021b)
Septiembre de 2021	100 000	Georgia (Cruz Roja China, 2021c)
Octubre de 2021	200 000	Bangladesh (Cruz Roja China, 2021d)
Noviembre de 2021	200 000	Pakistán (Xiaoyu, 2021)
Noviembre de 2021	100 000	Laos (Cruz Roja China, 2021e)
Diciembre de 2021	200 000	Myanmar (Cruz Roja China, 2021f)
Octubre de 2022	500 000	Nicaragua (Cruz Roja China, 2022)

3.2 ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS LOS SISTEMAS MUNDIALES A MENUDO REDUCEN LA SOLIDARIDAD

Las instituciones mundiales no estaban preparadas para la pandemia de COVID-19, pese a las múltiples iniciativas encaminadas a la preparación ante epidemias y pandemias, y pese a las enseñanzas adquiridas de múltiples brotes anteriores en las últimas décadas, como la gripe H1N1 y el zika. Numerosas vulnerabilidades conocidas no fueron abordadas ([Grupo Independiente de Preparación y Respuesta frente a las Pandemias \(IPPPR\), 2021](#)). Antes de la pandemia, era necesario adoptar decisiones políticas difíciles, pero no se hizo (Sachs et al, 2022). Como consecuencia, los sistemas que deberían haberse coordinado en todo el mundo estaban desarticulados y produjeron resultados caóticos.

3.2.1 Razones de la falta de distribución equitativa de los productos destinados a la intervención en caso de pandemia

En los países ricos se concentraron numerosos productos fundamentales para hacer frente a la pandemia, como medicamentos y vacunas. Por ejemplo, el fármaco remdesivir, que durante varios meses fue el único autorizado para tratar la COVID-19, fue comprado en grandes cantidades por las naciones prósperas ([Cheng y Marchione, 2020](#)). Este hecho no debería causar sorpresa: el acceso desigual a las vacunas es un problema de larga data ([Hinman y McKinlay, 2015](#)). De modo análogo, un informe publicado por la OMS antes de la pandemia destacaba que casi dos mil (2 000) millones de personas no tenían acceso a medicamentos básicos ([OMS, 2017](#)).

Al principio de la pandemia, meses antes de que se demostrara la eficacia de las vacunas contra la COVID-19, se pusieron en marcha iniciativas para lograr una distribución mundial equitativa ([OMS, sin fecha b](#)) que, lamentablemente, solo han obtenido resultados parciales.

Un proyecto crucial para la equidad de las vacunas es el mecanismo COVAX (COVID-19 Vaccines Global Access) ([OMS, sin fecha a](#)), establecido como parte del Acelerador ACT a principios de 2020; la coalición para las innovaciones en la preparación ante las epidemias (CEPI), la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) son los principales asociados. Otra entidad responsable del mecanismo COVAX es la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI), una asociación público-privada centrada en el acceso a las vacunas en los países pobres ([GAVI, sin fecha a](#)). A través de COVAX se dispuso la compra de dosis de vacunas y su distribución a países que, de otro modo, tendrían dificultades para costearlas.

Había también una faceta adicional: los programas nacionales de vacunación a menudo no consiguen llegar a la población en situaciones de crisis humanitaria, por lo que COVAX incluyó un mecanismo de “contención humanitaria” que puede garantizar hasta el cinco por ciento (5 %) de sus dosis de vacunas para “poblaciones que son motivo de preocupación” ([GAVI, 2021a](#)).

El mecanismo COVAX comenzó a distribuir vacunas en febrero de 2021 ([BBC News, 2021](#)). En agosto de 2022, había entregado mil seiscientos treinta (1 630) millones de dosis a ciento cuarenta y seis (146) países. Si bien se trata de una cifra significativa, oculta múltiples dificultades, tanto respecto de la puntualidad de las entregas a los países como de la distribución de las vacunas para su aplicación a las personas una vez recibidas las dosis.

Las dificultades concretas han cambiado con el tiempo. En 2021, la obtención de dosis suficientes de vacunas puso en aprietos al mecanismo COVAX. Esto se debió en parte a que los gobiernos empezaron a entablar relaciones con los fabricantes para conseguir vacunas incluso antes de su creación. Asimismo, en numerosos países no se permitía la entrada o salida de vuelos. Sin embargo, en 2022 el suministro dejó de ser un problema. Más bien, el método de suministro, el calendario de entrega y la capacidad de vacunación en el país fueron cuestiones por resolver. Por ejemplo, hubo grandes dificultades para afrontar la logística en el país, la distribución de vacunas en las comunidades, la gestión de la cadena de frío y los mensajes específicos del país a fin de fomentar la aceptación de la vacuna y reducir las dudas al respecto. Si estos problemas no se resuelven, obstaculizarán las iniciativas futuras de distribución de vacunas. Por otra parte, la “contención humanitaria” –el mecanismo que se dirigía a las poblaciones vulnerables y marginadas a las que los gobiernos no tenían la capacidad de vacunar rápidamente sin asistencia– también tuvo dificultades. En septiembre de 2021, no se había distribuido ni una sola dosis ([Bentley y Zerie, 2021](#)). Aun cuando las vacunas empezaron a distribuirse, los trabajadores humanitarios señalaron que el sistema de contención era “opaco” y “difícil de gestionar”, lo que provocaba “largas disputas contractuales” y retrasos durante meses ([MSF, 2022a](#)).

En 2022, la situación parecía muy diferente ([Paton, 2022](#)). Desde diciembre de 2021, se han enviado vacunas en cantidades considerables a países de ingresos bajos y medios ([GAVI, sin fecha b](#)). En febrero de 2022, la oferta había superado a la demanda por primera vez ([Guarascio y Rigby, 2022](#)). Los fabricantes tuvieron dificultades para vender sus vacunas y COVAX para distribuir las dosis compradas ([Braithwaite, 2022](#)). Algunos países decidieron rechazar ciertos envíos, sobre todo si las vacunas tenían una vida útil corta que requería la puesta en marcha de rápidas campañas de vacunación masiva y dificultaba la distribución ([Dunleavy, 2022](#)). Los sistemas sanitarios, desbordados y con dificultades para recibir envíos de tamaño normal, tenían (y aún tienen) dificultades para hacer frente a las enormes cantidades de vacunas que les eran enviadas. Habría sido mejor que utilizaran envíos escalonados suministrados a lo largo de muchos meses.

La triste ironía de esta situación es que probablemente las dosis llegaron demasiado tarde. Cuando los países las recibieron, gran parte de la población ya había contraído COVID-19, y en numerosos países existía la percepción popular, aunque incorrecta, de que la pandemia había terminado. En consecuencia, el aumento de los envíos coincidió con una disminución del riesgo percibido por la población respecto de la COVID-19. Asimismo, la demora en la entrega fue en sí un factor disuasorio; por ejemplo, algunas personas habían perdido el interés (“fatiga pandémica”) o desconfiaban de las vacunas que se recibían con retraso. Esto redujo la demanda de vacunas, dado que si las dosis hubieran llegado en 2021 es probable que la demanda habría sido mayor ([OMS, 2022a](#)).

La Federación Internacional intentó mitigar algunos de estos problemas tratando de cooperar con la contención humanitaria del COVAX y abasteciéndose directamente de vacunas. Sin embargo, ambos intentos resultaron en gran medida infructuosos.

No obstante, el suministro de vacunas dista mucho de ser el único problema. Por un lado, es necesario conseguir que las vacunas lleguen a un país. Luego, también es necesario transportarlas internamente a las comunidades que las necesitan, organizar campañas de vacunación y convencer a la población de las ventajas de las vacunas, a veces a pesar de las reticencias. Solo si todo este sistema logístico funciona, las dosis llegarán a la población (Recuadro 3.2, ESTUDIO DE CASO: distribución de vacunas contra la COVID-19 en Irán). Lamentablemente, ha habido una falta de financiación de los costos operativos para apoyar esta ejecución sobre el terreno ([Grupo independiente de asignación de vacunas \(IAVG\), 2021](#)). Hubo muy escasos fondos de COVAX disponibles de forma flexible para organizaciones como las ONG que intentaban suministrar vacunas dentro del país ([OMS, 2022b](#)).

La distribución de vacunas siempre ha supuesto un reto, sobre todo en países con sistemas sanitarios frágiles. Resulta difícil mantener una cadena de frío para conservar las vacunas, acceder a las comunidades más remotas y encontrar suficiente personal capacitado para administrarlas. También existe un reto considerable en materia de interacción con la comunidad y rendición de cuentas para vencer las reticencias ante las vacunas. Lamentablemente, la falta casi total de apoyo a la logística nacional ha dado lugar a que, en numerosos países, prácticamente no haya sido posible ni siquiera intentar superar estos retos. El informe *Mapping COVID-19 Access Gaps* sobre las deficiencias de acceso a la vacuna contra la COVID-19, publicado en agosto de 2022, analizó catorce (14) países y territorios con bajas tasas de vacunación y halló múltiples razones que explican la escasa aceptación de la vacuna. Algunos ejemplos incluyen (entre otros): “la proximidad a los centros de vacunación y la desconfianza en el gobierno (República Democrática del Congo y Haití), la inseguridad y la violencia (Haití, Nigeria), los continuos problemas con la previsibilidad del suministro, la insuficiente disponibilidad de personal para atender a las poblaciones nómadas (Somalia) y la desconfianza debida a preocupaciones legítimas derivadas de la memoria histórica de la experimentación en cuerpos de raza negra por parte de los colonizadores blancos” ([Coalición Internacional de Preparación para el Tratamiento \(ITPC\), 2022](#)).

Por último, un problema se ha cernido sobre todas las fases del despliegue mundial de vacunas: se trata de la cuestión de la indemnización y la responsabilidad. Al principio, los fabricantes de las vacunas contra la COVID-19 no podían contratar un seguro para sus productos, ya que el nivel de riesgo era demasiado alto. En su lugar, los gobiernos aceptaron asumir gran parte del riesgo. Sin embargo, se establecieron disposiciones limitadas para los responsables. COVAX estableció un programa de compensación sin culpa (“*No Fault Compensation Programme*”), que protegía a los intervinientes mediante el ofrecimiento de indemnizaciones a cualquier persona perjudicada por una vacuna suministrada a través de COVAX ([GAVI, 2021b](#)), pero este programa concluyó muy rápidamente. Como resultado, los posibles riesgos jurídicos se trasladaron a las organizaciones que distribuían las vacunas. En teoría, cualquier persona que enfermara después de recibir la vacuna podría emprender acciones legales contra esas organizaciones, lo que podría llevarlas a la quiebra. Este riesgo llevó a muchos gobiernos y organizaciones a abstenerse de distribuir las vacunas contra la COVID-19 ([Tharakan y Hart, 2021](#)).

Ahora existe el riesgo de que esta situación excepcional se convierta en un problema a largo plazo. En este momento, varias vacunas han sido ampliamente aprobadas y las pruebas han demostrado que son eficaces y no entrañan riesgos importantes. Sin embargo, la mayoría de los fabricantes no han reanudado la compra de seguros. Esto sienta un precedente que podría ser alarmante para otras vacunas, estén o no relacionadas con la COVID-19.



2021, Somalia. Amram Ismail, de 24 años de edad, embarazada y madre de cinco hijos, se lava las manos como parte de los protocolos relativos a la pandemia de COVID-19, antes de recibir atención prenatal en la clínica de la Media Luna Roja Somalí. La Federación Internacional apoya a la Sociedad Nacional en la ejecución de un programa integrado de atención de salud, que incluye clínicas móviles y programas de nutrición e intervención en el marco de la pandemia de COVID-19.
© Federación Internacional, África

RECUADRO 3.2 / ESTUDIO DE CASO

DISTRIBUCIÓN DE VACUNAS CONTRA LA COVID-19 EN IRÁN

Los agentes locales desempeñan un papel fundamental en la distribución de vacunas en los países, sobre todo a las comunidades vulnerables y de difícil acceso.

La Media Luna Roja de Irán es la única organización humanitaria del país autorizada a facilitar la importación de vacunas contra la COVID-19, y ha conseguido que se importen ciento veinte (120) millones de dosis (Federación Internacional, sin fecha).

La Media Luna Roja de Irán gestiona diez hospitales de campaña, así como ciento setenta y tres (173) centros de inmunización puestos en marcha conjuntamente con el Ministerio de Sanidad del país. Todos estos centros participan en las iniciativas de vacunación contra la COVID-19. De manera crucial, la Sociedad Nacional ha recibido el mandato de facilitar la vacunación de entre tres y cuatro millones de personas refugiadas en el país (en función de la disponibilidad de vacunas).



2021, Irán. La Media Luna Roja de Irán ha movilizado a miles de voluntarios para la intervención contra la enfermedad por coronavirus, y ha conseguido la importación a Irán de más de 120 millones de dosis de la vacuna contra la COVID-19. La Media Luna Roja es la única organización humanitaria del país autorizada a facilitar la importación de estas vacunas. © Media Luna Roja de Irán

3.2.2 Deficiencias de la financiación humanitaria

La financiación humanitaria es uno de los mecanismos esenciales de la solidaridad mundial, que permite apoyar a las personas más necesitadas y con menor capacidad financiera para gestionar los riesgos y las consecuencias. Durante la pandemia de COVID-19, los llamamientos humanitarios mundiales han recaudado enormes sumas de dinero y han mitigado de manera considerable los efectos de la crisis. Ahora bien, las cantidades recaudadas no fueron ni de lejos suficientes. Además, el dinero no siempre llegó a quienes más lo necesitaban. En este apartado se analizan las deficiencias del sistema de financiación humanitaria, que afectan la intervención mundial ante los brotes de enfermedades y otras crisis. En pocas palabras, no hay dinero suficiente y, por múltiples razones, el dinero disponible no siempre se destina a quienes más lo necesitan.

En términos de escala, las donaciones humanitarias para COVID-19 fueron descomunales ([Comité Internacional de Rescate \(IRC\) y Development Initiatives, 2021](#)). En 2020, los donantes destinaron o pagaron seis mil ochocientos (6 800) millones de dólares estadounidenses para hacer frente a la pandemia de COVID-19 ([Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios \(OCAH\), sin fecha a](#)). Esta cifra incluía tres mil ochocientos (3 800) millones de dólares estadounidenses para el Plan Mundial de Respuesta Humanitaria a la COVID-19 de la ONU ([Development Initiatives, 2022a](#)). De 2021 en adelante, las Naciones Unidas no han realizado un llamamiento específico en relación con la pandemia de COVID-19, pero la financiación humanitaria aún puede destinarse a esta emergencia. Conforme a los datos de la ONU, en 2021 se destinaron mil quinientos veinte (1 520) millones de dólares estadounidenses en relación con la pandemia de COVID-19, mientras que en 2022 se habían destinado 540,1 millones de dólares a fecha de 7 de noviembre ([Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios \(OCAH\), sin fecha a](#)). Sin embargo, hasta octubre de 2022, la Federación Internacional por sí sola había recaudado más de trescientos noventa y nueve (399) millones de francos suizos para su llamamiento motivado por la pandemia de COVID-19 y vigente hasta fines de 2022. Mientras tanto, las Sociedades Nacionales recaudaron dos mil cuatrocientos (2 400) millones de francos suizos a través de sus gobiernos o de donaciones individuales ([plataforma GO de la Federación Internacional, sin fecha](#)).

Sin embargo, estas sumas resultaron insuficientes. En 2020, las donaciones cubrieron únicamente el cuarenta por ciento de las necesidades de financiación del Plan Mundial de Respuesta Humanitaria a la COVID-19 de la ONU ([Development Initiatives, 2022a](#)). En otras palabras, la intervención ante la pandemia recibió menos de la mitad del dinero que necesitaba. Un ejemplo particularmente extremo fue Nepal, que hizo un llamamiento nacional de apoyo a la campaña contra la COVID-19 en 2021. Recaudó tan solo 7,4 millones de dólares estadounidenses de un objetivo de 83,6 millones, es decir, no logró atender el 91,2% de las necesidades ([Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios \(OCAH\), sin fecha b](#)).

Este modelo se repite en todo el ámbito humanitario desde hace muchos años. Según el informe sobre la asistencia humanitaria mundial, *Global Humanitarian Assistance Report 2022*, la financiación humanitaria mundial se ha estancado desde 2018. En 2021, se donaron treinta y un mil trescientos (31 300) millones de dólares estadounidenses en todo el mundo, frente a treinta mil quinientos (30 500) millones o treinta mil seiscientos (30 600) millones en cada uno de los tres años anteriores. Estos datos revelan que la pandemia de COVID-19 no impulsó un aumento en las donaciones humanitarias en general. Por el contrario, algunas donaciones simplemente se desplazaron hacia esta, desatendiendo otras necesidades. A raíz de ello,

las necesidades humanitarias no estaban cubiertas antes de la pandemia, y todavía no lo están. En los llamamientos coordinados por las Naciones Unidas, el porcentaje de necesidades totales cubiertas ha fluctuado entre el cincuenta y uno por ciento (51 %) y el sesenta y cinco por ciento (65 %) desde 2012, y nunca se ha acercado al cien por ciento (100 %). De hecho, en 2021 apenas se cubrieron el cincuenta y tres por ciento (53 %) de las necesidades ([Development Initiatives, 2022b](#)). Por otra parte, cada vez más personas se enfrentan a crisis prolongadas, lo que supuso que sus países han sido objeto de llamamientos coordinados por las Naciones Unidas durante cinco o más años consecutivos. Según el informe *Global Humanitarian Assistance Report 2022*, en 2021, la cantidad de países que sufrían una crisis prolongada aumentó a treinta y seis (36), frente a treinta y cuatro (34) en 2020. Estos países representaban el setenta y cuatro por ciento (74 %) del total de personas necesitadas ([Development Initiatives, 2022b](#)).

Al mismo tiempo, se plantea la cuestión del destino de los fondos. Es necesaria una distribución justa y equitativa de los recursos ([Emanuel et al, 2020](#)). Cabe señalar que esto dista mucho de ser trivial habida cuenta de los múltiples valores éticos en juego ([O'Sullivan et al, 2022](#)). No obstante, el dinero y los esfuerzos humanitarios no se distribuyen de forma óptima. Se destinan cantidades desproporcionadas a determinados países y regiones, y a determinadas crisis o tipos de crisis. A raíz de ello, quienes más lo necesitan a menudo se ven desamparados. En 2021, diez países recibieron el sesenta por ciento (60 %) de la ayuda humanitaria internacional que podía asignarse a cada país. Yemen fue el principal beneficiario, pues recibió dos mil setecientos (2 700) millones de dólares estadounidenses, es decir, el doce por ciento (12 %) del total ([Development Initiatives, 2022b](#)). No cabe duda de la magnitud de las necesidades de Yemen, pero otros países y regiones también precisan una ayuda considerable. Existen pruebas de favoritismo regional en la asignación de la asistencia ([Bommer et al, 2022](#)), así como de favoritismo étnico ([Bommer et al, 2018](#)). Además, algunas zonas de conflicto han quedado desatendidas ([Narang, 2016](#)). También existen pruebas del desvío de la asistencia hacia crisis repentinas muy notorias, como parece haber ocurrido en el caso de Ucrania ([Development Initiatives, 2022c](#)). Si bien las decisiones de financiación son siempre políticas, es importante despolitizar la ayuda humanitaria en la medida de lo posible.

Hace falta una mayor contextualización local de la financiación. La financiación directa de los agentes locales resulta más eficaz en función de los costos: vincula más estrechamente las decisiones en materia de fondos a quienes mejor conocen el contexto. La asignación directa de fondos a los **agentes locales** y nacionales les proporciona más recursos y flexibilidad (véase el capítulo 2). La financiación directa de los donantes también permite que los agentes locales influyan mejor en las prioridades de los donantes en materia de fondos. Asimismo, los agentes locales pueden participar más en la elaboración y puesta en práctica de los programas. Por otra parte, tienen más posibilidades de acceder a la financiación de gastos generales que si recibieran financiación a través de una organización intermediaria internacional.

La Federación Internacional innovó en su llamamiento mundial para la pandemia de COVID-19 mediante la contextualización local. El cincuenta por ciento (50 %) del dinero recaudado por la secretaría había sido transferido directamente a las Sociedades Nacionales en septiembre de 2022¹. Del mismo modo, en septiembre de 2022, el setenta por ciento (70 %) de los fondos recaudados por los miembros de la Federación Internacional se destinaron al ámbito nacional. Sin embargo, el sistema humanitario en

1 Aproximadamente otro treinta por ciento (30 %) fue destinado a la adquisición mundial y regional de bienes en especie, que luego fueron enviados a los países para su distribución por las Sociedades Nacionales.

general tiene dificultades para lograr esa contextualización local. Según el informe *Global Humanitarian Assistance Report 2022*, en 2021 se destinó directamente a los agentes locales y nacionales la mitad de fondos (trescientos dos (302) millones de dólares estadounidenses) que el año anterior (seiscientos tres (603) millones). La financiación local y nacional había aumentado en 2020, impulsada en gran medida por la intervención en el marco de la pandemia de COVID-19. Sin embargo, esto se debió sobre todo a las fluctuaciones en la financiación a los gobiernos nacionales y no a la sociedad civil, y, de todos modos, esta tendencia se invirtió enseguida ([Development Initiatives, 2022b](#)).

El llamamiento motivado por la pandemia de COVID-19 formulado por la Federación Internacional también contribuyó a reducir la asignación específica de fondos, al menos al principio. Los donantes suelen insistir en que su dinero sea destinado a regiones o proyectos concretos, y esta asignación específica menoscaba las intervenciones humanitarias al reducir la flexibilidad. La pandemia de COVID-19 ejemplificó este problema porque el número de casos alcanzó su punto máximo en diferentes momentos y en diferentes lugares. Al principio de la pandemia, la secretaría de la Federación Internacional trató de fomentar las donaciones sin asignación específica y no aceptó la asignación específica a nivel de país. Numerosos donantes se mostraron dispuestos a ello, y en evaluaciones posteriores los donantes externos se declararon satisfechos con la gestión del llamamiento por parte de la Federación Internacional. Sin embargo, en el tercer trimestre de 2020, la Federación Internacional tuvo dificultades para atraer fondos sin asignación específica y se vio obligada a aceptar fondos más orientados. Esta situación repercutió negativamente en la intervención. Algunas regiones y países sufrieron déficit de financiación y las Sociedades Nacionales debieron reducir sus planes. Como consecuencia, una intervención que era sumamente ágil y eficaz se vio limitada en parte por la asignación específica de fondos por parte de los donantes ([Federación Internacional, 2022b](#)). En todo el mundo se observó un modelo similar. En marzo de 2020, el Comité Permanente entre Organismos publicó directrices en las que solicitaba una financiación más sencilla y flexible ([Comité Permanente entre Organismos, 2020](#)). Posteriormente, el informe *Global Humanitarian Assistance Report 2022* reveló que nueve organismos de las Naciones Unidas obtuvieron más fondos sin asignación específica en 2020, pero menos en 2021 ([Development Initiatives, 2022b](#)).

En resumen, la financiación humanitaria tiene diversos problemas de larga duración, que la pandemia de COVID-19 puso de manifiesto. Los niveles de financiación no son suficientes para cubrir las necesidades mundiales. Las donaciones que se realizan no siempre benefician a las comunidades más necesitadas, en parte debido a la asignación específica de fondos por parte de los donantes. Por último, no existe suficiente contextualización local de los fondos.

3.2.3 Consecuencias del fracaso de la solidaridad

La falta de solidaridad mundial no solo fue un fracaso moral y humanitario; también fue uno de los factores que permitieron que el virus del SRAS-CoV-2 se propagara más rápido y más lejos, e infectara y causara la muerte de más personas. Un estudio estimó, únicamente sobre la base de las provisiones de vacunas, que el acaparamiento de vacunas ha causado la muerte de más de un millón de personas (Ledford, 2022). Todo ello, por su parte, creó más oportunidades para que el virus mutara y para que esas mutaciones se propagaran (Otto et al 2021). De este modo, aumentaron las posibilidades de que el virus evolucionara hacia nuevas variantes como la ómicron, que tiene un alto grado de infecciosidad y una cierta capacidad para eludir el efecto de las vacunas (Callaway, 2021).

La consecuencia de todo ello fue una incidencia considerable en la salud, los medios de subsistencia, la economía y la sociedad. En última instancia, no podemos medir el costo final, ya que el virus sigue propagándose y evolucionando. Debería ser una obviedad que nadie está a salvo hasta que todos estén a salvo. Los fracasos de la comunidad internacional se traducen en que incluso ahora, más de dos años después del inicio de la pandemia de COVID-19, nadie está a salvo. Es imperativo exigir solidaridad mundial: la pandemia de COVID-19 no ha terminado, y aunque así fuera, el riesgo de crisis sanitarias mundiales no muestra signos de disminuir.



2020, España. Voluntarios cuidan y transportan a personas afectadas por COVID-19 en Sollana.
© Mikel Poncela

3.3 MEDIDAS NECESARIAS

FOMENTO DE LA SOLIDARIDAD MUNDIAL A NIVEL INSTITUCIONAL

Si las instituciones y los sistemas mundiales impiden una verdadera solidaridad a escala mundial, aun en una emergencia de grandes proporciones como la pandemia de COVID-19, es necesario reformar tales instituciones y sistemas. En este apartado se analizan algunos cauces promisorios: en primer lugar, con miras a un acceso más equitativo a los productos esenciales para los brotes de enfermedades, como las vacunas, y, en segundo lugar, a fin de una distribución más eficaz de la financiación humanitaria.

3.3.1 Acceso equitativo a las vacunas y a otros productos esenciales para los brotes de enfermedades

En este caso, las soluciones difieren entre los productos ya existentes, como las mascarillas y los medicamentos, y los nuevos, como las vacunas de reciente desarrollo.

En el caso de los productos existentes, una medida natural para prevenir posibles desabastecimientos consiste en el aumento de las reservas de aquellos productos cuya utilización es previsible en diversos tipos de brotes. Se puede mejorar la confiabilidad mediante la ampliación y el mantenimiento de múltiples reservas en distintos países y regiones. Las reservas deben actualizarse con periodicidad, ya que la mayoría de los productos de intervención en caso de pandemia tienen fecha de vencimiento. Uno de los principales retos consiste en determinar la amplitud de la gama de productos que se deben almacenar. Esto comporta la necesidad de adoptar prácticas más flexibles a nivel de producción.

De manera semejante, la dependencia de un puñado de países o fábricas para producir todos los suministros del mundo resulta peligrosa. Es posible que la redundancia no sea lo más eficiente desde el punto de vista económico, pero crea un sistema más resiliente. Sería sensato impulsar la producción regional o incluso nacional de tecnologías sanitarias. En lugar de unas pocas instalaciones, la mayoría en países desarrollados, las fábricas de todos los continentes podrían, en teoría, fabricar productos sanitarios esenciales para uso **local y/o regional**. Son muchos los países dispuestos a hacerlo. De hecho, la Unión Africana se ha fijado el objetivo de producir a nivel local el sesenta por ciento (60 %) de las vacunas sistemáticas de África para 2040 ([Centro para el control y la prevención de enfermedades en África, 2021](#)). Ya se han adoptado varias medidas en este sentido. La empresa farmacéutica BioNTech –que ha desarrollado junto con Pfizer la primera vacuna aprobada contra la COVID-19 basada en la tecnología de ARN mensajero (ARNm)– ha iniciado la construcción de una planta de producción de vacunas en Kigali (Ruanda) ([Parrett, 2022](#)). En enero de 2022, Sudáfrica abrió una nueva planta de fabricación de vacunas en Ciudad del Cabo ([Arthur, 2022](#)). También en Sudáfrica, Aspen Pharmacare ha firmado un acuerdo con el Instituto Serum de India para fabricar y vender cuatro vacunas en África ([Mukherjee, 2022](#)). Esta producción local debería mejorar la **equidad** al propiciar un acceso más justo a las tecnologías sanitarias.





2022, Indonesia. Un terremoto de 5,6 grados sacudió Cianjur, distrito de Java occidental. La Cruz Roja de Indonesia coordinó la intervención con el gobierno y las agencias humanitarias. En total, la Sociedad Nacional movilizó personal que llevó a cabo tareas de evaluación, evacuación y primeros auxilios, y estableció alojamiento provisional. Los recursos movilizados por la Cruz Roja de Indonesia incluyeron once camiones cisterna de agua. © Garry Lotulung

“

Luego, también es necesario transportarlas internamente a las comunidades que las necesitan, organizar campañas de vacunación y convencer a la población de las ventajas de las vacunas.

”



Asimismo, los problemas de abastecimiento podrían mitigarse si los gobiernos y las organizaciones internacionales estuvieran dispuestos a agilizar la adopción de decisiones y medidas para obtener y difundir materiales indispensables a gran escala. Para ello se requerirían inversiones destinadas a optimizar los procesos de adquisiciones de productos. Sin embargo, es posible que estas desigualdades mundiales sean inevitables, mientras la producción de elementos para hacer frente a una pandemia esté determinada en primer lugar por las fuerzas del mercado y no exista un acuerdo mundial jurídicamente vinculante en virtud del cual los Estados se comprometan a facilitar el acceso en caso de escasez de suministros.

La legislación en materia de propiedad intelectual y el costo exorbitante de las compras por este concepto constituyeron otro obstáculo para una producción adecuada. Se puede renunciar a los derechos de propiedad intelectual sobre las vacunas, de modo que otras empresas puedan fabricarlas. Por ello, en octubre de 2020, India y Sudáfrica propusieron en la Organización Mundial del Comercio (OMC) que se obligara a las empresas farmacéuticas a renunciar a sus derechos sobre las tecnologías sanitarias relacionadas con la COVID-19. En la actualidad, los medicamentos patentados no pueden fabricarse libremente porque los Estados se han comprometido a proteger los derechos de propiedad intelectual pertinentes en virtud del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (Acuerdo sobre los ADPIC). La exención propuesta habría permitido a los Estados autorizar con mayor libertad la fabricación y venta de tecnologías sanitarias patentadas relacionadas con la COVID-19, sin sanciones. La mayoría de los países miembros de la OMC la apoyaron, pero las decisiones deben ser unánimes y varios miembros se opusieron ([Pilkington et al, 2022](#)). Finalmente, en junio de 2022 se acordó una exención limitada, pero solo se aplica a determinados países y únicamente a las vacunas contra la COVID-19: quedan excluidos otros productos médicos esenciales ([MSF, 2022b](#)). Sin embargo, la experiencia del pasado sugiere que se puede avanzar en estas cuestiones de propiedad intelectual ([Adesina et al, 2013](#)). Por ejemplo, ha habido iniciativas exitosas para mejorar tanto la accesibilidad como la fijación de precios de las terapias contra el VIH ([D'Angelo et al, 2021](#)).

Una medida adicional consistirá en ampliar la gama de organizaciones que pueden distribuir o administrar productos destinados a hacer frente a una pandemia, siempre que cuenten con la aprobación del gobierno. Si las organizaciones, como las Sociedades Nacionales, son capaces de prestar un apoyo más eficaz a los gobiernos en la administración de las vacunas a nivel nacional, con arreglo a mandatos y procesos de aprobación autorizados por el gobierno y mediante el uso de instalaciones nacionales de almacenamiento, es probable que la distribución de las vacunas mejore en dos aspectos cruciales. En primer lugar, las organizaciones humanitarias pueden contribuir a organizar campañas en beneficio de las comunidades de difícil acceso para los gobiernos, aliviando así la presión sobre ellos en la administración de todas las dosis en plazos relativamente cortos (Recuadro 3.3, ESTUDIO DE CASO: vacunación contra la COVID-19 para grupos prioritarios en Líbano). La eficacia de las medidas mencionadas debería permitir a todos los países y organizaciones pertinentes la obtención de productos sanitarios esenciales como las vacunas. Sin embargo, existen requisitos adicionales. Se debería informar a los países con suficiente antelación sobre la llegada de los envíos. Las entregas deberían producirse en el momento prometido para evitar los numerosos problemas causados por los retrasos. Los envíos deberían incluir únicamente productos aceptados por el país receptor. Además, los productos han de estar adaptados al país receptor; por ejemplo, las vacunas que requieren una complicada cadena de frío son menos adecuadas para países con infraestructuras mínimas.

También es importante velar por el empleo de los productos; por ejemplo, que efectivamente se apliquen las vacunas a la población y no se queden en la pista de un aeropuerto hasta que caduquen. Para ello, se necesita un considerable apoyo logístico dentro del país. Esto incluye transporte, cadena de frío y personal formado para administrar las vacunas. Igualmente esencial es que haya programas coordinados de comunicación de riesgo y participación comunitaria para asesorar a la población sobre los beneficios de las vacunas, conocer sus preocupaciones al respecto, y prestar ayuda para que se registren y obtengan las vacunas. Una parte considerable de toda la financiación futura de artículos sanitarios esenciales ha de dedicarse a estos retos logísticos y de comunicación ([DeLand, 2022](#)). Por ejemplo, en Iraq, el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) ha prestado apoyo a casi todos los centros de vacunación del Ministerio de Salud: proporciona incentivos económicos al personal, así como refrigeradores, ordenadores portátiles y equipos de protección personal. Por otra parte, en Mozambique, el CICR ha suministrado combustible para el transporte de vacunas, equipos sanitarios e instalaciones de voluntarios de la Cruz Roja de Mozambique, incluso en Cabo Delgado, donde más de ochocientas mil (800 000) personas se han desplazado a causa del conflicto armado en los últimos años ([CICR, 2022](#)).

RECUADRO 3.3 / ESTUDIO DE CASO

VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19 PARA GRUPOS PRIORITARIOS EN LÍBANO

A principios de 2021, Líbano se esforzaba por contener el brote de COVID-19. En enero se registró un aumento (alrededor de cinco mil quinientos (5 500) casos diarios confirmados) ([Banco Mundial, 2021](#)). La situación se había complicado aún más tras la explosión del puerto de Beirut en agosto de 2020.

Ante esta situación, el Banco Mundial reasignó treinta y cuatro (34) millones de dólares estadounidenses de un proyecto de resiliencia sanitaria existente para prestar apoyo a la vacunación. El proyecto se proponía proporcionar vacunas a más de dos millones de personas en febrero de 2021. La puesta en marcha se centró en los grupos prioritarios, en particular los trabajadores sanitarios de alto riesgo, los mayores de (65) años, el personal epidemiológico y de vigilancia, así como las personas con alguna comorbilidad ([Banco Mundial, 2021](#)).

La Federación Internacional se incorporó al proyecto en febrero de 2021 para realizar labores de vigilancia y supervisión ([Federación Internacional, 2021](#)). Su papel consistió en supervisar múltiples aspectos de la puesta en marcha, desde las tareas de gestión de la cadena de suministro, como el mantenimiento de la temperatura, hasta la prestación de servicios en los centros de vacunación, la elegibilidad de los receptores de las vacunas y la captación de las perspectivas y opiniones de los beneficiarios.



3.3.2 Medidas correctivas para la financiación humanitaria

La ejecución de los compromisos asumidos en el Gran pacto permitiría resolver gran parte de los problemas relacionados con la calidad de la financiación humanitaria ([Comité Permanente entre Organismos, sin fecha](#)). Este acuerdo se puso en marcha en la Cumbre Humanitaria Mundial celebrada en Estambul (Turquía) en 2016. Inicialmente contó con la participación de dieciocho (18) países donantes y dieciséis (16) organizaciones internacionales de asistencia. Desde entonces, se ha ampliado a sesenta y cuatro (64) signatarios y, en 2019, abarcó alrededor del ochenta y cuatro por ciento (84 %) de todas las contribuciones humanitarias de los donantes ([Comité Permanente entre Organismos, sin fecha](#)).

El objetivo del Gran pacto consistió en mejorar la eficiencia y la eficacia de la asistencia humanitaria internacional. Los donantes asumieron cincuenta y un (51) compromisos, entre ellos reducir la asignación nacional de fondos y canalizar el veinticinco por ciento (25 %) de la financiación internacional de emergencia lo más directamente posible a organizaciones locales o nacionales ([Comité Permanente entre Organismos, 2016](#)). Por otra parte, el Gran pacto exige un aumento considerable de la financiación plurianual. Ello dotaría a las operaciones humanitarias de una base mucho más sostenible y permitiría una preparación mucho más amplia (véase el capítulo 1), la interacción con la comunidad (véase el capítulo 2) y métodos impulsados por datos (véase el capítulo 5). Por último, el Gran pacto aboga por una mayor cooperación entre los agentes humanitarios y de desarrollo, que tradicionalmente han estado aislados.

Lamentablemente, pese a que se han logrado algunos avances en la consecución de los objetivos del Gran pacto, la mayoría permanecen incumplidos. Una revisión independiente llevada a cabo en 2021 señaló diversos aspectos. A modo de ejemplo, la proporción de financiación plurianual y sin asignación específica no ha aumentado desde 2016, a pesar de que algunos donantes han cambiado hacia formas de donación más predecibles y flexibles. Del mismo modo, aunque se ha producido un cambio normativo hacia la contextualización local, aún no se ha traducido en cambios sustanciales en la disponibilidad de fondo ([Metcalf-Hough et al, 2021](#)). En un informe actualizado elaborado en 2022 se constataron escasos avances en estas cuestiones, si bien se observó un cambio hacia una mayor transparencia en los datos sobre financiación ([Metcalf-Hough et al, 2022](#)).

En 2021, se iniciaron las negociaciones de un conjunto revisado de mecanismos de cooperación basados en el Gran pacto, o Gran pacto 2.0 ([Alexander, 2021](#)). Las negociaciones concluyeron a fin de año y se prolongarán hasta 2023, tras lo cual se realizará un nuevo balance. En el momento de redactar este informe, aún no estaba claro si los signatarios aceptarían proseguir con la iniciativa ([Comité Permanente entre Organismos, 2021](#)). Los donantes y otros agentes deben cumplir los compromisos del Gran pacto antes de que la iniciativa se considere finalizada.

Por último, para hacer frente a los retos logísticos mencionados en el apartado 3.3.1, se requiere el fortalecimiento de las capacidades sanitarias en los países. Para ello es necesario que la financiación humanitaria internacional sea más predecible, de modo que se puedan conservar el personal y los recursos ([Federación Internacional, 2018](#)).

PRINCIPALES RECOMENDACIONES

Fomento de la producción y distribución regional de todos los productos destinados a hacer frente a una pandemia. Los países deben ser capaces de fabricar y distribuir sus propias vacunas, equipos de protección personal y otro tipo de equipos. Este enfoque regional generará excedentes, reducirá la probabilidad de escasez del tipo observado durante la pandemia de COVID-19 y, en cambio, permitirá que muchas más comunidades reciban los productos de intervención en caso de pandemia que necesiten en futuras emergencias. El establecimiento de esta índole de tipo de producción regional requiere una inversión en recursos humanos y formación, así como un compromiso concertado con las comunidades que albergan las instalaciones de producción.

Establecimiento de mecanismos viables de distribución mundial de nuevos productos destinados a hacer frente a pandemias, como las vacunas. Existen mecanismos sólidos, como el Grupo Internacional de Coordinación, pero no se aplican a los productos de alto riesgo. Es necesario idear un nuevo mecanismo que asegure que las vacunas y otros productos para afrontar una pandemia beneficien a las poblaciones que los necesitan, incluidas las comunidades que los gobiernos no pueden atender. Estos mecanismos deben permitir que los productos utilizados en la intervención ante una pandemia sean distribuidos o administrados por organizaciones locales y humanitarias con la supervisión de los gobiernos. También deben incluir medidas para evitar riesgos jurídicos desproporcionados e insostenibles para los agentes locales y los países de ingresos medios-bajos, por ejemplo, que se les considere responsables de los efectos adversos tanto de los productos destinados a hacer frente a pandemias recién desarrollados como de los más probados. Este objetivo puede lograrse velando por que los fabricantes reanuden la contratación de seguros de indemnización y responsabilidad tan pronto como estén disponibles (una vez que se haya demostrado que un producto es seguro y eficaz).

Fortalecimiento de la capacidad nacional para que los productos destinados a hacer frente a la pandemia beneficien a las comunidades. Se requiere prestar apoyo a la logística, como el transporte y la cadena de frío, de modo que las comunidades de difícil acceso puedan recibir las vacunas y otros productos destinados a hacer frente a la pandemia. Como complemento, es conveniente disponer de programas eficaces de participación comunitaria y rendición de cuentas con miras a optimizar la adopción de productos de eficacia probada para las intervenciones en caso de pandemia. También en este caso, es necesario invertir más en recursos humanos para garantizar la formación de los vacunadores y la preparación de la logística con antelación.

Reforma de la financiación humanitaria con vistas a mejorar su previsibilidad, flexibilidad y accesibilidad para los agentes locales. Estos compromisos ya se han asumido en el Gran pacto y deberían cumplirse. Esto permitirá una intervención más sostenible y equitativa ante epidemias y otros desastres, lo que incluye una mayor preparación. Una mayor accesibilidad a la financiación por parte de los agentes locales también facilitará más medidas impulsadas por la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

Adesina A et al (2013) Reforming antiretroviral price negotiations and public procurement: the Mexican experience. *Health Policy and Planning*, 28(1), pp. 1–10. <https://doi.org/10.1093/heapol/czs015>

Africa CDC (2021) *Partnership for African Vaccine Manufacturing (PAVM): From Aspiration to Action*. <https://africacdc.org/event/partnership-for-african-vaccine-manufacturing-pavm-from-aspiration-to-action/>

Alexander J (2021) *A renewed push to make aid more efficient*. The New Humanitarian. <https://www.thenewhumanitarian.org/analysis/2021/6/10/Grand-Bargain-international-aid-commitments-localisation>

Arthur. (2022) *Vaccine manufacturing campus opens in South Africa*. BioPharma Reporter. <https://www.biopharma-reporter.com/Article/2022/01/20/Vaccine-manufacturing-campus-opens-in-South-Africa#>

BBC News (2021) *Covax vaccine-sharing scheme delivers first doses to Ghana*. <https://www.bbc.co.uk/news/world-africa-56180161>

Bentley A and Zerie B (2021) *Less than a Lifeline: Challenges to the COVAX Humanitarian Buffer*. Refugees International. <https://www.refugeesinternational.org/reports/less-than-a-lifeline-challenges-to-the-covax-humanitarian-buffer>

Bommer C et al (2018) *Regional and Ethnic Favoritism in the Allocation of Humanitarian Aid*. SSRN, CESifo Working Paper Series No. 7038. <https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3207130>

Bommer C et al (2022) Home bias in humanitarian aid: The role of regional favoritism in the allocation of international humanitarian relief" *Journal of Public Economics*, 208, 104604. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2022.104604>

Braithwaite T (2022) *'We are drowning in vaccine.' What will revive the market for Covid jobs?* Financial Times, 22 April 2022. <https://www.ft.com/content/dc35dfc0-94a2-440b-a880-91ba2e39c256>

Callaway E (2021) Beyond Omicron: what's next for COVID's viral evolution. *Nature*. <https://doi.org/10.1038/d41586-021-03619-8>

Cao L and Hou W (2022) How Have Global Scientists Responded to Tackling COVID-19? medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2022.08.16.22278871>

CEPI (2020) *CEPI launches new call for proposals to develop vaccines against novel coronavirus, 2019-nCoV*. https://cepi.net/news_cepi/cepi-launches-new-call-for-proposals-to-develop-vaccines-against-novel-coronavirus-2019-ncov/

CEPI (2022) Independent External Review of CEPI's COVID-19 Vaccine Development Agreements Published. https://cepi.net/news_cepi/independent-external-review-of-cepis-covid-19-vaccine-development-agreements-published/

Cheng M and Marchione M (2020) Some health experts criticize U.S. mass purchase of licensed virus drug. PBS NewsHour, 1 July 2020. <https://www.pbs.org/newshour/health/health-experts-slam-u-s-mass-purchase-of-licensed-virus-drug>

COVID19 Vaccine Tracker (no date) Vaccination Rates, Approvals and Trials by Country. <https://covid19.trackvaccines.org/trials-vaccines-by-country/>

D'Angelo AB et al (2021) Breaking Bad Patents: Learning from HIV/AIDS to make COVID-19 treatments accessible. *Global Public Health*, 16(10), pp. 1523–36. <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1924223>

DeLand K (2022) *Vaccine Equity in Conflict-Affected Areas: The Challenges of Development, Production, Procurement, and Distribution*. International Peace Institute. <https://www.ipinst.org/2022/05/vaccine-equity-in-conflict-affected-areas-the-challenges-of-development-production-procurement-and-distribution>

Development Initiatives (2022a) *Global Humanitarian Assistance Report 2021*. <https://devinit.org/resources/global-humanitarian-assistance-report-2021>

Development Initiatives (2022b) *Global Humanitarian Assistance Report 2022*. <https://devinit.org/resources/global-humanitarian-assistance-report-2022/>

Development Initiatives (2022c) *The Ukraine crisis and diverted aid: What we know so far*. <https://devinit.org/resources/ukraine-crisis-diverted-aid-what-we-know/>

Dunleavy K (2022) Poor countries reject COVID vaccines from AstraZeneca because of shorter shelf life: report. FiercePharma, 15 April 2022. <https://www.fiercepharma.com/pharma/poor-countries-are-declining-covid-19-vaccines-astrazeneca-because-shorter-shelf-life>

Emanuel E. . et al (2020) Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *New England Journal of Medicine*, 382, pp. 2049–55. <https://doi.org/10.1056/NEJMs2005114>

Embassy of the People's Republic of China in the Republic of Indonesia (2021) *COVID-19 Vaccines Donated by the Chinese Government to the Indonesian Government Arrives in Indonesia*. Embassy update, 27 September 2021. http://id.china-embassy.gov.cn/eng/sgdt/202109/t20210927_9568929.htm

GAVI (2021a) *The COVAX Humanitarian Buffer Explained*. <https://www.gavi.org/vaccineswork/covax-humanitarian-buffer-explained>

GAVI (2021b) *The COVAX No Fault Compensation Programme: Explained*. <https://www.gavi.org/vaccineswork/covax-no-fault-compensation-programme-explained>

GAVI (no date a) <https://www.gavi.org/>

GAVI (no date b) *GAVI COVAX AMC*. <https://www.gavi.org/gavi-covax-amc>

Guarascio F and Rigby J (2022) COVID vaccine supply for global programme outstrips demand for first time. Reuters, 23 February 2022. <https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/covax-vaccine-supply-outstrips-demand-first-time-2022-02-23/>

Hinman AR and McKinlay MA (2015) Immunization equity. *Vaccine*, 33, supplement 4, D72–D77. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.09.033>

IASC (Inter-Agency Standing Committee) (2016) *The Grand Bargain – A Shared Commitment to Better Serve People in Need*. <https://interagencystandingcommittee.org/grand-bargain/grand-bargain-shared-commitment-better-serve-people-need-2016>

IASC (Inter-Agency Standing Committee) (2020) *Interim Key Messages: Flexible Funding for Humanitarian Response and COVID-19*. <https://interagencystandingcommittee.org/other/interim-key-messages-flexible-funding-humanitarian-response-and-covid-19>

IASC (Inter-Agency Standing Committee) (2021) The Grand Bargain 2.0 Structure. <https://interagencystandingcommittee.org/grand-bargain-official-website/grand-bargain-20-structure>

IASC (Inter-Agency Standing Committee) (no date) *About the Grand Bargain*. <https://interagencystandingcommittee.org/about-the-grand-bargain>

IASC (Inter-Agency Standing Committee) (no date) The Grand Bargain. <https://interagencystandingcommittee.org/grand-bargain>

IAVG (Independent Allocation of Vaccines Group) of COVAX (2021) *Achieving 70% COVID-19 Immunization Coverage by Mid-2022*. <https://www.who.int/news/item/23-12-2021-achieving-70-covid-19-immunization-coverage-by-mid-2022>

ICRC (International Committee of the Red Cross) (2022) *COVID-19 Vaccination: Support to people affected by armed conflict and violence and those living in hard-to-reach areas*. <https://www.icrc.org/en/document/covid-vaccination-armed-conflicts>

IFRC (2018) *World Disasters Report 2018: Leaving No One Behind: The international humanitarian sector must do more to respond to the needs of the world's most vulnerable people*. <https://www.ifrc.org/document/world-disasters-report-2018>

IFRC (2021) *World Bank and IFRC Support Independent Monitoring of COVID-19 Vaccine Campaign in Lebanon*. <https://www.ifrc.org/press-release/world-bank-and-ifrc-support-independent-monitoring-covid-19-vaccine-campaign-lebanon>

IFRC (2022a) *COVID-19: Nearly 1 billion still without any vaccination in Asia Pacific* <https://www.ifrc.org/press-release/covid-19-nearly-1-billion-still-without-any-vaccination-asia-pacific-0>

IFRC (2022b) *Evaluation Report: IFRC-wide response to the COVID-19 pandemic*. <https://www.ifrc.org/media/50627>

IFRC (no date) *MENA region: Ensuring equitable access to immunization initiatives for Migrants in Iran amidst the complex situation*. Available on request.

IFRC GO (no date) *Global: COVID-19 pandemic*. <https://go.ifrc.org/emergencies/3972>

IPPPR (The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response) (2021) *COVID-19: Make it the Last Pandemic*. <https://theindependentpanel.org/mainreport/#download-main-report>

IRC (International Rescue Committee) and development Initiatives (2021) *Tracking the Global Humanitarian Response to COVID-19*. <https://www.rescue.org/report/tracking-global-humanitarian-response-covid-19>

ITPC (International Treatment Preparedness Coalition) (2022) *Mapping COVID-19 Access Gaps: Results from 14 countries & territories*. <https://itpcglobal.org/blog/resource/mapping-covid-19-access-gaps-results-from-14-countries-and-territories/>

Ledford H (2022) *COVID vaccine hoarding might have cost more than a million lives*. Nature news, 2 November 2022. <https://doi.org/10.1038/d41586-022-03529-3>

Mathieu E et al (no date) *Coronavirus pandemic (COVID-19)*. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/coronavirus#explore-the-global-situation>

Metcalfe-Hough V et al (2021) *The Grand Bargain at five years: an independent review*. HPG commissioned report. ODI. <https://odi.org/en/publications/the-grand-bargain-at-five-years-an-independent-review/>

Metcalfe-Hough V et al (2022) *The Grand Bargain in 2021: an independent review*. HPG commissioned report. ODI. <https://odi.org/en/publications/the-grand-bargain-in-2021-an-independent-review/>

MSF (Médecins Sans Frontières) (2022a) *“Broken” humanitarian COVID-19 vaccine system delays vaccinations*. <https://www.msf.org/broken-covax-covid-19-vaccination-system-must-be-fixed-allow-people-access>

MSF (Médecins Sans Frontières) (2022b) *Lack of a real IP waiver on COVID-19 tools is a disappointing failure for people*. <https://www.msf.org/lack-real-ip-waiver-covid-19-tools-disappointing-failure-people>

Mukherjee P (2022) *S. Africa’s Aspen, India’s Serum Institute sign vaccines deal for Africa*. Reuters, 31 August 2022. <https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/safricas-aspen-indias-serum-institute-sign-vaccines-deal-africa-2022-08-31/>

- Narang N (2016) Forgotten Conflicts: Need versus Political Priority in the Allocation of Humanitarian Aid across Conflict Areas. *International Interactions*, 42(2), 189--216. <https://doi.org/10.1080/03050629.2016.1080697>
- O'Sullivan L et al (2022) Ethical values and principles to guide the fair allocation of resources in response to a pandemic: a rapid systematic review. *BMC Medical Ethics*, 23, 70. <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00806-8>
- Otto SP et al (2021) The origins and potential future of SARS-CoV-2 variants of concern in the evolving COVID-19 pandemic. *Current Biology*, 31(14), R918-929. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2021.06.049>
- Parrett M (2022) *BioNTech launches African vaccine production in Rwanda*. European Pharmaceutical Review, 24 June 2022. <https://www.europeanpharmaceuticalreview.com/news/172615/biontech-launches-african-vaccine-production-in-rwanda/>
- Paton J (2022) *Moderna Covid Shots Turned Down by Buyers on Delivery Woes*. Bloomberg UK, 5 April 2022. <https://www.bloomberg.com/news/articles/2022-04-05/buyers-turn-down-moderna-covid-vaccine-as-pandemic-demand-wanes>
- Pilkington V et al (2022) Global COVID-19 Vaccine Inequity: Failures in the First Year of Distribution and Potential Solutions for the Future. *Frontiers in Public Health*, 10, 821117. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.821117>
- RCSC (Red Cross Society of China) (2021a) *50,000 COVID-19 vaccines donated to Lebanon by the Red Cross Society of China [in Chinese]*. 13 July 2021. https://www.redcross.org.cn/html/2021-07/79761_1_11_1.html
- RCSC (Red Cross Society of China) (2021b) *Red Cross Society of China donates 100,000 doses of COVID-19 vaccine to Nepal [in Chinese]*. 23 September 2021. <https://www.redcross.org.cn/html/2021-09/81101.html>
- RCSC (Red Cross Society of China) (2021c) *100,000 doses of COVID-19 vaccine donated by the Red Cross Society of China to Georgia [in Chinese]*. 13 September 2021. <https://www.redcross.org.cn/html/2021-09/80966.html>
- RCSC (Red Cross Society of China) (2021d) *Red Cross Society of China donates 200,000 doses of COVID-19 vaccine to Bangladesh [in Chinese]*. 26 October 2021. <https://www.redcross.org.cn/html/2021-10/81558.html>
- RCSC (Red Cross Society of China) (2021e) *Red Cross Society of China donates 100,000 doses of COVID-19 vaccine to Laos [in Chinese]*. 17 November 2021. https://www.redcross.org.cn/html/2021-11/82066_1_1.html

RCSC (Red Cross Society of China) (2021f) *200,000 doses of COVID-19 vaccines donated by the Red Cross Society of China to Myanmar [in Chinese]*. 22 December 2021. <https://www.redcross.org.cn/html/2021-12/82873.html>

RCSC (Red Cross Society of China) (2022) *The Red Cross Society of China donates 500,000 doses of COVID-19 vaccine and supporting needles to Nicaragua [in Chinese]*. 9 October 2022. <https://www.redcross.org.cn/html/2022-10/88911.html>

Sachs JD et al (2022) The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic. *The Lancet Commissions*, 400(10359), pp. 1224–80. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01585-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01585-9)

Schellekens P (2022) *Mapping our unvaccinated world*. Pandem-ic. <https://pandem-ic.com/mapping-our-unvaccinated-world/>

Tharakan SM and Hart NM (2021) *Liability Issues Related to COVID-19 Vaccine Manufacturing and Global Distribution*. Congressional Research Service, IF11905. <https://crsreports.congress.gov/product/pdf/IF/IF11905>

TRCS (Thai Red Cross Society) (2021) *The Red Cross Society of China presents 100,000 Doses of Sinopharm Vaccine to Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn*. 30 August 2021. <https://english.redcross.or.th/news/medical-and-health-care-services/6589/>

UN OCHA FTS (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs Financial Tracking Service) (no date a) *Coronavirus disease outbreak – COVID-19*. <https://fts.unocha.org/emergencies/911/summary/2020>

UN OCHA FTS (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs Financial Tracking Service) (no date b) *Nepal Covid-19 Response Plan 2021*. <https://fts.unocha.org/appeals/1048/summary>

UNDP Data Futures Platform (no date) *Global Dashboard for Vaccine Equity*. <https://data.undp.org/vaccine-equity/>

Usher AD (2021) CEPI criticised for lack of transparency. *The Lancet*, 397(10271), pp. 265–6. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00143-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00143-4)

WHO (World Health Organization) (no date a) *COVAX: Working for global equitable access to COVID-19 vaccines*. <https://www.who.int/initiatives/act-accelerator/covax>

WHO (World Health Organization) (no date b) *Vaccine equity*. <https://www.who.int/campaigns/vaccine-equity>

WHO (World Health Organization) (no date c) *What is the ACT-Accelerator?* <https://www.who.int/initiatives/act-accelerator/about>

WHO (World Health Organization) (no date d) *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard.* <https://covid19.who.int/>

WHO (World Health Organization) (2017) *Access to medicines: Making market forces serve the poor.* <https://www.who.int/publications/m/item/access-to-medicines-making-market-forces-serve-the-poor>

WHO (World Health Organization) (2020) "WHO Director-General's opening remarks at the launch of the Access to COVID-19 Tools Accelerator." <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-launch-of-the-access-to-covid-19-tools-accelerator>

WHO (World Health Organization) (2022a) *COVAX calls for urgent action to close vaccine equity gap.* <https://www.who.int/news/item/20-05-2022-covax-calls-for-urgent-action-to-close-vaccine-equity-gap>

WHO (World Health Organization) (2022b) *Accelerating COVID-19 Vaccine Deployment.* <https://www.who.int/publications/m/item/accelerating-covid-19-vaccine-deployment>

WHO (World Health Organization) and Open Consultants (2022) *External Evaluation of the Access To COVID-19 Tools Accelerator (ACT-A).* [https://www.who.int/publications/m/item/external-evaluation-of-the-access-to-covid-19-tools-accelerator-\(act-a\)](https://www.who.int/publications/m/item/external-evaluation-of-the-access-to-covid-19-tools-accelerator-(act-a))

WHO (World Health Organization) Immunization, Vaccines and Biologicals (2021 a) *Strategy to Achieve Global Covid-19 Vaccination by mid-2022.* <https://www.who.int/publications/m/item/strategy-to-achieve-global-covid-19-vaccination-by-mid-2022>

WHO (World Health Organization) Immunization, Vaccines and Biologicals (2021 b) *WHO Sage Roadmap for prioritising uses of COVID-19 vaccines.* <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Vaccines-SAGE-Prioritization-2022.1>

WHO ACT-A (World Health Organization ACT Accelerator) (2020) *ACT Accelerator Investment Case.* <https://www.who.int/publications/m/item/act-a-investment-case>

WHO ACT-A (World Health Organization ACT Accelerator) (2021) *ACT-Accelerator Strategic Review: An independent report prepared by Dalberg.* <https://www.who.int/publications/m/item/act-accelerator-strategic-review>

WHO ACT-A (World Health Organization ACT Accelerator) (2022) *ACT-Accelerator: Quarterly Update Q1: 1 January – 31 March 2022*. <https://www.who.int/publications/m/item/act-accelerator--quarterly-update-q1--1-january---31-march-2022>

World Bank (2021) *World Bank Supports First COVID-19 Vaccine Rollout in Lebanon*. <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2021/01/21/world-bank-supports-first-covid-19-vaccine-rollout-in-lebanon>

Xiaoyu, W. (2021) *200,000 COVID-19 vaccine donations from Red Cross arrive in Pakistan*. China Daily. China Daily, 5 November 2021. <https://global.chinadaily.com.cn/a/202111/05/WS6184ed6ba310cdd39bc739ec.html>

Xinhua (2021a) *Ethiopian Red Cross Society receives Sinopharm vaccines from Chinese counterpart*. Xinhuanet, 19 June 2021. http://www.xinhuanet.com/english/africa/2021-06/19/c_1310017215.htm

Xinhua (2021b) *Syria receives 150,000 doses of Chinese COVID-19 vaccines*. Xinhuanet, 30 July 2021. http://www.xinhuanet.com/english/2021-07/30/c_1310096456.htm

Xinhua (2021c) *China donates more COVID-19 vaccines to Cambodia*. Xinhuanet, 24 August 2021. http://www.news.cn/english/2021-08/24/c_1310144227.htm

Zhang Y-Z et al (2020) *Novel 2019 coronavirus genome*. Virological. <https://virological.org/t/novel-2019-coronavirus-genome/319>

Zhu N et al (2020) *A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019*. *New England Journal of Medicine*, 382, pp. 727–33. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>

2022, Etiopía. En 2021, Boru se benefició de una subvención monetaria polivalente de la Cruz Roja Etíope para hacer frente a la inseguridad alimentaria tras la invasión de langostas en la región oriental de África. Una evaluación conjunta dirigida por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) indicó que la invasión causó grandes pérdidas de cosechas y la destrucción generalizada de vegetación y pasturas. Un millón de etíopes afrontaron una grave inseguridad alimentaria como consecuencia directa de la plaga de langostas.
© Matthew Carter, Federación Internacional

INEQUIDADES SOCIALES Y ECONÓMICAS



**Fortalecimiento
de los sistemas
de protección
social para las
comunidades**

Índice

Introducción	141
4.1 Constatación – Profundización de los efectos de la pandemia debido a las inequidades socioeconómicas	142
4.2 Enseñanzas extraídas – Importancia de no subestimar los efectos socioeconómicos de las amenazas	151
4.3 Medidas necesarias – Fomento de la protección social para contribuir a la prosperidad de las comunidades	155
Principales recomendaciones	160

INTRODUCCIÓN

A largo plazo, las comunidades y las sociedades deben adquirir una mayor resiliencia frente a una multiplicidad de amenazas. En parte, se trata de establecer infraestructuras y políticas dirigidas específicamente a amenazas como los brotes de enfermedades, pero no es suficiente. En las sociedades más resilientes, la amplia mayoría de la población es próspera. Estas sociedades presentan menos inequidades, ofrecen a más personas un empleo pleno y productivo, medios de vida dignos y acceso a una atención sanitaria asequible, y muestran un alto grado de confianza entre las personas y las instituciones. Para construir sociedades resilientes y prósperas, los países deben mejorar todos sus sistemas y servicios esenciales, tanto los relativos a la salud como otros, entre ellos la educación, la protección social, y el agua y el saneamiento. Estos factores contribuyen a la inequidad, además de ser cruciales para reducir los riesgos y los efectos de los brotes de enfermedades. En particular, **los países deben ampliar y mejorar sus sistemas de protección social y eliminar las barreras jurídicas y prácticas que impiden a las personas acceder a los servicios.**

Definiciones

Programas de protección social: contribuyen a que las personas y las familias, sobre todo las más pobres y vulnerables, puedan afrontar situaciones de crisis y de conmoción, encontrar empleo, mejorar la productividad, invertir en la salud y la educación de sus hijos, y prestar protección ante el envejecimiento de la población (Banco Mundial, 2022a). Se trata de servicios directos, como programas de alojamiento provisional y de emergencia o de empleo, así como de asistencia financiera, en particular mediante transferencias monetarias.

Factores que impulsan los brotes infecciosos: son las condiciones que contribuyen a su propagación. Comprenden la nutrición deficiente, las condiciones de vida insalubres, la falta de higiene, los factores ambientales y otras condiciones estrechamente asociadas a las inequidades sociales y económicas.

4.1 CONSTATAción

PROFUNDIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE LA PANDEMIA DEBIDO A LAS INEQUIDADES SOCIOECONÓMICAS

En ocasiones se ha señalado que la pandemia de COVID-19 fue un factor de igualdad porque todos la padecieron juntos, e incluso los más privilegiados sintieron algunos de sus efectos. Sin embargo, la verdad es que las consecuencias de la pandemia, sobre todo las socioeconómicas, se dejaron sentir de forma muy diferente en todo el mundo. Resulta aún más preocupante el hecho de que las inequidades existentes se vieran agravadas por la pandemia o por las medidas adoptadas para afrontarla. En particular, la crisis tuvo sus repercusiones más graves en las poblaciones que ya habían quedado rezagadas, por ejemplo las marginadas, olvidadas, discriminadas o ya afectadas por ciertas condiciones de vulnerabilidad, como la pobreza, el aislamiento y las crisis humanitarias. En paralelo, se han producido graves incidencias en los sistemas y servicios gubernamentales, como las redes de seguridad social.

Además, la propagación y mutación del virus de la COVID-19 se vio impulsada en parte por las inequidades.

Las repercusiones socioeconómicas de la pandemia de COVID-19 y su consiguiente intervención son posiblemente tan graves como las consecuencias sanitarias. En enero de 2022, la ONU informó de que las continuas olas de infecciones por COVID-19 eran uno de los principales factores que ralentizaban la recuperación económica mundial ([ONU, DAES, 2022](#)). En este informe se preveía que los países en desarrollo se verían más afectados a largo plazo que las naciones prósperas, y que en África la cantidad absoluta de personas que viven en la pobreza aumentaría hasta 2023.

Del mismo modo, un informe de la Federación Internacional basado en la experiencia de las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja durante la pandemia de COVID-19 reveló que millones de personas padecían “reducción del empleo y pérdida de ingresos; aumento de la inseguridad alimentaria; menor protección frente a la violencia; y agravamiento de los problemas de salud mental” ([Federación Internacional, 2021b](#)). Las personas que ya eran vulnerables se vieron más gravemente afectadas. Por ejemplo, las personas con empleos precarios y mal remunerados tenían más probabilidades de perderlos por completo, sobre todo en la economía informal. Esta situación se produjo incluso en países en los que los índices declarados de COVID-19 solían ser bajos: las restricciones gubernamentales, como el cierre de negocios no esenciales, provocaron pérdidas de ingresos e inseguridad alimentaria en los hogares a principios de 2020, al tiempo que recibían poca ayuda externa ([Furbush et al, 2021](#)). De este modo, la pandemia de COVID-19 agudizó las inequidades existentes, intensificó las condiciones de vulnerabilidad y socavó la resiliencia y las estrategias de afrontamiento.

4.1.1 Inequidades que empeoraron la propagación y los efectos del virus

Una de las consecuencias más evidentes de las inequidades socioeconómicas fue la aceleración de la propagación del virus y el agravamiento de sus efectos en las personas más vulnerables ([OCDE, 2022](#)).

Por ejemplo, en muchos países todavía se espera que las mujeres desempeñen sus funciones tradicionales de género de cuidar a los miembros de la familia en el hogar. La OCDE estima que las mujeres realizan hasta diez veces más trabajo de cuidados que los hombres ([OCDE, 2020](#)). Esto las expone a **un mayor riesgo de contraer la COVID-19**, ya que tienen más contacto con familiares infectados ([Connor et al, 2020](#)). Si bien los índices de mortalidad por COVID-19 han sido a menudo más elevados entre los hombres, las mujeres de mediana edad son **más propensas a los síntomas persistentes denominados “COVID prolongado”** ([Torjesen, 2021](#)).

Del mismo modo, las personas migrantes y refugiadas en situación económica desfavorecida han corrido un mayor riesgo de contraer el coronavirus debido a sus condiciones de vida y de trabajo ([WHO, 2021](#)). Con frecuencia no han podido cumplir las medidas preventivas para mantenerse a salvo. Es prácticamente imposible mantener el autoaislamiento y la distancia física cuando se vive o se trabaja en condiciones de hacinamiento, incluidos los dormitorios o los campamentos o entornos similares a estos.

En numerosos países, las comunidades discriminadas y excluidas tienen más probabilidades de sufrir los efectos primarios y secundarios de la COVID-19 sobre la salud, y a menudo sufren efectos socioeconómicos más graves ([IDS, 2020](#)). En el Reino Unido, prácticamente todos los grupos étnicos minoritarios se enfrentaron a mayores riesgos de muerte por COVID-19 que la población británica blanca del país. A menudo, esta situación se debió a la mayor probabilidad de que trabajaran en el ámbito sanitario y social o de que vivieran en zonas superpobladas, lo que aumentaba sus posibilidades de exposición al virus ([Platt, 2021](#)). En Estados Unidos, los nativos americanos tenían muchas más probabilidades de ser hospitalizados por el virus que los blancos, lo que pone de manifiesto los riesgos a los que se enfrentan los grupos indígenas ([Weeks, 2021](#)).

La pobreza también fue un factor de riesgo de contraer la COVID-19. Los investigadores compararon casi doscientos cincuenta mil (250 000) pacientes con COVID-19 diagnosticados entre febrero y julio de 2020. En México, un estudio realizado en 2021 reveló que los grupos de población más pobres presentaban menores índices de supervivencia a esta enfermedad. Las personas que vivían en municipios con pobreza extrema tenían un riesgo un nueve por ciento (9 %) mayor de morir en comparación con las que vivían en municipios sin pobreza ([Millán-Guerrero et al, 2021](#)). En Afganistán, con frecuencia las personas no tuvieron otra opción que estar fuera en los mercados vendiendo mercancías o intercambiándolas por alimentos, con el consiguiente riesgo de infección ([Glinski, 2020](#)). Del mismo modo, en Inglaterra, los adultos en edad laboral que vivían en las zonas más pobres tenían casi cuatro veces más probabilidades de morir que los que vivían en zonas ricas. Dos factores determinantes fueron la escasez de subsidios obligatorios por enfermedad y la dificultad para acceder a los pagos por aislamiento, dos factores que dificultaron el aislamiento de la población más pobre. Al mismo tiempo, las personas que vivían en zonas desfavorecidas tenían muchas más probabilidades de padecer enfermedades preexistentes, lo que las hacía más vulnerables ([Mahase, 2021](#)).

Algunos grupos también eran físicamente más vulnerables a la COVID-19, y no se hizo lo suficiente para mitigar estos riesgos. Las personas con discapacidad suelen tener problemas de salud que las hacen más vulnerables a la enfermedad. Como resultado, los índices de mortalidad de las personas con discapacidad son más elevados. Las personas mayores también son más propensas a sufrir efectos graves en su salud derivados de la COVID-19 por razones similares, y esto puede verse agravado por factores sociales como las condiciones de vida. Las personas mayores suelen vivir con sus familiares en un espacio reducido, en contextos en los que no existen otras alternativas, o en entornos institucionales como residencias de ancianos o de mayores. Ambos entornos conllevan un mayor riesgo de infección ([OMS, sin fecha](#)). Asimismo, algunas personas mayores viven solas, con menos posibilidades de pedir ayuda, menor acceso a la información y menos disposición para detectar un problema ([Federación Internacional, 2020b](#)).

4.1.2 Deterioro de los medios de subsistencia y agravamiento de la pobreza

Los trastornos socioeconómicos causados por la pandemia y la intervención ante esta generaron un aumento de la pobreza, incluida la pobreza extrema. Se incrementó la cantidad de personas en riesgo de sumirse en la pobreza, y al parecer se trata de un efecto persistente debido a la continua incertidumbre sobre la economía mundial. Según las estimaciones de un estudio, en 2021 la cantidad de personas en situación de pobreza extrema aumentó en ciento quince (115) millones, en gran medida debido a la pandemia ([Mendez Ramos y Lara, 2022](#)). De acuerdo con las previsiones del Banco Mundial, los índices mundiales de pobreza de 2022 serán equivalentes a los de 2019, lo que significa que se han perdido varios años de progreso ([Banco Mundial, 2022b](#)).

Las personas que trabajan en sectores informales y/o sin contrato se vieron muy afectadas. Como consecuencia, varios grupos sufrieron pérdidas particularmente graves en sus medios de subsistencia. Por ejemplo, las mujeres se vieron perjudicadas de forma desproporcionada. Según un informe de ONU Mujeres de 2020, las mujeres vieron peligrar su empleo un diecinueve por ciento (19 %) más que los hombres durante la pandemia. En parte, se debió a que tenían más probabilidades de trabajar en el sector informal sin contrato y, además, a que solían trabajar en el ámbito de los servicios y el turismo; en ambos casos se vieron gravemente afectadas por las restricciones que impusieron los gobiernos para controlar la enfermedad. La ONU estimó que la brecha de pobreza de género aumentará para 2030 como consecuencia de ello. Mientras que en 2021 había ciento siete (107) mujeres en situación de pobreza por cada cien (100) hombres, en 2030 esa cifra podría aumentar a ciento diez (110) ([Azcona et al, 2020](#)).

Los migrantes, entre ellos solicitantes de asilo, refugiados y otras personas desplazadas, sufrieron pérdidas similares en sus medios de subsistencia. En bastantes casos, tenían medios de subsistencia precarios y un acceso limitado a los servicios públicos de apoyo. Las personas indocumentadas o en situación irregular se exponían a riesgos particulares. Numerosos migrantes trabajan en el sector informal, sin contratos ni otras protecciones. A menudo fueron los primeros en perder su empleo cuando las empresas entraron en dificultades y muchos no tuvieron acceso a medidas de apoyo socioeconómico por parte del gobierno, o solo accedieron de forma limitada ([Jones et al, 2021](#)). En Turquía, a fines de 2021 numerosos refugiados habían adoptado estrategias de afrontamiento negativas, por ejemplo, el consumo de alimentos menos preferidos y más baratos ([Media Luna Roja Turca, 2021](#)).

Por otra parte, las economías de la mayoría de los países no han sido optimizadas para las personas con discapacidad. Por ejemplo, en general no se fomentan las modalidades de trabajo a distancia e híbridas, pese a que estas permiten trabajar a las personas con discapacidad. Durante la pandemia se produjo un enorme aumento del trabajo a distancia, pero ahora numerosos empleadores presionan para que los empleados vuelvan al lugar de trabajo. Toda pérdida de ingresos es particularmente perjudicial para los hogares de las personas con discapacidad, debido a los costos adicionales de los dispositivos de asistencia y otros artículos de primera necesidad. En consecuencia, el trastorno económico de la pandemia ha colocado a las personas con discapacidad en una situación de alto riesgo de sumirse en la pobreza ([Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos \(ACNUDH\), 2020a](#)).

4.1.3 Interrupción de la escolarización de millones de niños

En numerosos países se cerraron escuelas, en algunos casos durante varios meses. El alcance y la duración de la interrupción variaron enormemente: algunos países como Dinamarca solo cerraron las escuelas durante uno o dos meses, pero otros como México y los Emiratos Árabes Unidos mantuvieron cerradas al menos algunas escuelas durante casi un año ([Leon Rojas et al, 2022](#); [Meinck et al, 2022](#)). En septiembre de 2021, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) estimó que los escolares habían perdido un total de 1,8 billones de horas de aprendizaje presencial ([UNICEF, 2021](#)). Los niños migrantes se vieron especialmente afectados porque su educación a menudo ya se vio interrumpida por obstáculos como problemas de matriculación y barreras lingüísticas ([You et al, 2020](#)).

El cierre de escuelas interrumpió la educación de los niños, así como sus actividades físicas y sociales, fundamentales para su desarrollo. A menudo, las escuelas se adaptaron mediante la enseñanza a distancia (véase el recuadro 4.1, ESTUDIO DE CASO: educación infantil en Zimbabue durante la pandemia). Sin embargo, esto no fue posible en todos los casos, sobre todo para quienes tenían un acceso deficiente a internet o un espacio limitado. Por ejemplo, entre los refugiados de Turquía, el treinta y uno por ciento (31 %) de los niños no pudo acceder a la enseñanza en línea ([Media Luna Roja Turca, 2020](#)). Cuando los niños se ven privados temporalmente de la educación, una proporción significativa no reanuda sus estudios nunca ([Save the Children, 2020](#)). El cierre de escuelas también tuvo otras repercusiones. Por ejemplo, la pérdida de acceso a las comidas escolares fue significativa para los niños en situación de pobreza, que a menudo obtienen una parte importante de su nutrición en la escuela. Un estudio del Observatorio Humanitario de Cruz Roja Argentina concluyó que los niños eran “particularmente vulnerables” a los daños psicosociales ([Cruz Roja Argentina, 2021](#)). Los niños que no podían asistir a clase de manera presencial solían mostrar ansiedad, desánimo, trastornos del sueño y del apetito, y deterioro de las interacciones sociales. Los investigadores concluyeron: “En situaciones de emergencia, la escuela es un espacio fundamental de contención emocional, continuidad educativa y apoyo social y material a los alumnos y sus familias”.

“

En muchos países, los sistemas de protección social son limitados, pese a los grandes impulsos durante la pandemia de COVID-19. Solo el 46,9% de la población mundial está cubierta por prestaciones de protección social.

”



4.1.4 Aislamiento social generalizado y perjuicio para la salud mental

Numerosas personas sufrían un grave aislamiento social. A menudo esto se debía a las restricciones de circulación impuestas por el gobierno. Sin embargo, incluso fuera de los confinamientos obligatorios, las personas que se sentían particularmente vulnerables debido a su mayor riesgo de infección (como resultado de condiciones de salud subyacentes, discapacidades o edad) debieron aislarse para evitar contraer el virus. Al mismo tiempo, muchas personas se vieron afectadas en su salud mental: en 2020 se informó que aproximadamente una de cada tres personas sufría estrés, ansiedad o depresión ([Salari et al, 2020](#)).

Por otra parte, numerosas personas mayores ya estaban aisladas o tenían problemas de movilidad. Esto les dificultó la obtención de información sobre lo que debían hacer durante la pandemia, así como la obtención de alimentos y medicamentos esenciales ([Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible \(GNUDS\), 2020](#)). Asimismo, sus vínculos sociales con amigos, familiares y vecinos se vieron a menudo gravemente alterados. Por ejemplo, en Armenia, las personas mayores informaron que los centros de cuidado diurno que actuaban como centros sociales fueron cerrados ([Cruz Roja de Armenia, 2021](#)).

Los efectos sobre la salud mental fueron graves para las personas mayores, al menos en algunos países. En el Reino Unido, algunas de ellas sufrieron ansiedad, depresión, desánimo y pérdida de esperanza. Aun cuando el gobierno flexibilizó las restricciones, muchos tuvieron miedo de salir. También hay pruebas de un nuevo y emergente deterioro cognitivo, que puede haberse visto exacerbado por la pandemia ([Age UK, 2020](#)).

Los niños y los jóvenes han sido afectados por daños similares ([Global Youth Mobilization, sin fecha](#)). En una encuesta realizada a adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe, el veintisiete por ciento (27 %) declaró haber sentido depresión en algún momento y el quince por ciento (15 %) manifestó haberse sentido así en los siete días anteriores. Además, el cuarenta y seis por ciento (46 %) declaró tener menos motivación para hacer cosas que normalmente disfrutaba. También se habían vuelto más pesimistas sobre el futuro ([UNICEF, 2020](#)).

De manera análoga, numerosas personas con discapacidad dependen de un apoyo específico para acceder a los servicios esenciales. En consecuencia, las restricciones de circulación tuvieron a veces efectos negativos más importantes en las personas con discapacidad que en el resto ([ACNUDH, sin fecha](#)). Por ejemplo, las normas que obligaban a las personas a acudir solas a las citas médicas reducían la accesibilidad de las personas que necesitaban asistencia ([ACNUDH, 2021](#)).

Existen pruebas considerables de las repercusiones en la salud mental de los niños, algunas de las cuales son atribuibles, al menos en parte, al cierre de escuelas ([Federación Internacional, 2021g](#)). Un metaanálisis de diecisiete revisiones sistemáticas identificó una amplia gama de síntomas de salud mental, como ansiedad, depresión, trastornos del sueño, comportamiento suicida y trastornos relacionados con el estrés.

4.1.5 Aumento de la violencia contra los grupos vulnerables

La violencia contra las mujeres aumentó durante la pandemia. En una encuesta se señaló que, desde la pandemia, aproximadamente el cuarenta por ciento (40 %) de las mujeres se sienten más inseguras en los espacios públicos, el veinticinco por ciento (25 %) afirma que los conflictos domésticos se han hecho más frecuentes y el setenta por ciento (70 %) afirma que los abusos verbales o físicos por parte de la pareja se han hecho más comunes ([ONU Mujeres, 2021](#)). Restricciones como el aislamiento exponen especialmente a las mujeres a un **mayor riesgo de violencia sexual y por motivos de género**. Las mujeres con parejas que las maltrataban se encontraron efectivamente encerradas en sus casas, a menudo durante meses. Esto significaba que pasaban más tiempo en contacto con sus agresores, al tiempo que no podían obtener ayuda. A principios de 2020, en Sudáfrica, la primera semana del confinamiento nacional registró un aumento del 30% en los casos de violencia de género en comparación con el mismo período de 2019 ([MSF, Sudáfrica, 2020](#)).

Múltiples factores contribuyeron al aumento de la violencia contra los niños. Estos incluyen “restricciones de circulación, pérdida de ingresos, aislamiento, hacinamiento y altos niveles de estrés y ansiedad” ([End Violence Against Children, 2020](#)). El cierre de las escuelas supuso que algunos niños se vieran confinados en sus casas con familiares abusivos, y denunciaron más incidentes de violencia como consecuencia de ello ([Ritz et al, 2020](#)). Las redes informales de apoyo de familiares y amigos se vieron interrumpidas. Aunque algunos niños pudieron comunicarse con sus seres queridos en línea, también aumentó el hostigamiento en línea ([Bhatia et al, 2021](#)).

Las personas LGBTQ+ también han sufrido mayores índices de violencia, por ejemplo al ser confinadas con familiares irrespetuosos o sometidas a detenciones selectivas. En algunos países, han sido “señaladas, culpadas, maltratadas, encarceladas y estigmatizadas como vectores de enfermedades” ([ACNUDH, 2020b](#)).

4.1.6 Exclusión de numerosos grupos de los servicios esenciales

Para quienes se encontraban sobre el terreno, un problema crítico fue la falta de acceso a los servicios gubernamentales. Incluso antes de la pandemia, las personas migrantes que vivían en situaciones precarias, incluidas las que carecían de documentos de residencia o se encontraban en situación irregular, se enfrentaban a obstáculos para acceder a servicios esenciales como la atención sanitaria, el alojamiento provisional, la alimentación y la asistencia jurídica. A veces esto se debió a que estaban excluidos de manera explícita de los programas gubernamentales. Sin embargo, también influyeron factores indirectos o barreras prácticas. Por ejemplo, numerosos migrantes temen ser detenidos o deportados, viven en lugares donde no hay servicios sanitarios adecuados o se enfrentan a barreras lingüísticas ([Federación Internacional, 2018](#)). Las barreras se exacerbaron durante la pandemia ([Federación Internacional, 2021e](#)). Muchas personas migrantes y refugiadas no pudieron someterse a las pruebas de detección y rastreo de COVID-19 para determinar si tenían la enfermedad. Tampoco pudieron obtener tratamiento en caso de enfermar. En algunos casos, los confinamientos y el cierre de fronteras dejaron a las personas

desamparadas sin apoyo o en riesgo de quedar indocumentadas ([Federación Internacional, 2020c](#)). Por último, a menudo se excluyó inicialmente a los migrantes de los planes de vacunación –en especial a los migrantes indocumentados– y esto aún no se ha remediado del todo (véase el capítulo 3) ([laboratorio sobre migración de organizaciones de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, 2021](#)).

4.1.7 Los daños generalizados de los desastres

Nada de esto debería sorprender. Enfermedades como la tuberculosis se pueden prevenir, pero aún devastan vidas y comunidades porque la pobreza permite su propagación ([Moutinho, 2022](#)). La COVID-19 no es una excepción en este sentido. En términos más generales, está bien establecido que los desastres de cualquier tipo pueden tener enormes consecuencias socioeconómicas, entre ellas la profundización de las inequidades. Por ejemplo, las personas pobres se ven afectadas de manera desproporcionada por tres razones principales. En primer lugar, tienen más probabilidades de estar expuestas a los peligros, ya que a menudo se ven obligadas a vivir en zonas menos recomendables y más expuestas, como las riberas de los ríos y las zonas inundables, donde las condiciones de alojamiento son deficientes. En segundo lugar, suelen perder una fracción mayor de su patrimonio cuando se producen amenazas. Y, en tercer lugar, tienen menos capacidad para hacer frente y recuperarse debido a la falta de reservas financieras y de lugares alternativos donde vivir ([Hallegatte et al, 2020](#)). Del mismo modo, los desastres no son neutrales desde el punto de vista del género, sino que las mujeres suelen verse más afectadas que los hombres, sobre todo en sus oportunidades económicas ([Llorente-Marrón et al, 2020](#)). Por ejemplo, la violencia por motivos de género suele aumentar tras un desastre ([Federación Internacional, 2015](#)). Análogamente, la violencia contra los niños y la trata de seres humanos también tienden a aumentar ([Federación Internacional, 2021f](#)). En este sentido, la pandemia de COVID-19 se ha parecido en gran medida a cualquier otro tipo de desastre, solo que a una escala mucho mayor. Para minimizar los efectos de amenazas futuras como los brotes de enfermedades, es necesario abordar estas inequidades ahora.



2020, Burkina Faso. A medida que aumenta la cantidad de casos confirmados de COVID-19 en Burkina Faso, los voluntarios de la Cruz Roja local llevan a cabo una serie de actividades de sensibilización y mitigación en los campamentos de personas internamente desplazadas en Kaya. Una propagación del virus entre esta población podría ser devastadora. © Cruz Roja de Burkina Faso

RECUADRO 4.1 / ESTUDIO DE CASO

EDUCACIÓN INFANTIL EN ZIMBABUE DURANTE LA PANDEMIA

El colegio independiente de la Cruz Roja en Harare, Zimbabwe, se estableció en 2015 ([Federación Internacional en Facebook, 2018](#)). La escuela comenzó con una reducida cantidad de niños huérfanos y vulnerables con el apoyo financiero de los donantes. Las donaciones terminaron en 2019, por lo que la escuela también inscribió a estudiantes matriculados para cubrir sus gastos de funcionamiento.

A raíz de la pandemia de COVID-19, el gobierno de Zimbabwe impuso medidas de aislamiento, incluido el cierre de escuelas ([Rwezuvu et al, 2021](#)). Esto supuso un reto para el colegio, tanto desde el punto de vista educativo como financiero. A modo de medida paliativa, el gobierno introdujo lecciones radiofónicas nacionales, que aumentaron el acceso de los alumnos a las oportunidades de aprendizajes ([Mokwetsi, 2020](#)).

Para proseguir la educación de los niños, la administración del colegio decidió adoptar plataformas en línea. Antes de la pandemia, esta opción no era muy popular en Zimbabwe, por lo que muchas escuelas no tenían preparados programas educativos en línea atractivos. El colegio no fue una excepción. Al principio, los alumnos y los padres también dudaban de la educación en línea. Además, como había alumnos tanto en régimen de internado como diurnos, no se podía acceder a algunos estudiantes que vivían fuera de Harare.

Las clases en línea empezaron con algunos alumnos de pago. El acceso a la tecnología digital y a internet fue un problema inmediato. Algunos alumnos y padres no tenían teléfonos inteligentes ni acceso a internet, por lo que no podían participar en las clases. El colegio no podía proporcionarles apoyo tecnológico, pero sí acceso a internet a los profesores. La mejor solución que encontró la escuela fue utilizar plataformas de Google como Meet y Classroom, junto con la mensajería de WhatsApp.

En consecuencia, algunos alumnos optaron por no incorporarse. Algunos padres optaron por contratar profesores particulares en lugar de pagar las cuotas escolares. Otros enviaron a sus hijos a clases extracurriculares en sus propias comunidades, aunque el gobierno las declaró ilegales.

Las clases en línea supusieron una gran ayuda, pero el cierre de las escuelas siguió afectando al colegio. Todos los alumnos se vieron afectados de forma diferente, pero para muchos sus calificaciones han empeorado. El plan de estudios se vio interrumpido y las clases en línea no fueron tan productivas como las presenciales. Los alumnos más pobres, incapaces de acceder a internet, quedaron excluidos. Por último, las calificaciones de los estudiantes en los exámenes nacionales también empeoraron, ya que los exámenes continuaron pese a la interrupción de la educación.

Los retos de la pandemia subrayaron la necesidad de que el centro contara con un laboratorio informático funcional y bien equipado, así como con servicios de internet confiables. Los profesores todavía necesitan apoyo para acceder a la tecnología. El centro también tiene previsto utilizar la enseñanza en línea en épocas que no sean de emergencia, junto con las clases tradicionales, para normalizarla antes de futuras crisis.

4.2 ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS

IMPORTANCIA DE NO SUBESTIMAR LOS EFECTOS SOCIOECONÓMICOS DE LAS AMENAZAS

Las repercusiones socioeconómicas de la pandemia de COVID-19, así como de otros desastres, ponen de relieve la necesidad de adoptar un enfoque holístico para hacer frente a las amenazas. Se trata de problemas sistémicos en los que un único acontecimiento se ramifica por toda la sociedad, ocasionando múltiples consecuencias. Aunque mañana se pudiera eliminar de algún modo la pandemia de COVID-19, sus efectos se propagarían durante años.

Los diecisiete (17) objetivos de desarrollo sostenible (ODS) ofrecen un marco para reflexionar sobre la incidencia de las amenazas en toda la sociedad y sobre el modo de reducir la vulnerabilidad general (ONU, DAES, sin fecha). Los objetivos abarcan, entre otros, “fin de la pobreza” o “ciudades y comunidades sostenibles”. Si bien se enumeran por separado, existen múltiples sinergias. Por ejemplo, uno de los objetivos es “agua limpia y saneamiento”, que contribuye al objetivo de “salud y bienestar”. Las diversas repercusiones de la pandemia de COVID-19 pueden apreciarse en nuestro avance hacia los ODS, que se ha ralentizado y, en algunos casos, invertido (Lekagul et al, 2022). De conformidad con el *Informe sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2022*, es poco probable que los ODS se alcancen en 2030 tal como se pretendía (ONU, DAES, 2022a). La pandemia de COVID-19 borró más de cuatro años de avances en materia de pobreza, detuvo el progreso en la cobertura sanitaria universal y contribuyó a que ciento cuarenta y siete (147) millones de niños perdieran más de la mitad de su escolarización presencial en 2020-2021 (véase el recuadro 4.2, ESTUDIO DE CASO: retraso de los objetivos de desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe).

Las personas afectadas por múltiples formas de discriminación son intrínsecamente más vulnerables a los brotes de enfermedades y otros peligros. Las inequidades provocan tensiones económicas, acceso desigual a servicios esenciales como la asistencia de salud, y tensiones políticas. Las sociedades en las que esta situación se produce de forma generalizada tienen menos capacidad para afrontar los peligros. Son más propensas a sufrir graves perturbaciones, como el colapso de servicios esenciales. En estas comunidades tan desiguales, incluso un pequeño peligro puede ser la gota que colme el vaso. Sin embargo, si se reducen las inequidades, se refuerzan las redes de seguridad social y se impulsan los medios de subsistencia, es posible reducir la vulnerabilidad de la sociedad.

Los sistemas de protección social, incluidas las redes de seguridad social, fueron cruciales para ayudar a la población a soportar los embates de la pandemia (Tirivayi et al, 2020). Muchos gobiernos pusieron en marcha nuevos planes, como las transferencias monetarias sin restricciones para los ciudadanos. En una “revisión en vivo” efectuada por el Banco Mundial se descubrió que, hasta enero de 2022, doscientas veintitrés (223) economías habían planificado o aplicado 3 856 medidas de protección social y laboral. Gran parte de ellas se introdujeron de forma precipitada al principio de la pandemia: en marzo de 2020, se crearon en promedio ciento ochenta (180) por semana. Durante 2020 y 2021, los países invirtieron más de

tres billones de dólares en estas intervenciones. Los programas de transferencia monetaria fueron los más frecuentes (véase el recuadro 4.5: las transferencias monetarias como forma de protección social), aunque también fueron comunes las donaciones en especie de bienes como alimentos ([Gentilini et al, 2022](#)).

Lamentablemente, estos sistemas de protección social a veces demoraron su actuación y no prestaron asistencia a todas las personas que la necesitaban. La lentitud de las intervenciones fue extremadamente problemática porque numerosas personas tenían reservas limitadas de efectivo o alimentos (véase el recuadro 4.3: demoras en la protección social durante la pandemia). Por ejemplo, Malawi anunció en abril de 2020 que proporcionaría transferencias monetarias urbanas, prácticamente cuando el gobierno también anunció un confinamiento. Sin embargo, se produjeron múltiples retrasos y los pagos no comenzaron hasta febrero de 2021 ([Bastagli y Lowe, 2021](#)).

Análogamente, los regímenes de protección social a menudo no incluían a todas las personas. En muchos países, las prestaciones relativas a la COVID-19 eran mucho más completas que los mecanismos anteriores. No obstante, a menudo fueron considerados una necesidad temporal mientras duró la emergencia, en lugar de un cambio hacia una forma más inclusiva de protección social a largo plazo. En algunos casos, se crearon y/o reforzaron estereotipos negativos sobre los beneficiarios. En Sudáfrica, se contactó principalmente a las mujeres como medio para atender a las personas de las que se ocupaban, más que para abordar su propio bienestar. También se excluyó a las mujeres de recibir subvenciones si ya recibían una subvención para la manutención de los hijos. Los defensores de la igualdad de género han expresado su preocupación ante la posibilidad de que estos acuerdos afecten negativamente los derechos de las mujeres. Mientras tanto, en Perú, las poblaciones urbanas marginadas eran percibidas a veces como “sucias” o “desorganizadas” y, por tanto, como una amenaza para la salud pública, y estas percepciones se exacerbaban durante la pandemia ([Bastagli y Lowe, 2021](#)).



2020, Sudáfrica. La filial de Bloemfontein de la Cruz Roja Sudafricana y el Departamento de Salud de Sudáfrica han instalado laboratorios móviles de detección y pruebas, donde voluntarios de la Sociedad Nacional ayudan a los pacientes con las lecturas de la temperatura y la confección del historial médico en casos de posible exposición al virus que causa la COVID-19. © Moeletsi Mabe, Federación Internacional

RECUADRO 4.2 / ESTUDIO DE CASO

RETRASO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) fueron acordados por la Organización de las Naciones Unidas en 2015, y las naciones se comprometieron a alcanzarlos para 2030. Sin embargo, la pandemia de COVID-19 contribuyó a retrasos en múltiples metas.

En un informe publicado en 2022, la Federación Internacional concluye que en América Latina y el Caribe no se cumplirán varias metas de los ODS. Se evaluó la incidencia de la pandemia en seis ODS y se concluyó que todos habían sufrido retrasos, algunos de ellos de varias décadas. Por ejemplo, la erradicación de la pobreza extrema en la región se ha retrasado treinta (30) años (ODS 1), las dietas se han deteriorado (ODS 2) y se ha perdido el diez por ciento (10 %) de los puestos de trabajo (ODS 8) (Federación Internacional, 2022d).



2021, Brasil. La Cruz Roja Brasileña interviene en la emergencia causada por la COVID-19 mediante la prestación de asistencia humanitaria a las poblaciones vulnerables, así como en la realización de tareas de apoyo psicosocial y promoción de la higiene. © Cruz Roja Brasileña

RECUADRO 4.3 / ESTUDIO DE CASO

DEMORAS EN LA PROTECCIÓN SOCIAL DURANTE LA PANDEMIA

En mayo de 2020, Perú anunció que pondría en marcha un programa casi universal de transferencias monetarias denominado bono familiar universal. Sustituía a tres programas de emergencia preexistentes, cada uno de ellos dirigido a un grupo limitado de beneficiarios.

Los hogares que ya estaban registrados empezaron a recibir los pagos en mayo. Sin embargo, los que necesitaban inscribirse por primera vez tuvieron que esperar hasta agosto para recibir su primer pago. Estas personas tuvieron que soportar un estricto confinamiento que duró desde mediados de marzo hasta fines de junio (Lowe et al, 2021). Las personas que no se habían registrado previamente eran principalmente trabajadores informales y empleados domésticos informales procedentes de entornos desfavorecidos y grupos vulnerables.



2020, Perú. La Cruz Roja Peruana distribuye víveres, cocinas y utensilios a diferentes ollas comunes (espacios gestionados principalmente por mujeres, donde se organizan y cocinan para su comunidad, con prioridad en niños y ancianos) en diferentes lugares de Lima, capital de Perú. Esta distribución fue en Villa María del Triunfo. © Cruz Roja Peruana

4.3 MEDIDAS NECESARIAS FOMENTO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL PARA CONTRIBUIR A LA PROSPERIDAD DE LAS COMUNIDADES

Sin duda llegará otra crisis como la de COVID-19, y podría adoptar múltiples formas (véase el capítulo 1). Antes de que esto ocurra, es necesario fortalecer todos los sistemas para contar con la preparación necesaria.

En este informe se presta especial atención a los sistemas sanitarios: cauces para su fortalecimiento a nivel comunitario (capítulo 2) y a escala internacional (capítulo 3), cauces para mejorar la recopilación y el análisis de datos sanitarios (capítulo 5), y cauces para mejorar la legislación en materia de salud (capítulo 6). Sin embargo, hace falta avanzar más. La pandemia de COVID-19 ha sido una crisis de múltiples dimensiones, y lo mismo ocurrirá con las grandes amenazas futuras ([PNUD, sin fecha](#)). La próxima crisis, tal como ocurrió con la de COVID-19, tendrá sus efectos más graves sobre las personas más vulnerables; causará la pérdida de medios de subsistencia y agravará la pobreza; perturbará la educación de los niños; amenazará la salud mental de todas las personas; y aumentará la violencia contra los grupos vulnerables. Esto exige un fortalecimiento de la resiliencia de toda la sociedad.

Si se analizan nuevamente los ODS, los retrasos causados por la pandemia de COVID-19 pueden revertirse mediante una acción enérgica. En un informe elaborado en 2021 por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo se llegaba a la conclusión de que, incluso antes de la pandemia, era poco probable que se alcanzaran muchos de los objetivos para 2030, conforme estaba previsto ([Abidoye et al, 2021](#)). Sin embargo, en el informe también se argumentaba que los avances podían acelerarse mediante intervenciones específicas en ámbitos fundamentales, incluida la protección social. Esto bastaría para superar la mayor parte de las pérdidas causadas por la pandemia de COVID-19 y permitir a muchos más países alcanzar sus objetivos para 2030.

Del mismo modo, algunos de los desajustes sufridos por la educación se han atenuado gracias a una acción concertada. Treinta y tres (33) Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja apoyaron la educación de 4,2 millones de personas, ya sea mediante la continuidad de su educación y/o la posibilidad de regresar a las escuelas en condiciones de seguridad ([Federación Internacional, 2022a](#)). Esto se logró a través de diversos programas, entre ellos: comunicación de riesgos y promoción de la higiene en las escuelas; asistencia en especie o en efectivo para equipos y materiales de enseñanza a distancia; y apoyo a la educación en el hogar para los estudiantes.

RECUADRO 4.4 / ESTUDIO DE CASO

RED DE SEGURIDAD SOCIAL DE EMERGENCIA: PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA POBLACIÓN REFUGIADA EN TURQUÍA

Los regímenes de protección social pueden contribuir a que las personas más vulnerables superen una crisis grave. Así lo demuestra la experiencia de los refugiados que vivían en Turquía durante la pandemia de COVID-19.

Turquía acoge a más de cuatro millones de refugiados: la mayor población de refugiados del mundo. Muchos han huido del actual conflicto en Siria. A pesar de los grandes esfuerzos del gobierno de Turquía, una gran parte de ellos viven en circunstancias precarias. Ante esta situación, en 2016 se puso en marcha el plan de ayuda social de urgencia. Desde fines de 2022 entrega donaciones mensuales en efectivo a más de 1,5 millones de refugiados (véase el recuadro 4.5: las transferencias monetarias como forma de protección social). Financiado por la Unión Europea, está gestionado por la Federación Internacional y la Media Luna Roja Turca, junto con instituciones gubernamentales ([Federación Internacional, sin fecha](#)).

El plan de ayuda social de urgencia es el mayor programa humanitario en la historia de la Unión Europea y de la Federación Internacional ([Dirección General de Protección Civil y Operaciones de Ayuda Humanitaria Europeas, sin fecha](#)). Es un ejemplo de la manera en que las organizaciones humanitarias pueden fortalecer los planes nacionales de protección social y atender a personas vulnerables que, de otro modo, quedarían excluidas, con el consiguiente fomento de la **equidad**.

Cuando comenzó la pandemia de COVID-19 a principios de 2020, muchos refugiados se vieron imposibilitados para trabajar debido a las restricciones. El 78,4 % de los hogares beneficiarios del plan de ayuda social de urgencia y el 81,2 % de los hogares no beneficiarios informaron de que al menos un miembro del hogar había perdido su empleo debido a la pandemia de COVID-19.

Ante esta situación, mediante el plan de ayuda social de urgencia se distribuyó la mayor transferencia de efectivo de la Federación Internacional hasta la fecha. Se entregó dinero a 1,8 millones de refugiados: cada familia recibió el equivalente a ciento veintiocho (128) euros. Para muchos, este fue su único ingreso durante el confinamiento. Un informe publicado en 2021 reveló que los refugiados que recibieron las transferencias monetarias eran menos propensos a recurrir a estrategias negativas de afrontamiento en comparación con quienes no las recibieron, así como también una deuda promedio más baja ([Federación Internacional, 2021a](#)).



Habida cuenta de los graves efectos de las inequidades durante la pandemia, urge mejorar notablemente la protección social, incluidas las redes de seguridad social ([Cuevas Barron et al, 2021](#)). En muchos países, los sistemas de protección social son limitados, pese a los grandes impulsos durante la pandemia de COVID-19. Solo el 46,9% de la población mundial está cubierta por prestaciones de protección social ([OIT, 2021](#)). Sin embargo, los sistemas de protección social son esenciales para ayudar a las personas a sobrevivir a los desastres y a prosperar posteriormente, por lo que se los debe fortalecer ([Centro de organizaciones de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja sobre el clima, sin fecha](#)). La Alianza para la Acción Temprana informada sobre el Riesgo (REAP) ha señalado que la protección social es crucial para las poblaciones vulnerables al clima (REAP, 2021); sus argumentos se aplican con la misma validez a las pandemias y otros peligros. Del mismo modo, desde una fase temprana, el llamamiento de emergencia formulado por la Federación Internacional motivado por la pandemia de COVID 19 incluyó las consecuencias socioeconómicas como uno de sus tres pilares principales (véase el recuadro 4.4, ESTUDIO DE CASO: red de seguridad social de emergencia: protección social para la población refugiada en Turquía).

Los mejores sistemas de protección social son sensibles a las crisis, es decir, comienzan automáticamente a prestar asistencia cuando se observan ciertos signos de alerta de un desastre. La mejor forma de prestar asistencia suele ser distribuida mediante transferencias monetarias y cupones (véase el recuadro 4.5: las transferencias monetarias como forma de protección social) ([PNUD, 2021](#)).

Es esencial velar por que todas las personas estén inscritas en el sistema de protección social. Esto garantiza que las personas no caigan en la pobreza, o sufran efectos desproporcionados en su salud, como resultado de futuras crisis ([Banco Mundial, 2022a](#)). En numerosos países, los gobiernos no pueden acceder a algunas comunidades. Asimismo, es posible que algunas personas no dispongan de documentos de identidad o de una situación migratoria regular y, por tanto, no puedan registrarse. En algunos casos, las personas simplemente desconocen la existencia del sistema de protección social. Los trabajadores humanitarios y otros agentes locales con fuertes vínculos con las comunidades locales pueden desempeñar un papel esencial para conectar a las personas, incluidos los migrantes, con los sistemas de protección social, ayudarles a registrarse y garantizar que reciban asistencia ([CashHub, 2020b](#)).

La era de la COVID-19 ha demostrado que los sistemas de protección social pueden mejorarse radicalmente si existe voluntad política. Por ejemplo, el gobierno de Ecuador trabajó con el Banco Mundial para ampliar y mejorar sus sistemas de protección social. Las transferencias de emergencia se ampliaron a principios de 2020, primero mediante la entrega de dos cuotas mensuales de sesenta (60) dólares a cuatrocientos mil (400 000) hogares vulnerables, y luego un pago único de ciento veinte (120) dólares a más de cuatrocientos mil (400 000) beneficiarios adicionales. En paralelo, el Gobierno redujo el tiempo medio necesario para acceder a las prestaciones por desempleo de sesenta (60) días en 2019 a seis (6) días. También creó un registro migratorio para garantizar la prestación de servicios públicos a los migrantes y refugiados venezolanos ([Banco Mundial, 2021](#)).

No obstante, los sistemas de protección social no resuelven por sí solos todas las inequidades. La discriminación y la violencia exigen otras soluciones. Una de ellas consiste en la protección jurídica de los derechos de las personas (véase el capítulo 6). En términos más generales, el cambio hacia comunidades prósperas debe dar prioridad a la equidad y la inclusión. Es esencial atender a todas las personas, sobre todo a las poblaciones marginadas, poco representadas o discriminadas, así como a los grupos que sufrieron una mayor vulnerabilidad durante la pandemia de COVID-19 y otros desastres recientes, y que sufrieron de manera desproporcionada como consecuencia de ello. Existe una compleja interacción entre la violencia, la discriminación y la exclusión: están vinculadas de forma inextricable y deben ser abordadas en conjunto ([Federación Internacional, 2022c](#)). En la medida en que se pueda interrumpir este círculo vicioso de violencia, discriminación, exclusión y vulnerabilidad, mayores serán las posibilidades de encontrar soluciones holísticas, sostenibles y equitativas para el próximo brote de enfermedad y otros peligros.

La consecución de esta forma de resiliencia exige una acción conjunta de los agentes humanitarios, de desarrollo, sanitarios, de paz y climáticos. También es necesaria la contribución de la sociedad civil, incluidas las instituciones confesionales. Aunque estos ámbitos son distintos, no deben separarse. Solo mediante la adopción de este enfoque holístico de toda la sociedad será posible una verdadera recuperación de la pandemia de COVID-19. No se trató simplemente de una crisis sanitaria: causó enormes perjuicios económicos, supuso un retroceso en materia de derechos humanos y desencadenó crisis sociales. Para evitar que una calamidad semejante vuelva a repetirse, es necesario un esfuerzo efectivamente coordinado. La atención debe estar centrada en el fortalecimiento de las capacidades de las comunidades y en ayudarlas a tomar la iniciativa en la configuración de su propio futuro.

RECUADRO 4.5: LAS TRANSFERENCIAS MONETARIAS COMO FORMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Las transferencias monetarias constituyen una de las formas más importantes de asistencia. En comparación con otras formas de ayuda, suelen ofrecer la mayor flexibilidad posible a los beneficiarios, otorgándoles dignidad y autonomía. Estas transferencias han representado una forma crucial de protección social durante la pandemia de COVID-19 ([CashHub, 2020a](#)). Han ayudado a las personas a evitar caer en la pobreza, o caer aún más, cuando sus medios de subsistencia se vieron afectados.

Como todas las modalidades de ayuda, existen límites. Las transferencias monetarias solo resultan viables si se cumplen ciertos factores, como las condiciones del mercado local. Además, requieren un alto grado de **confianza, tanto por parte de los donantes como de los receptores**, en el caso de estos últimos porque las transferencias monetarias requieren tratar datos personales como detalles de cuentas bancarias y situación jurídica.

Sin embargo, estos problemas se ven compensados por las enormes ventajas de las transferencias de efectivo. Una ventaja decisiva es su capacidad de adaptación a la escala adecuada. Permite prestar asistencia inmediata a grandes cantidades de personas, con recursos y personal relativamente mínimos. Por ejemplo, a principios de 2020, la Federación Internacional realizó el mayor conjunto de transferencias monetarias de su historia: 46,4 millones de euros a más de 1,7 millones de refugiados que viven en Turquía (véase el recuadro 4.4, ESTUDIO DE CASO: red de seguridad social de emergencia: protección social para la población refugiada en Turquía) ([Federación Internacional, 2020a](#)). Del mismo modo, en el Caribe, las Sociedades Nacionales de la Federación Internacional proporcionaron a miles de personas dinero en efectivo y formas de ayuda similares, como cupones de supermercado. Hasta abril de 2022, la Cruz Roja de Jamaica había proporcionado ochocientos cinco (805) tarjetas de dinero en efectivo, además de alimentos a diez mil (10 000) familias. Asimismo, la Cruz Roja de Santa Lucía distribuyó tarjetas de dinero en efectivo, cupones de supermercado y alimentos a más de tres mil trescientas (3 300) familias afectadas ([Federación Internacional, 2021c](#)). Muchas Sociedades Nacionales utilizaron transferencias monetarias por primera vez. La Media Luna Roja de Azerbaiyán entregó dinero en efectivo y cupones a cerca de mil (1 000) familias vulnerables gravemente afectadas por la pandemia ([Federación Internacional, 2021d](#)).

La utilidad de las transferencias monetarias es cada vez mayor. Por ejemplo, el actual conflicto en Ucrania ha llevado a millones de refugiados a los países vecinos, y la Federación Internacional y las Sociedades Nacionales han contribuido en parte mediante transferencias de efectivo ([Federación Internacional, 2022b](#)). A fines de mayo, se habían entregado más de 4,3 millones de francos suizos. La intervención se aceleró gracias a una nueva aplicación de registro que permitió a miles de refugiados inscribirse por sí mismos y, de ese modo, los voluntarios pudieron disponer de tiempo para ayudar a personas con necesidades más complejas ([Cruz Roja Polaca, sin fecha](#)).

PRINCIPALES RECOMENDACIONES

Inclusión de medidas contra las inequidades en todas las intervenciones ante emergencias sanitarias y desastres. Resulta crucial abordar las inequidades en la preparación y en la intervención ante toda situación de crisis, desastre o pandemia. Es necesario evaluar, analizar y atender las inequidades en todas las intervenciones en caso de desastre. Los principales agentes (incluidos los locales) deben tener la actitud, la motivación y la capacidad para determinar las personas más afectadas por las inequidades, las exclusiones y las barreras, y deben formular estrategias destinadas a atender sus necesidades. En este sentido, es necesario que las normas jurídicas, las políticas y la planificación en materia de emergencias y desastres de salud pública se centren en mayor medida en hacer frente a la inequidad (véase el capítulo 6); que se utilicen métodos específicos de recopilación de datos para detectar los ámbitos donde existen inequidades y que se imparta formación específica a los agentes de intervención.

Ampliación y perfeccionamiento de los sistemas de protección social con la mayor antelación posible a las crisis. La pandemia de COVID-19 puso de manifiesto que las inequidades sociales pueden exacerbar amenazas como los brotes de enfermedades. Así pues, la reducción de las inequidades mediante el fomento de la protección social puede contribuir a mejorar la resiliencia general de la sociedad. Los sistemas de protección social deben consolidarse para que beneficien a una mayor parte de la población mundial, en particular a quienes más los necesitan, conforme a las evaluaciones incluyentes de la vulnerabilidad y el riesgo. Deben tener capacidad de reacción ante situaciones de emergencia y servir como herramienta ágil de intervención en caso de crisis, mediante el suministro de asistencia que la población pueda recibir con flexibilidad, por ejemplo, dinero en efectivo. Los agentes locales desempeñan un papel decisivo en el registro de todas las personas, incluidas las vulnerables y marginadas.

Medidas para superar las barreras formales e informales que impiden el acceso a servicios esenciales como la salud. A menudo las inequidades se perpetúan por la discriminación y otras barreras de acceso que son sistémicas y menos tangibles. Durante la pandemia, diversos grupos, como los inmigrantes indocumentados, tuvieron dificultades para acceder a las pruebas, el tratamiento o las vacunas. En ocasiones, los sistemas excluyen jurídicamente a algunos grupos o comunidades; otras veces crean desincentivos, como el miedo a la detención o servicios inasequibles. Con la misma frecuencia, los servicios no están disponibles en determinadas comunidades o no se les da prioridad, lo que favorece el descontento y la desconfianza. Todos estos obstáculos deben abordarse en leyes, políticas, planes y formación para preservar la seguridad, la dignidad y el bienestar de todos los miembros de la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

Abidoye B et al (2021) *Leaving No One Behind: Impact of COVID-19 on the Sustainable Development Goals (SDGs)*. UNDP (United Nations Development Programme). <https://www.undp.org/publications/leaving-no-one-behind-impact-covid-19-sustainable-development-goals-sdgs>

Age UK (2020) *The impact of COVID-19 to date on older people's mental and physical health*. <https://www.ageuk.org.uk/latest-press/articles/2020/10/age-uk--research-into-the-effects-of-the-pandemic-on-the-older-populations-health/>

Argentine Red Cross (2021) *Investigation on Childhood in Argentina: National Survey*. <https://cruzroja.org.ar/observatorio-humanitario/wp-content/uploads/2021/11/Report-Childhood.pdf>

Armenian Red Cross Society (2021) *Impact study on COVID-19 on older people and caregivers in Armenia*. <https://www.ifrc.org/document/impact-study-covid-19-older-people-and-caregivers-armenia>

Azcona G et al (2020) *From insights to action: Gender equality in the wake of COVID-19*. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN Women). <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/09/gender-equality-in-the-wake-of-covid-19>

Bastagli F and Lowe C (2021) *Social protection response to COVID-19 and beyond: emerging evidence and learning for future crises*. Overseas Development Institute, Working Paper 614. <https://apo.org.au/node/313143>

Bhatia A et al (2021) *Violence against children during the COVID-19 pandemic*. *Bulletin of the World Health Organization*, 99(10), pp. 730–8. <https://doi.org/10.2471/BLT.20.283051>

CashHub (2020a) *Linking Humanitarian Cash and Social Protection: Learning from the experience of eight National Societies*. https://cash-hub.org/wp-content/uploads/sites/3/2021/05/CashHub_LinkingHumanitarianCashandSP_v5.pdf

CashHub (2020b) *Strengthening Linkages with Social Protection Systems: Orientation guidance for Red Cross Red Crescent National Societies*. https://cash-hub.org/wp-content/uploads/sites/3/2020/08/Guidance-for-NS_Strengthening-linkages-with-SP.pdf

Climate Centre (no date) *Social protection*. https://www.climatecentre.org/priority_areas/social_protection/

Connor J et al (2020) Health risks and outcomes that disproportionately affect women during the Covid-19 pandemic: A review. *Social Science & Medicine*, 266, 113364. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113364>

Cuevas Barron G et al (2021) Safeguarding people living in vulnerable conditions in the COVID-19 era through universal health coverage and social protection. *The Lancet Public Health*, 7(1), pp. E86-E92. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00235-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00235-8)

ECPHAO (European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations) (no date) *The Emergency Social Safety Net (ESSN): Offering a lifeline to vulnerable refugees in Turkey*. https://civil-protection-humanitarian-aid.ec.europa.eu/emergency-social-safety-net-essn-offering-lifeline-vulnerable-refugees-turkey_en

End Violence Against Children (2020) *Leaders call for action to protect children during COVID-19*. <https://www.end-violence.org/articles/leaders-call-action-protect-children-during-covid-19-now-7-languages>

Furbush A et al (2021) *The Evolving Socioeconomic Impacts of COVID-19 in Four African Countries*. Policy Research Working Paper, No. 9556. World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/35205>

Gentilini U et al (2022) Social Protection and Jobs Responses to COVID-19: A Real-Time Review of Country Measures. World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/37186>

Glinski S (2020) *Food prices soar under coronavirus threat in Afghanistan*. The New Humanitarian. <https://www.thenewhumanitarian.org/news/2020/04/07/afghanistan-food-insecurity-coronavirus>

Global Youth Mobilization (no date) <https://globalyouthmobilization.org/about/>

Hallegatte S et al (2020) From Poverty to Disaster and Back: A Review of the Literature. *Economics of Disasters and Climate Change*, 4, pp. 223–47. <https://doi.org/10.1007/s41885-020-00060-5>

IDS (Institute of Development Studies) (2020) *Religious inequalities and the impact of Covid-19*. <https://www.ids.ac.uk/news/religious-inequalities-and-the-impact-of-covid-19/>

IFRC (2015) *Unseen, unheard: Gender-based violence in disasters*. <https://www.ifrc.org/document/unseen-unheard-gender-based-violence-disasters>

IFRC (2018) *New Walled Order: How barriers to basic services turn migration into a humanitarian crisis*. <https://www.ifrc.org/document/new-walled-order-how-barriers-basic-services-turn-migration-humanitarian-crisis>

IFRC (2020a) IFRC provides largest single-cash transfer to respond to the socio-economic needs amid COVID-19. <https://www.ifrc.org/article/ifrc-provides-largest-single-cash-transfer-respond-socio-economic-needs-amid-covid-19>

IFRC (2020b) *Guidance for Staff and Volunteers working with Older people on COVID-19*. <https://preparecenter.org/resource/guidance-for-staff-and-volunteers-working-with-older-people-on-covid-19/>

IFRC (2020c) *Least protected, most affected: Migrants and refugees facing extraordinary risks during the COVID-19 pandemic*. <https://www.ifrc.org/sites/default/files/IFRC-report-COVID19-migrants-least-protected-most-affected.pdf>

IFRC (2021a) *Cash assistance in times of COVID-19: Impacts on refugees living in Turkey*. <https://oldmedia.ifrc.org/ifrc/document/cash-assistance-in-times-of-covid-19-impacts-on-refugees-living-in-turkey/>

IFRC (2021b) *Drowning Just Below the Surface: The socioeconomic consequences of the COVID-19 pandemic*. <https://www.ifrc.org/press-release/drowning-just-below-surface-new-ifrc-research-reveals-magnitude-socioeconomic-impacts>

IFRC (2021c) *Hope restored: Red Cross helps thousands across Caribbean through COVID-19 livelihood recovery programme*. <https://www.ifrc.org/article/hope-restored-red-cross-helps-thousands-across-caribbean-through-covid-19-livelihood>

IFRC (2021d) *I can buy diapers for my disabled son thanks to the Azerbaijan Red Crescent's cash support*. <https://www.ifrc.org/article/i-can-buy-diapers-my-disabled-son-thanks-azerbaijan-red-crescents-cash-support>

IFRC (2021e) *Locked down and left out? Why access to basic services for migrants is critical to our COVID-19 response and recovery*. <https://www.ifrc.org/document/locked-down-left-out>

IFRC (2021f) *Minimum standards for protection, gender and inclusion in emergencies*. <https://pgi.ifrc.org/resources/minimum-standards-protection-gender-and-inclusion-emergencies>

IFRC (2021g) *Red Cross Red Crescent warns of the devastating impacts of the COVID-19 pandemic on children and young people in Europe*. <https://www.ifrc.org/press-release/red-cross-red-crescent-warns-devastating-impacts-covid-19-pandemic-children-and-young>

IFRC (2022a) *Annual Report 2021*. <https://www.ifrc.org/document/annual-report-2021>

IFRC (2022b) *IFRC scales up cash assistance to people impacted by conflict in Ukraine*. <https://www.ifrc.org/article/ifrc-scales-cash-assistance-people-impacted-conflict-ukraine>

IFRC (2022c) *Protection, gender, and inclusion policy*. <https://www.ifrc.org/document/protection-gender-and-inclusion-policy>

IFRC (2022d) *Readjusting the Path Towards Equity: Challenges and actions to achieve a sustainable and equitable recovery from the socioeconomic effects of COVID-19 in Latin America and the Caribbean*. Forthcoming.

IFRC (no date) *Emergency Social Safety Net (ESSN)*. <https://www.ifrc.org/emergency-social-safety-net-essn>

IFRC on Facebook (2018) *Red Cross High School in Harare*. <https://www.facebook.com/watch/?v=10156003009634280>

ILO (International Labour Office) (2021) *World Social Protection Report 2020–22: Social Protection at the Crossroads – in Pursuit of a Better Future*. https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_817572/lang--en/index.htm

Jones K et al (2021) *Locked down and in limbo: The global impact of COVID-19 on migrant worker rights and recruitment*. International Labour Organization. https://www.ilo.org/global/topics/fair-recruitment/publications/WCMS_821985/lang--en/index.htm

Lekagul A et al (2022) Multi-dimensional impacts of Coronavirus disease 2019 pandemic on Sustainable Development Goal achievement. *Global Health*, 18, 65. <https://doi.org/10.1186/s12992-022-00861-1>

Leon Rojas D et al (2022) Parents and school-aged children's mental well-being after prolonged school closures and confinement during the COVID-19 pandemic in Mexico: a cross-sectional online survey study. *BMJ Paediatrics Open*, 6, e001468. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2022-001468>

Llorente-Marrón M et al (2020) Socioeconomic consequences of natural disasters on gender relations: The case of Haiti. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 50, 101693. <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2020.101693>

Lowe C et al (2021) *National cash transfer responses to Covid-19: operational lessons learned for social protection system-strengthening and future shocks*. ODI. <https://odi.org/en/publications/national-cash-transfer-responses-to-covid-19-operational-lessons-learned-for-social-protection-system-strengthening-and-future-shocks/>

Mahase E (2021) Covid-19: Adults in poorest areas are almost four times more likely to die, inquiry finds. *BMJ*, 374, n1728. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1728>

Meinck S et al (2022) *The impact of the COVID-19 pandemic on education: international evidence from the Responses to Educational Disruption Survey (REDS)*. UNESCO and International Association for the Evaluation of Educational Achievement. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000380398>

Mendez Ramos F and Lara J (2022) COVID-19 and poverty vulnerability. Future Development blog, The Brookings Institution. <https://www.brookings.edu/blog/future-development/2022/05/18/covid-19-and-poverty-vulnerability/>

Millán-Guerrero RO et al (2021) Poverty and survival from COVID-19 in Mexico. *Journal of Public Health*, 43, 3, pp. 437–44. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa228>

- Mokwetsi J (2020) *Radio lessons provide much needed continuity in learning amid the Covid-19 pandemic*. UNICEF. <https://www.unicef.org/zimbabwe/stories/radio-lessons-provide-needed-continuity-learning-amid-covid-19-pandemic>
- Moutinho S (2022) Tuberculosis Is the Oldest Pandemic, and Poverty Makes It Continue. *Nature*, 605, S16–S20. <https://doi.org/10.1038/d41586-022-01348-0>
- MSF (Médecins Sans Frontières) South Africa (2020) *South Africa: Sexual and Gender-Based Violence, a concern during COVID-19 lockdown*. <https://www.msf.org.za/news-and-resources/latest-news/south-africa-sexual-and-gender-based-violence-concern-during-covid>
- OECD (2020) *Women at the core of the fight against COVID-19 crisis*. <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/women-at-the-core-of-the-fight-against-covid-19-crisis-553a8269/>
- OECD (2022) *The unequal impact of COVID-19: A spotlight on frontline workers, migrants and racial/ethnic minorities*. <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/the-unequal-impact-of-covid-19-a-spotlight-on-frontline-workers-migrants-and-racial-ethnic-minorities-f36e931e/>
- Platt L (2021) *Why ethnic minorities are bearing the brunt of COVID-19*. London School of Economics and Political Science. <https://www.lse.ac.uk/research/research-for-the-world/race-equity/why-ethnic-minorities-are-bearing-the-brunt-of-covid-19>
- Polish Red Cross (no date) *Register with the Red Cross for financial assistance*. <https://ukrainefinancialassistance.ifrc.org/polish-red-cross>
- REAP (Risk-informed Early Action Partnership) (2021) *Early Action and the Climate Crisis: Could social protection be a game changer?* <https://www.early-action-reap.org/linking-social-protection-and-early-action-game-changer-people-centred-climate-action>
- Red Cross Red Crescent Global Migration Lab (2021) *Sight Unseen: A vision for effective access to COVID-19 vaccines for migrants*. <https://www.ifrc.org/media/49011>
- Ritz D et al (2020) *The Hidden Impact of COVID-19 on Child Protection and Wellbeing*. Save the Children International. https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/the_hidden_impact_of_covid-19_on_child_protection_and_wellbeing.pdf/
- Rwezuya S et al (2021) *Providing a learning solution for millions of in and out of school children in Zimbabwe*. UNICEF. <https://www.unicef.org/zimbabwe/stories/providing-learning-solution-millions-and-out-school-children-zimbabwe>
- Salari N et al (2020) Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health*, 16, 57. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>

Save the Children (2020) *Almost 10 million children may never return to school following COVID-19 lockdown*. <https://www.savethechildren.net/news/almost-10-million-children-may-never-return-school-following-covid-19-lockdown>

Tirivayi N et al (2020) *A Rapid Review of Economic Policy and Social Protection Responses to Health and Economic Crises and their Effects on Children*. Innocenti Working Papers, No. 2020/02. <https://doi.org/10.18356/224f8efa-en>

Torjesen I (2021) Covid-19: Middle aged women face greater risk of debilitating long term symptoms. *BMJ*, 372. <https://doi.org/10.1136/bmj.n829>

Turkish Red Crescent (2020) *Impact of COVID-19: On refugee populations benefitting from the Emergency Social Safety Net (ESSP) Programme - Assessment report*. <https://reliefweb.int/report/turkey/impact-covid-19-refugee-populations-benefitting-emergency-social-safety-net-essp>

Turkish Red Crescent (2021) *Deepening poverty and debt: Socioeconomic impacts for refugees in Turkey one year on from COVID-19*. https://www.ifrc.org/sites/default/files/2021-12/socioeconomic_impacts_for_refugees_in_turkey_one_year_on_from_covid-19_0.pdf

UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs) (2022a) *The Sustainable Development Goals Report 2022*. <https://unstats.un.org/sdgs/report/2022/>

UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs) (2022b) *World Economic Situation and Prospects 2022*. <https://www.un.org/development/desa/dpad/publication/world-economic-situation-and-prospects-2022/>

UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs) (no date) *The 17 Goals*. <https://sdgs.un.org/goals>

UN OHCHR (United Nations Human Rights Office) (2020a) *OHCHR Guidelines on COVID-19 and the rights of persons with disabilities*. <https://www.ohchr.org/en/documents/tools-and-resources/ohchr-guidelines-covid-19-and-rights-persons-disabilities>

UN OHCHR (United Nations Human Rights Office) (2020b) *Report on the impact of the COVID-19 pandemic on the human rights of LGBT persons*. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/ImpactCOVID19LGBTpersons.pdf>

UN OHCHR (United Nations Human Rights Office) (2021) *The Socioeconomic Impact of COVID19 on Persons with Disabilities*. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Disability/COVID-19/OHCHR-summaryreport.docx>

UN OHCHR (United Nations Human Rights Office) (no date) *COVID-19 and persons with disabilities*" <https://www.ohchr.org/en/covid-19-and-persons-disabilities>

UN Women (2021) *Measuring the shadow pandemic: Violence against women during COVID-19*. <https://data.unwomen.org/publications/vaw-rga>

UNDP (United Nations Development Programme) (2021) *Addressing COVID-19's uneven impacts on vulnerable populations in Bangladesh: The case for shock-responsive social protection*. <https://www.undp.org/library/dfs-addressing-covid-19s-uneven-impacts-vulnerable-populations-bangladesh-case-shock-responsive>

UNDP (United Nations Development Programme) (no date) *COVID-19 and the SDGs: How the 'roadmap for humanity' could be changed by a pandemic*. <https://feature.undp.org/covid-19-and-the-sdgs/>

UNICEF (United Nations Children's Fund) (2020) *The impact of COVID-19 on the mental health of adolescents and youth*. <https://www.unicef.org/lac/en/impact-covid-19-mental-health-adolescents-and-youth>

UNICEF (United Nations Children's Fund) (2021) *Education disrupted: The second year of the COVID-19 pandemic and school closures*. <https://data.unicef.org/resources/education-disrupted/>

UNSDR (United Nations Sustainable Development Group) (2020) *Policy Brief: The impact of COVID-19 on older persons*. <https://unsdg.un.org/resources/policy-brief-impact-covid-19-older-persons>

Weeks, R. (2021) *New data shows COVID-19's disproportionate impact on American Indian, Alaska Native tribes*. The Hub, Johns Hopkins University. <https://hub.jhu.edu/2021/10/11/map-covid-19-impact-american-indian-population/>

WHO (World Health Organization) (2021) *Refugees and migrants in times of COVID-19: Mapping trends of public health and migration policies and practices*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240028906>

WHO (World Health Organization) (no date) *Older people & COVID-19*. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/covid-19>

World Bank (2021) *Protecting the Vulnerable During the COVID-19 Crisis: Ecuador's Emergency Cash-Transfer Scheme and Increased Work Arrangement Flexibility*. <https://www.worldbank.org/en/results/2021/04/09/protecting-the-vulnerable-during-the-covid-19-crisis-ecuador-s-emergency-cash-transfer-scheme-and-increased-work-arrange>

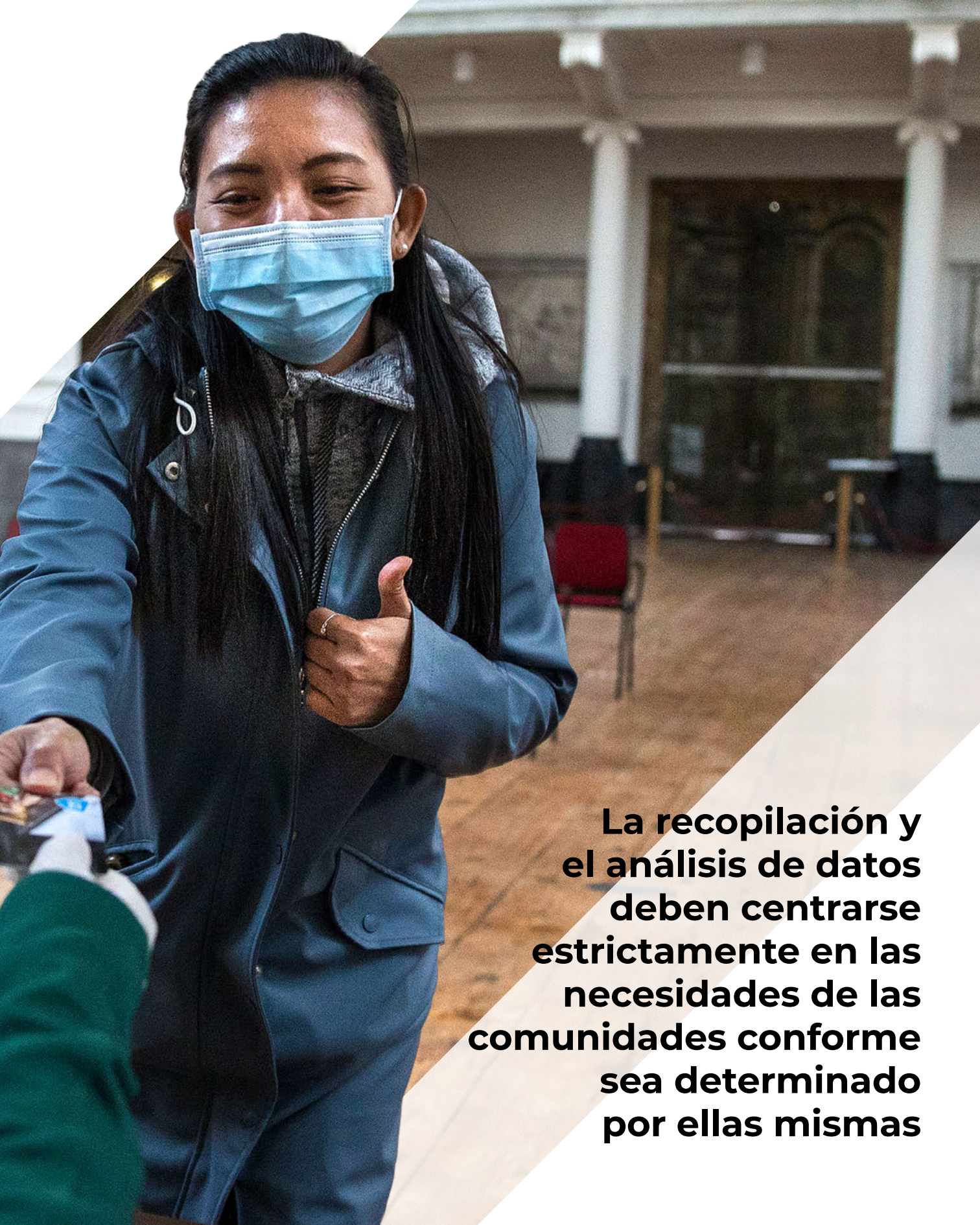
World Bank (2022a) *Charting a Course Towards Universal Social Protection: Resilience, Equity, and Opportunity for All*. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/38031>

World Bank (2022b) *Poverty and Shared Prosperity 2022: Correcting Course*. <https://doi.org/10.1596/978-1-4648-1893-6>

You D et al (2020) *Migrant and displaced children in the age of COVID-19: How the pandemic is impacting them and what we can do to help*. *Migration Policy Practice*, X(2), pp. 32–9. <https://www.unicef.org/documents/migrant-and-displaced-children-age-covid-19>

2020, Países Bajos. La crisis de COVID-19 ha aumentado la cantidad de personas que necesitan asistencia alimentaria en los Países Bajos. Miles de personas no disponen de suficiente dinero para comprar alimentos, pero no tienen derecho a las formas convencionales de ayuda alimentaria como la población inmigrante indocumentada. La Cruz Roja Neerlandesa distribuye cupones para alimentos a estos grupos. Miles de personas recibirán estos cupones que cubrirán una comida al día en los próximos meses. © Arie Kievit, Cruz Roja Neerlandesa

USO DE DATOS EN BENEFICIO DE LAS COMUNIDADES



La recopilación y el análisis de datos deben centrarse estrictamente en las necesidades de las comunidades conforme sea determinado por ellas mismas

Índice

Introducción	171
5.1 Constatación – Disponibilidad de enormes volúmenes de datos sobre la pandemia de COVID-19, pero no siempre bien aprovechados	172
5.2 Enseñanzas extraídas – Recopilación y uso insuficientes de los tipos de datos adecuados	177
5.3 Medidas necesarias – Elaboración y uso de un ecosistema de datos para la salud y las amenazas	187
Principales recomendaciones	193

INTRODUCCIÓN

Los datos y las tecnologías digitales son esenciales para la gestión de cualquier emergencia o desastre. Son necesarios en todas las fases, desde la comprensión de la situación, la planificación y la ejecución, hasta el seguimiento y la evaluación. La pandemia de COVID-19 registró notables avances en la recopilación de datos. Sin embargo, hubo deficiencias considerables en la calidad, la coherencia y el uso de los datos. Más aún, a menudo no se adoptaron las medidas oportunas.

Para gestionar mejor las futuras emergencias, será menester fortalecer la capacidad de almacenar, gestionar y utilizar los datos para la adopción de decisiones. De esta forma, aumentará la demanda de datos en el futuro, lo que dará lugar a una adopción de decisiones mejor fundamentada. **El objetivo debe ser recopilar, gestionar, analizar y difundir datos e información para apoyar el proceso decisorio.** Es crucial mejorar la recopilación de datos sobre las personas en situación de riesgo, en particular sus contextos, las dinámicas locales de poder y los factores sociales y de comportamiento que determinan sus percepciones y actitudes. Es preciso perfeccionar el circuito de retroalimentación con las comunidades para que tengan un mayor control sobre los datos que entregan y sobre las decisiones resultantes. Al mismo tiempo, es necesario aprender a utilizar mejor los datos, combinando y triangulando conjuntos de datos dispares y vinculándolos a las acciones.

5.1 CONSTATACIÓN DISPONIBILIDAD DE ENORMES VOLÚMENES DE DATOS SOBRE LA PANDEMIA DE COVID-19, PERO NO SIEMPRE BIEN APROVECHADOS

La humanidad actuó ante la pandemia de COVID-19 sobre la base de datos. Rápidamente se recopilaron e intercambiaron enormes volúmenes de datos, lo que permitió agilizar la adopción de decisiones en todos los ámbitos, desde medidas sociales y de salud pública iniciales hasta el desarrollo de vacunas y su aceptación. Ahora bien, algunos tipos de datos no fueron recogidos en cantidad suficiente, ni de forma completa o detallada. Por otra parte, los datos disponibles no siempre se usaron para adoptar decisiones. Los aciertos y los fracasos dejan numerosas enseñanzas para futuras emergencias de salud pública y para la gestión de desastres.

5.1.1 Datos recopilados durante la pandemia de COVID-19

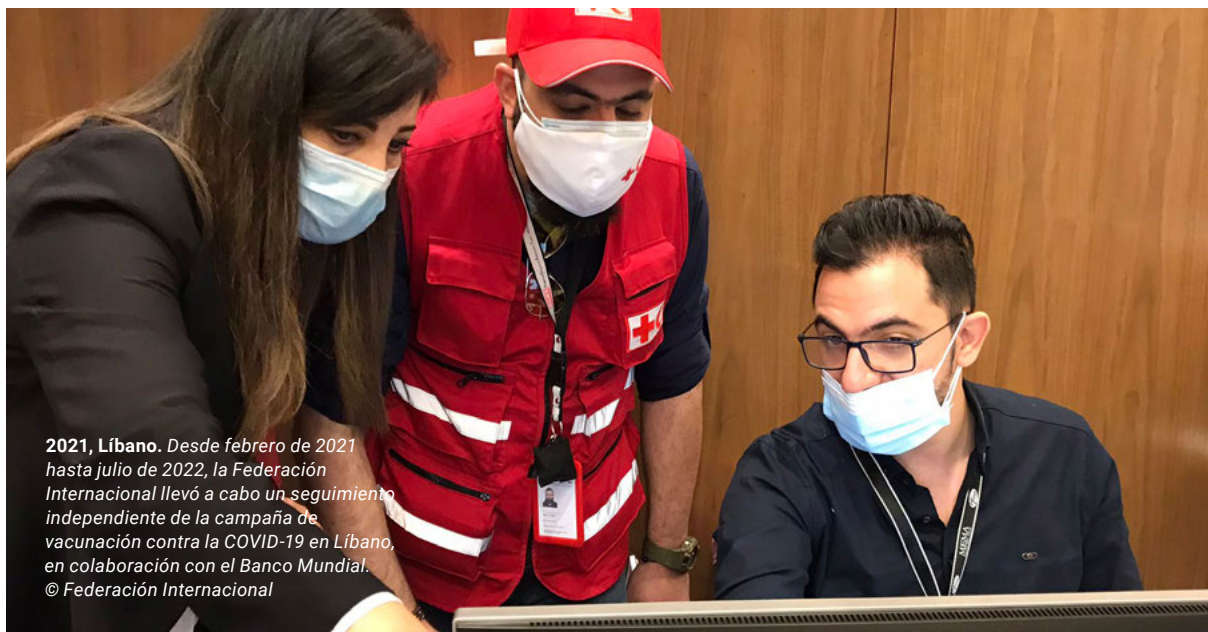
A simple vista, la pandemia de COVID-19 fue un triunfo para el intercambio y la recopilación de datos oportunos. A escala mundial, se dispone de más datos sobre la COVID-19 que sobre muchos brotes o emergencias de salud pública, o incluso que sobre muchos otros desastres. Por ejemplo, nuevas variantes del SARS-CoV-2 como alfa y ómicron fueron secuenciadas y publicadas abiertamente con rapidez en comparación con brotes anteriores ([Nextstrain](#), sin fecha). Esta abundancia de datos trasciende la virología y la epidemiología. Numerosos países han generado sólidas previsiones sobre el exceso de mortalidad, las repercusiones económicas, la incidencia en la educación y otras cuestiones. También se han obtenido datos sobre los conocimientos, las percepciones y las actitudes de las personas, incluidos metadatos en línea, datos sociales y de comportamiento recogidos a través de los medios sociales y datos sobre las reacciones de la comunidad. Toda esta información supera con creces los datos de los que se suele disponer en situaciones de emergencia.

No obstante, los datos sobre la COVID-19 plantean cuestiones relevantes. En particular, existen enormes disparidades en la disponibilidad de datos a escala mundial. Los países que dispusieron de mejores datos tuvieron la oportunidad de elaborar medidas más eficaces y equitativas. En cambio, muchos países contaban con datos limitados sobre los cuales basarse. La falta de información también ha sido generalizada.

Las disparidades en las pruebas de diagnóstico son un ejemplo de ello. Los países que tuvieron más éxito en el control de la pandemia en 2020, antes del desarrollo de vacunas eficaces, por lo general contaban con sistemas de prueba y rastreo sumamente eficaces. Esto se debió en parte a su experiencia reciente en la intervención contra patógenos respiratorios altamente transmisibles, en particular el síndrome

respiratorio agudo severo (SRAS) en 2003. Hasta el 25 de octubre de 2022, en la República de Corea se habían confirmado únicamente 28 952 muertes por COVID-19 (OMS, sin fecha), un logro notable para una nación densamente poblada de más de cincuenta y un (51) millones de personas. Desde el principio se hizo hincapié en las pruebas de detección y el rastreo, y se produjeron rápidamente pruebas de diagnóstico para determinar la presencia del virus. Además, se recomendó el autoaislamiento a las personas infectadas. Fundamentalmente, se les ayudó a hacerlo, con el objetivo de que no perdieran sus medios de subsistencia, fomentando así el cumplimiento (Cohen y Kupferschmidt, 2020). El autoaislamiento forzoso sin apoyo estatal causa un perjuicio económico desproporcionado a las personas pobres y vulnerables; el enfoque de la República de Corea lo mitigó y, por tanto, fomentó la **equidad**. Asimismo, la disposición de la población a informar e intercambiar datos fue crucial para el éxito de la estrategia y refleja cierto grado de **confianza** en las autoridades y los sistemas sanitarios de la República de Corea. Este enfoque basado en los datos permitió controlar estrictamente la primera ola del virus. Fundamentalmente, el país lo hizo sin recurrir a medidas de confinamiento total; aunque había restricciones, la recopilación rápida y precisa de datos hizo innecesarias estas tácticas extremas (Kang et al, 2020). Con el tiempo, el país registró olas de mayores casos de COVID-19, pero solo después de grandes campañas de vacunación que crearon una inmunidad sustancial (plataforma GO de la Federación Internacional, sin fecha b).

Lamentablemente, en bastantes países y regiones no se disponía de pruebas de diagnóstico o existían problemas prácticos y logísticos que impedían en la práctica que muchas personas tuvieran acceso a ellas. Según los datos de FIND, la alianza mundial para el diagnóstico, solo el 21,3 % de las pruebas administradas hasta la fecha se han utilizado en países de ingresos bajos y medios-bajos, pese a que el 50,8 % de la población mundial vive en esos países (FIND, sin fecha). Los índices de realización de pruebas de detección varían considerablemente. En Estados Unidos, se ha realizado un promedio de veintisiete (27) pruebas diarias por cada mil personas, pero en Malasia la cifra equivalente es de apenas dos (FIND, sin fecha). Incluso algunos países con ingresos más altos han tenido problemas con las pruebas de detección.



2021, Líbano. Desde febrero de 2021 hasta julio de 2022, la Federación Internacional llevó a cabo un seguimiento independiente de la campaña de vacunación contra la COVID-19 en Líbano, en colaboración con el Banco Mundial. © Federación Internacional

En el Reino Unido, a principios de 2020, el gobierno inició un programa limitado de pruebas de detección y rastreo de contactos, que abandonó en marzo de ese año. Se necesitaron varios meses para que el sistema de pruebas y de rastreo volviera a funcionar. A falta de ello, el gobierno del Reino Unido debió hacer frente a un aumento de casos y optó por aplicar confinamientos repetidos y prolongados ([Majeed et al, 2020](#)). Por el contrario, en los contextos donde los agentes locales estaban integrados con los gobiernos (véase el capítulo 2), estos pudieron contribuir a la realización de pruebas (véase el recuadro 5.1, ESTUDIO DE CASO: la Cruz Roja de Filipinas distribuye pruebas de detección de COVID-19). Por su parte, Yibuti aumentó rápidamente su capacidad de pruebas diagnósticas y realizó más de diecisiete mil (17 000) pruebas entre marzo y mayo de 2020 ([Elhakim et al, 2020](#)).

5.1.2 Datos incompletos sobre otros tipos de desastres

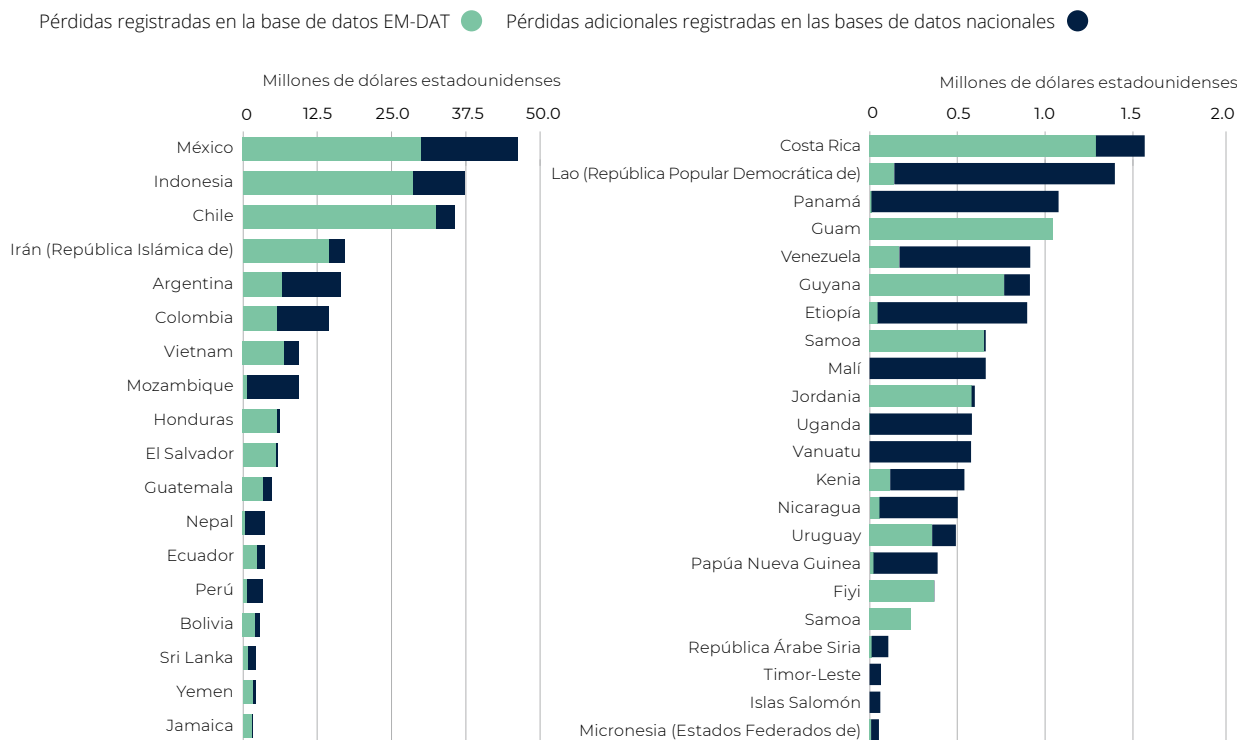
La pandemia de COVID-19 fue una de las mayores crisis que el mundo ha afrontado en años y generó más datos que la mayoría de los desastres. Al ampliar el alcance de la visión y el análisis, se observa que el “panorama de los datos” es igual de irregular, o peor, cuando se trata de otros desastres.

El aspecto positivo es que el mantenimiento de registros ha mejorado considerablemente en los últimos decenios, y actualmente se hace un seguimiento de los desastres mucho más exhaustivo que hace veinte años ([Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres \(UNDRR\), 2022](#)). Por ejemplo, los riesgos hidrometeorológicos ahora se vigilan mediante satélites y una amplia red de estaciones meteorológicas, aunque persisten deficiencias significativas ([Banco Mundial, 2021](#)). De igual modo, las telecomunicaciones mundiales y los sistemas de alerta temprana optimizados advierten a las personas para que eviten los tsunamis e informan a las agencias de gestión de desastres sobre los lugares donde se han producido terremotos para que puedan actuar con mayor rapidez. No obstante, las deficiencias en el conjunto de datos mundiales sobre desastres y las fallas en la cadena de canales de comunicación impiden alertas y acciones eficaces ([Wallemacq y House, 2018](#)).

Si bien las repercusiones de los desastres a gran escala por lo general se registran y están disponibles a través de bases de datos como EM-DAT ([EM-DAT, sin fecha a](#)), las repercusiones de los eventos pequeños y medianos no están suficientemente registradas o difundidas. De hecho, estos desastres a pequeña escala, que a menudo no se tienen en cuenta, son tan frecuentes que su incidencia acumulada es de gran magnitud (véase la figura 5.1). Los registros de datos mundiales también están muy sesgados hacia los sucesos que ocurren en países de ingresos altos, donde los informes son más completos, y los sucesos que causan numerosas víctimas mortales ([UNDRR, 2015](#)). Esto ocurre sobre todo en el caso de las consecuencias económicas ([UNDRR, 2020](#)). Las mayores pérdidas económicas notificadas suelen producirse en países de ingresos altos, pero esto se basa en gran medida en datos de seguros y refleja factores de confusión como el mayor valor de los bienes en esas regiones ([Federación Internacional, 2020b](#)). A menudo, los países no mantienen sus datos sobre pérdidas económicas en una base de datos centralizada, y en muchos casos se trata de bases de datos específicas para cada amenaza y no para amenazas múltiples ([OCDE, 2016](#)).

Figura 5.1: los datos mundiales sobre desastres suelen estar incompletos. La base de datos internacional EM-DAT omite numerosos desastres registrados en las bases de datos nacionales de los países.

Fuente: [UNDRR, 2015](#)



Un problema básico reside en la falta de normalización entre los distintos tipos de desastres y regiones. Cabe destacar que los brotes de enfermedades como la pandemia de COVID-19 suelen tratarse por separado de otros tipos de desastres. Por ejemplo, en la base de datos internacional sobre desastres EM-DAT, dos de los criterios para declarar un suceso como desastre son que haya diez o más muertos, o que haya cien o más afectados ([EM-DAT, sin fecha b](#)). Los brotes de enfermedades no se definen de la misma manera. Un solo caso de una enfermedad puede constituir un brote si se produce en una región donde esa enfermedad no es endémica. Por ejemplo, el primer caso de COVID-19 fue claramente un brote. Sin embargo, un solo caso adicional de cólera en una región donde la enfermedad es endémica no constituiría un brote. La situación se complica aún más por los intereses políticos que afectan a la declaración de un brote o una epidemia. Por lo tanto, es difícil analizar los brotes de enfermedades junto con otras amenazas, como los terremotos. En parte por esta razón, las enfermedades están poco reflejadas en los conjuntos de datos mundiales sobre desastres como EM-DAT. De hecho, EM-DAT no tiene ningún registro de COVID-19.

RECUADRO 5.1 / ESTUDIO DE CASO

LA CRUZ ROJA DE FILIPINAS DISTRIBUYE PRUEBAS DE DETECCIÓN DE COVID-19

La Cruz Roja de Filipinas fue pionera en la prestación de servicios de pruebas de detección de COVID-19 para complementar los establecidos por las autoridades gubernamentales. Lo hizo desde principios de 2020 ([Federación Internacional, 2020a](#)), y en septiembre de 2021, había administrado cuatro millones (4 000 000) de pruebas ([Cruz Roja de Filipinas, 2021](#)). La Cruz Roja de Filipinas también ofrece análisis de muestras de saliva, que son más económicos y menos invasivos ([Cruz Roja de Filipinas, 2022](#)).



2021, Filipinas. La Cruz Roja Filipina empezó a utilizar pruebas de reacción en cadena de la polimerasa de transcripción inversa (RT-PCR) en saliva. Se trata de una forma más rápida, económica y menos invasiva, pero confiable, de detectar la presencia del virus que causa la COVID-19. © Cruz Roja de Filipinas, Federación Internacional

5.2 ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS RECOPIACIÓN Y USO INSUFICIENTES DE LOS TIPOS DE DATOS ADECUADOS

Durante la pandemia de COVID-19 se han recogido enormes volúmenes de datos. Sin embargo, no se han recogido suficientes tipos de datos cruciales. Esta situación debe cambiar a fin de reducir los riesgos y las repercusiones de futuros brotes epidémicos. Para entender este aspecto, es preciso considerar todos los tipos de datos que deberían estar disponibles en caso de crisis futuras. A grandes rasgos, pueden dividirse en tres categorías de preguntas.

1. ¿A qué posibles amenazas están expuestas las comunidades? Todas las comunidades se enfrentan a una amplia gama de peligros. Entre ellos se incluyen distintos tipos de enfermedades, desde virus transmitidos por el aire como el SARS-CoV-2 hasta parásitos propagados por mosquitos como la malaria. Estos patógenos coexisten con otros tipos de amenazas, como las tormentas y los conflictos. Los peligros pueden superponerse y potenciarse entre sí (véase el capítulo 1).

2. ¿Quiénes están en riesgo? En particular, ¿quiénes son las personas más vulnerables y por qué? Para que los agentes de intervención puedan ayudar a las personas a sobreponerse a un peligro, como un brote de enfermedad o un huracán, deben conocer sus vulnerabilidades y las formas de asistencia que más necesitan. Por ejemplo, si las personas viven en condiciones de hacinamiento, no podrán aplicar el autoaislamiento para reducir la propagación de una enfermedad. En este caso, los equipos de protección personal, como las mascarillas, serían más útiles que los consejos de distanciamiento social ([servicio colectivo de comunicación de riesgos y participación comunitaria, sin fecha b](#)).

3. ¿Cuáles son las actitudes, creencias y necesidades de esas personas? En otras palabras, ¿cuáles son los factores sociales y de comportamiento que influyen en su disposición a adoptar determinadas medidas ([OMS, 2022](#))? Por ejemplo, una de las principales dificultades de la pandemia de COVID-19, y de otros brotes de enfermedades, ha sido animar a las personas indecisas a aplicarse una vacuna que podría ser esencial para su salud. La aceptación de las vacunas solo puede lograrse si se comprenden primero las reticencias. Para ello es necesario conocer las ideas, creencias y actitudes de las comunidades, y cambiar la estrategia acorde con ellas.

En los tres apartados siguientes se examina cada una de estas cuestiones. Sin embargo, no basta con disponer de todos estos datos. También es esencial ponerlos en práctica: es decir, utilizarlos para orientar las acciones. En el último apartado se estudia la manera de hacerlo.





2022, Arabia Saudí. Durante el mes sagrado de Ramadán, Arabia Saudí y otros países de Oriente Medio y el Norte de África proporcionaron las comidas nocturnas de Iftar a las familias, trabajadores y comunidades remotas más vulnerables. Asimismo, se recordó a la población las medidas de prevención de la COVID-19 y se prestaron servicios médicos de urgencia durante el Ramadán. La Autoridad Saudí de la Media Luna Roja prestó asistencia médica de urgencia a miles de personas para que tuvieran seguridad y protección durante el mes sagrado.
© Autoridad Saudí de la Media Luna Roja

5.2.1 Identificación de amenazas mediante datos

La primera etapa consiste en identificar las amenazas que afrontan las comunidades. Para ello es fundamental identificar las enfermedades que suponen un peligro, ya se trate de patógenos endémicos que circulan desde hace decenios o de enfermedades emergentes como la COVID-19. El control de las enfermedades es esencial.

Al principio del brote de COVID-19, los sistemas de salud se habrían beneficiado de métodos de control comunitarios y participativos más sólidos, en particular el control comunitario ([Federación Internacional, Health & Care, 2020](#)) (el valor del control centrado en la comunidad disminuye una vez que la enfermedad se generaliza). Los signos y síntomas relacionados con enfermedades y/u otros peligros suelen ser identificados en primer lugar por agentes locales con fuertes vínculos en las comunidades donde viven. Estos agentes locales también pueden proporcionar datos e información de primera línea dentro del sistema de control de la salud pública o la sanidad animal (véase el capítulo 2). El aprovechamiento de esta ventaja permite detectar con prontitud los brotes de enfermedades, que pueden propagarse a mayor escala si no se contienen de inmediato. Cuando una persona empieza a mostrar signos y síntomas de enfermedad, los primeros en saberlo son sus familiares, amigos y vecinos. Los sistemas más eficaces de control de enfermedades aprovechan estas redes sociales. El control centrado en la comunidad resulta más eficaz cuando se integra en sistemas de vigilancia sanitaria más amplios, que pueden reaccionar ante las alertas de los agentes locales. Este uso activo y receptivo de los datos contribuye a crear y mantener la **confianza** entre los gobiernos, las organizaciones humanitarias y las comunidades, lo que permite ofrecer intervenciones más eficaces cuando surgen amenazas ([McGowan et al, 2020](#)).

Durante la pandemia de COVID-19, se ha demostrado una vez más el valor del control centrado en la comunidad. Por ejemplo, en Níger se adaptó una red de control comunitario establecida para vigilar la poliomielitis a fin de detectar la presencia de COVID-19 ([Maazou et al, 2021](#)). Entre abril y noviembre de 2020, ciento cincuenta (150) trabajadores sanitarios de la comunidad recibieron formación sobre la detección y el tratamiento de la COVID-19. Notificaron ciento cuarenta y tres (143) alertas válidas, incluidos dos casos positivos de COVID-19, y ayudó a rastrear los contactos de treinta y siete (37) personas. Además, sensibilizaron a más de dos millones de personas sobre las estrategias de prevención de la COVID-19. Del mismo modo, la Federación Internacional ha fomentado la capacidad de control comunitario en varios países, incluso a través de su programa comunitario de preparación para epidemias y pandemias ([Federación Internacional, sin fecha a](#)). A modo de ejemplo, los voluntarios de la Cruz Roja de Indonesia han llevado a cabo labores de control comunitario de la COVID-19 en una estación de seguimiento en el pueblo de Karangmojo, donde también distribuyeron información sobre la prevención de esta enfermedad. Sin embargo, como se indicó en el capítulo 2, numerosos sistemas sanitarios todavía no integran eficazmente a los agentes locales, como los trabajadores sanitarios de la comunidad.

Por otra parte, los profesionales sanitarios deben establecer un sistema integrado de vigilancia de las enfermedades que permita hacer un seguimiento de los agentes patógenos tanto en los seres humanos como en los animales. Este aspecto es fundamental puesto que numerosos brotes de enfermedades son zoonosis en las que una enfermedad se propaga de los animales a las personas (y muchas de ellas, a su vez, también pueden transmitirse de las personas a los animales). La COVID-19 es un ejemplo notable de zoonosis; los virus más cercanos conocidos del SARS-CoV-2 se encuentran en murciélagos asiáticos

(Morens et al, 2020). Resulta crucial que aún no esté claro el modo en que se ha producido, y esto se debe en parte a nuestra limitada información sobre los virus que pueden albergar los murciélagos y sobre las interacciones y vías de transmisión entre los murciélagos, otros animales y los seres humanos (Worobey et al, 2022). Existen numerosos ejemplos de enfermedades zoonóticas, por ejemplo, las personas suelen contraer la rabia por contagio de los perros. Por lo tanto, la mejor manera de detener los brotes en su origen (véase el capítulo 1) consiste en vigilar simultáneamente la salud tanto de las personas como de los animales pertinentes, así como de sus entornos compartidos. Tradicionalmente, la medicina humana y la veterinaria han estado aisladas, con escasa cooperación o interacción entre ambos campos. Es imperioso cambiar esta situación.

El control integrado de la salud humana y animal es un componente fundamental de los marcos “Una sola salud” y “Salud planetaria”. En “Una sola salud”, la salud humana no se entiende como un problema singular, sino como parte de un sistema socioecológico mundial (Mremi, 2021). De manera análoga, el marco de “Salud planetaria” hace hincapié en las múltiples formas en que la humanidad ha alterado los sistemas naturales de la Tierra (The Lancet, 2015), con consecuencias en cadena para todos los seres vivos, incluidos los seres humanos (Alianza para la Salud Planetaria, sin fecha).

Enseñanzas similares se aplican a los peligros no relacionados con las enfermedades. En concreto, la vigilancia a nivel local también tiene sus ventajas. Capta mejor los riesgos de desastres de menor envergadura pero recurrentes, o el “riesgo amplio”. A menudo, las bases de datos mundiales como EM-DAT pasan por alto estos riesgos, que son gestionados exclusivamente por los agentes de intervención locales. Sin embargo, a escala mundial revisten una considerable importancia. La mortalidad y las pérdidas económicas derivadas de los riesgos amplios han aumentado en los últimos decenios (UNDRR, 2015).

Por último, es crucial vigilar simultáneamente múltiples clases de amenazas, desde enfermedades hasta inundaciones y floraciones de algas. Entre otras razones, todas las comunidades están expuestas a múltiples peligros posibles (véase el capítulo 1), de ahí que sea un error vigilar excesivamente una clase de peligro a expensas de las demás. Es natural que a raíz de la pandemia de COVID-19 se incremente la vigilancia de los brotes de enfermedades, y esto es positivo. Sin embargo, ello no debería ocurrir en perjuicio de los sismómetros para el seguimiento del riesgo de terremotos y otras clases de amenazas. También conviene recordar que los peligros interactúan, de modo que la presencia de un peligro aumenta el riesgo de otro. Por ejemplo, las inundaciones interrumpen el suministro de agua potable, con el consiguiente aumento del riesgo de enfermedades transmitidas por el agua, por lo que la cartografía de riesgos y la previsión de inundaciones son mecanismos vitales para alertar con antelación de los brotes.

5.2.2 Utilización de datos para identificar a las personas más expuestas al riesgo

Para intervenir eficazmente ante amenazas como las enfermedades y los huracanes, se requiere una mejor información sobre las personas más expuestas. El riesgo suele definirse en función de la exposición a un peligro (véase el apartado 5.2.1) combinada con un factor de vulnerabilidad. Por ejemplo, dos personas pueden estar expuestas de forma similar al SARS-CoV-2, pero si una de ellas está vacunada, tendrá una vulnerabilidad reducida ante la enfermedad grave y la muerte. En un estudio realizado en Estados Unidos a principios de 2022, las personas que habían recibido una dosis de refuerzo de la vacuna contra la

COVID-19 tenían menos probabilidades de ser hospitalizadas por esta enfermedad. Las personas que no habían recibido una dosis de refuerzo tenían 2,5 veces más probabilidades de ser hospitalizadas, mientras que las personas no vacunadas eran hospitalizadas 10,5 veces más a menudo ([Havers et al, 2022](#)). Por lo tanto, no basta con conocer quién está expuesto al SRAS-CoV-2; los profesionales sanitarios también necesitan información sobre las personas vacunadas, las infecciones previas y otros muchos datos.

Existen diversas herramientas para evaluar el riesgo, muchas de las cuales son específicas para cada peligro. Por ejemplo, la alianza de Zúrich sobre resiliencia ante inundaciones ha elaborado una herramienta de medición de la resiliencia a las inundaciones para las comunidades ([portal de la alianza de Zúrich sobre resiliencia ante inundaciones, sin fecha](#)). Del mismo modo, la Agencia de Protección Ambiental de Estados Unidos dispone del índice de vulnerabilidad sanitaria de la comunidad, que utiliza para identificar a las comunidades que se enfrentan a riesgos sanitarios elevados a causa del humo de los incendios forestales, con el fin de priorizar las estrategias de salud pública ([Agencia de Protección Ambiental de Estados Unidos, sin fecha](#)). Estos índices son útiles, pero por sí solos no captan toda la gama de peligros que corre una comunidad. Por el contrario, la Federación Internacional utiliza el análisis en profundidad de la vulnerabilidad y la capacidad para ayudar a las comunidades a evaluar todos los tipos de peligros que pueden identificar y los medios de que disponen para gestionar los riesgos asociados ([análisis de la vulnerabilidad y la capacidad, Federación Internacional, sin fecha](#)). Mediante el análisis en profundidad de la vulnerabilidad y la capacidad, se identifican los peligros que afronta una comunidad y las personas más expuestas, y a continuación se analizan las posibles medidas de intervención. Las comunidades realizan la evaluación por sí mismas, con la orientación de la Federación Internacional (véase el capítulo 2). En un mundo de peligros múltiples, estas evaluaciones exhaustivas de la vulnerabilidad son indispensables.

Lamentablemente, la pandemia de COVID-19 puso de manifiesto los límites de la información disponible sobre las personas de mayor riesgo. No se debería exagerar esta cuestión, ya que se disponía y se dispone de una información considerable. Por ejemplo, incluso al principio de la pandemia fue posible hacer predicciones sobre los resultados probables de la COVID-19 en diferentes poblaciones en función de su edad y de la estructura de las enfermedades crónicas. También existen datos significativos sobre los países más expuestos al riesgo; por ejemplo, el índice de riesgo epidémico INFORM incorpora una amplia gama de datos para estimar el riesgo de epidemia de los países ([Unión Europea, Centro de Conocimiento sobre la Gestión del Riesgo de Desastres \(DRMKC\), sin fecha](#)), y el *Global Health Security Index* (índice mundial de seguridad sanitaria) realiza un análisis similar ([Global Health Security Index, 2021](#)). Sin embargo, los datos de vulnerabilidad a nivel de la comunidad no siempre son detectables a escala. Tampoco existe una forma sencilla de superponer otras formas de información sobre riesgos. Esto significa que todavía es muy difícil mantener actualizados los índices de riesgo que evalúan múltiples peligros concomitantes, como ocurre en la realidad en las comunidades (véase el capítulo 1).

Actualmente existen iniciativas para catalogar los datos relativos a análisis en profundidad de la vulnerabilidad y la capacidad a escala mundial. La Federación Internacional ha empezado a etiquetar la información que posee para hacerla accesible en su sitio web [vcarepository.info](#) ([Federación Internacional, sin fecha c](#)).

Con el fin de ayudar a las comunidades a prepararse para futuros peligros, es necesario que las evaluaciones del riesgo de desastres se realicen de forma más amplia y periódica. Las evaluaciones como el análisis en profundidad de la vulnerabilidad y la capacidad deberían estar más normalizados, incorporar más datos de observación y extenderse a las comunidades expuestas de todo el mundo. Deberían validarse con

más datos de observación y repetirse periódicamente para que la información se mantenga actualizada. Esta ampliación requiere un aumento considerable de la capacidad institucional de gestión del riesgo de desastres. Por tanto, depende de una financiación a largo plazo. Las unidades de salud y gestión del riesgo de desastres necesitan un modelo de financiación sostenible, en lugar de la situación actual, en la que solo reciben dinero cuando se produce un desastre. Una forma de hacerlo es integrar esta labor en los programas de preparación a largo plazo. También en este caso es más rentable prepararse para los peligros con antelación, por ejemplo mediante la recopilación de datos sobre las personas en situación de riesgo.

5.2.3 Identificación de las necesidades y creencias de las personas

Para prestar una ayuda eficaz a las personas, los trabajadores sanitarios y humanitarios deben comprender mejor quiénes son y, para ello, recopilar datos sobre sus necesidades, su entorno, sus preocupaciones, conocimientos, prácticas y comportamientos (Baggio, 2021). Solo con esta información los profesionales pueden determinar si las soluciones que se ofrecen son las más adecuadas. En otras palabras, para prepararse ante brotes de enfermedades y otras amenazas, es necesario situar la participación comunitaria y la rendición de cuentas en el centro del proceso de planificación. Los trabajadores sanitarios y humanitarios deben reconocer a los miembros de la comunidad como interlocutores en pie de igualdad. Sus diversos contextos, necesidades, prioridades y preferencias deben guiar todas las decisiones políticas.

Las necesidades de las personas no siempre concuerdan con las ideas preconcebidas de los observadores externos. Por ejemplo, desde 2020 es natural suponer que la COVID-19 es la mayor fuente de preocupación sanitaria para todos, pero esto no es cierto en todos los casos (véase el recuadro 5.2, ESTUDIO DE CASO: la COVID-19 no siempre ha sido el mayor temor de la población). Para algunas comunidades, otras enfermedades u otros peligros representan una amenaza aún más grave. Entre ellos, las enfermedades no transmisibles que requieren atención continua, el cólera, los huracanes y los contextos humanitarios complejos como el que se observa en el Sahel. Del mismo modo, puede resultar atractivo enviar alimentos a las personas que padecen penuria alimentaria, pero en función de sus circunstancias pueden preferir el dinero en efectivo. El entorno en el que viven las personas siempre determina sus vulnerabilidades y las formas de asistencia que necesitan. Factores como estos condicionan el tipo de ayuda que las personas consideran pertinente y están dispuestas a aceptar, así como las acciones que emprenderán para impulsar cambios en sus propias vidas y comunidades.

Además, es fundamental conocer las creencias, preocupaciones y percepciones de las personas. Por ejemplo, la confianza y la aceptación de las vacunas dependen en gran medida de ellas. La desconfianza y las dudas sobre intervenciones como las vacunas y las mascarillas han sido obstáculos durante toda la pandemia. Sin embargo, los factores sociales y económicos que impulsan estos comportamientos han sido históricamente desatendidos, también en numerosos aspectos de la intervención ante la COVID-19. Para corregir esta situación, los planes en caso de brotes de enfermedades deben poner énfasis en los datos sociales y en los comentarios de la comunidad (véase el recuadro 5.3, ESTUDIO DE CASO: aprovechamiento de los datos de opiniones recabados de la comunidad para facilitar el control de los brotes de enfermedades). Un enfoque centrado en la comunidad exige que los planes y las medidas tengan en cuenta el contexto, sean ágiles y receptivos al cambio (véase el capítulo 2).

Si no se aprovechan las enseñanzas extraídas de la participación de la comunidad, el resultado puede ser contraproducente. El brote de ébola de 2018-2020 en la República Democrática del Congo estuvo caracterizado por una violencia sin precedentes contra todos los agentes de intervención. Un estudio llevado a cabo en 2022 enfatiza problemas surgidos en el uso, por parte de los responsables de la adopción de decisiones, de los datos recabados de la comunidad, que se tradujo en la ruptura de la confianza. De acuerdo con el estudio, las decisiones relativas a la lucha contra el ébola solían ser competencia de profesionales médicos y epidemiólogos, que consideraban que los datos de la comunidad carecían de rigor debido a que eran cualitativos, mientras que ellos preferían los datos cuantitativos. Por ello, a menudo no se les prestaba atención. Además, la “inercia probatoria” fue un rasgo característico de la intervención. En consecuencia, aunque se demostrara la necesidad de modificar la práctica, resultaba difícil cambiar de rumbo en un plazo razonable debido al tamaño y la escala de la acción.

A menudo, esta situación generaba una creciente frustración en las comunidades a las que se había consultado. Los voluntarios que recibían y analizaban la información se percataron de amenazas cada vez más frecuentes, que pronto se manifestaron en ataques a instalaciones y personal de salud. Si se hubiese tomado más en serio la información, parte de esta violencia podría haberse evitado. Los investigadores recomiendan que los sistemas de intercambio de comentarios de la comunidad se utilicen sistemáticamente en futuros brotes, y que se normalice el uso de estas opiniones ([McKay et al, 2022](#)).

En contraposición, un ejemplo de trabajadores sanitarios que aprovechan los datos de la comunidad es el Servicio Colectivo. Fundado en 2020 como una asociación entre la Federación Internacional, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), su objetivo consiste en contribuir al establecimiento de un enfoque coordinado, dirigido por la comunidad y basado en datos para estar preparados ante futuros brotes de enfermedades. El Servicio Colectivo ha elaborado y puesto en marcha un cuadro analítico de datos sociales y de comportamiento que recopila, estructura y mide datos y pruebas sociales y de comportamiento procedentes de casi doscientas cincuenta (250) fuentes de datos de todo el mundo. Esta información tiende un puente entre las necesidades de las personas y los agentes de intervención, lo que permite centrar los recursos y la atención en las necesidades más acuciantes de las personas más vulnerables ([Servicio colectivo de comunicación de riesgos y participación comunitaria, sin fecha a](#)).

En el centro de toda esta recopilación de datos está la **confianza**. Es esencial que las comunidades tengan un alto grado de confianza en las personas que intervienen en las actividades. Por ejemplo, durante la evaluación de riesgos, la información recopilada suele ser de una índole que en general se consideraría privada, entre otros, si una persona está vacunada contra la COVID-19 o si su pareja la maltrata. Las comunidades solo proporcionarán esa información a personas y organizaciones en las que confíen. Por lo tanto, es esencial que esos datos sean conservados de forma segura y gestionados con responsabilidad. También es crucial que las comunidades tengan acceso a sus propios datos en común, de modo que es necesario facilitarles el acceso digital. Todo ello supone colaborar estrechamente con las principales partes interesadas de la comunidad, desde los dirigentes religiosos hasta los maestros y los sanadores tradicionales ([centro de participación comunitaria, sin fecha](#)).

RECUADRO 5.2 / ESTUDIO DE CASO

LA COVID-19 NO SIEMPRE HA SIDO EL MAYOR TEMOR DE LA POBLACIÓN

Los agentes locales tienen un lugar privilegiado para escuchar las opiniones de los miembros de la comunidad y conocer sus principales temores. “Sientes el deber de escuchar lo que están afrontando los pacientes”, dice Suzanna, jefa de equipo voluntaria de la Cruz Roja Libanesa en Aley.

Líbano atraviesa una grave crisis económica, que afecta a muchas personas. “Recuerdo que en mi ciudad había una paciente, una mujer mayor”, dice Suzanna. “Le preocupaba, incluso más que la COVID-19, cómo mantener a sus nietos” (Federación Internacional, sin fecha d).



2021, Líbano. Desde finales de 2019, Líbano está sumido en una crisis humanitaria exacerbada. Tras las devastadoras explosiones en el puerto de Beirut en agosto de 2020, la Cruz Roja Libanesa proporcionó asistencia no condicionada mediante transferencias monetarias a más de 11 000 familias afectadas, así como asistencia en efectivo a pequeñas empresas, apoyo para la reparación de alojamiento provisional y de emergencia, artículos de socorro y servicios médicos esenciales. © Cruz Roja Libanesa

RECUADRO 5.3 / ESTUDIO DE CASO

APROVECHAMIENTO DE LOS DATOS DE OPINIONES RECABADOS DE LA COMUNIDAD PARA FACILITAR EL CONTROL DE LOS BROTES DE ENFERMEDADES

Entre 2018 y 2020, la República Democrática del Congo sufrió un brote de ébola, el décimo registrado en el país. Al principio del brote, la Cruz Roja de la República Democrática del Congo y la Federación Internacional elaboraron un mecanismo de intercambio de información con la comunidad para recabar sus opiniones sobre el brote de ébola y la intervención a raíz de este (Earle-Richardson et al, 2021). Los datos recogidos fueron analizados y utilizados para orientar la política y la elaboración de programas de forma colectiva en todos los niveles de la intervención, tanto para mejorar los resultados como para que las comunidades participaran en la lucha contra el virus.

Un estudio publicado en febrero de 2022 demostró el valor de este enfoque. Durante el brote, numerosas comunidades deseaban seguir honrando a sus muertos. Al parecer, esto planteaba un conflicto, ya que los procedimientos para realizar entierros seguros y dignos preveían que los cadáveres se enterraran en bolsas selladas para reducir el riesgo de propagación de la enfermedad. Sin embargo, se encontraron soluciones conciliatorias. En la región de Kivu Norte, los familiares debían poder ver los rostros de las personas que habían fallecido, por lo que se añadieron ventanillas transparentes a las bolsas mortuorias. Esto permitió cumplir los ritos funerarios al tiempo que se mantenía la seguridad sanitaria, y generó cierto grado de confianza (McKay et al, 2022).



2019, República Democrática del Congo. Desde el inicio del brote, las unidades de la Cruz Roja, debidamente formadas y protegidas, han realizado sepelios seguros y dignos, abordando cada entierro como si se tratara del de una persona infectada. De esta manera, se protege a los agentes de intervención y también a las comunidades. Mediante la interacción con miembros de las comunidades en la intervención ante el Ébola, las unidades de la Sociedad Nacional han podido comprender mejor las preocupaciones comunitarias. © Corrie Butler, Federación Internacional

5.3 MEDIDAS NECESARIAS

ELABORACIÓN Y USO DE UN ECOSISTEMA DE DATOS PARA LA SALUD Y LAS AMENAZAS

Al considerar las características más eficaces de una recopilación de datos sobre salud y amenazas, el principio rector debe ser que los datos y las pruebas sean lo más útiles posible. Deben ser adecuados para ayudar a responder preguntas básicas y fundamentar la adopción de decisiones.

5.3.1 Establecimiento del nuevo ecosistema de datos sobre amenazas

Es crucial que, en la medida de lo posible, se integren fuentes de datos dispares. Por ejemplo, los datos procedentes de la vigilancia comunitaria deben integrarse directamente en los sistemas de vigilancia sanitaria locales y nacionales. Esto plantea retos técnicos considerables. Sin embargo, dos avances positivos deberían facilitar la obtención de mejores conjuntos de datos mundiales sobre desastres.

En primer lugar, la Federación Internacional está reuniendo a un grupo de asociados fundamentales para elaborar una base de datos mundial mejorada sobre desastres: el banco mundial de datos sobre crisis. Esta base de datos recopilará información de la red mundial de ciento noventa y dos (192) Sociedades Nacionales de la Federación Internacional, además de otras fuentes como las Naciones Unidas y los gobiernos nacionales y locales. Las Sociedades Nacionales son un recurso poco aprovechado. Si bien algunas mantienen sus propias bases de datos o prestan apoyo a bases de datos gubernamentales, muchas otras no lo hacen pese a que su personal y sus voluntarios tienen acceso a una enorme cantidad de información sobre los peligros naturales, las personas afectadas por ellos y las intervenciones humanitarias y de otros agentes. El banco mundial de datos sobre crisis sintetizará estos tres tipos de información mediante un sistema a través del cual las Sociedades Nacionales podrán cargar fácilmente la información de que dispongan, en un formato universal y accesible. Todo el conjunto de datos estará disponible a través de la plataforma GO de la Federación Internacional ([plataforma GO de la Federación Internacional, sin fecha a](#)) (véase el recuadro 5.4, ESTUDIO DE CASO: el papel de la plataforma GO de la Federación Internacional en la pandemia de COVID-19). La fase inicial del proyecto está financiada por el Organismo de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y se ejecuta en colaboración con la Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres (UNDRR), la Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCAH), la Organización Meteorológica Mundial (OMM), el Banco Mundial (a través del Fondo Mundial para la Reducción de los Desastres y la Recuperación), el ámbito académico –incluida la unidad de EM-DAT del Centro de Investigación sobre Epidemiología de los Desastres de la Universidad Católica de Lovaina– y otros. Actualmente se encuentra en fase de elaboración, con vistas a la puesta en línea de una versión inicial del banco mundial de datos sobre crisis antes de 2025.

“

Solo el 21,3 % de las pruebas administradas hasta la fecha se han utilizado en países de ingresos bajos y medios-bajos, pese a que el 50,8 % de la población mundial vive en esos países.

”



En segundo lugar, la Organización de las Naciones Unidas también presta apoyo a la obtención de datos sobre desastres a través del recién creado Fondo de las Naciones Unidas para el Análisis de Riesgos Complejos ([CRAF'd, sin fecha](#)). El plan se puso en marcha en octubre de 2021 y ofrecerá financiación para iniciativas de datos sobre desastres, con el objetivo de crear “un ecosistema de datos más sólido”. Esta herramienta permitirá a las organizaciones humanitarias y a otros agentes anticiparse mejor a los desastres, prevenirlos cuando sea posible y, por otro lado, intervenir con eficacia. La Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres también tiene proyectos en curso que apoyan los sistemas nacionales de contabilidad de pérdidas por desastres ([DesInventar, sin fecha](#)), mientras que el Banco Mundial ha establecido su plataforma global de riesgos de crisis ([Banco Mundial, 2018](#)). Todas estas plataformas ofrecen bases útiles en las cuales basarse.

Un reto esencial para todos estos conjuntos de datos integrados sobre peligros consiste en su normalización. Como se ha señalado, la disparidad de métodos de registro de datos ha obstaculizado los intentos de integración y análisis holístico. Mientras que se han registrado correctamente algunos efectos –como las pérdidas económicas y las víctimas mortales–, otros –como los desplazamientos y los daños en edificios– se definen y registran de forma diferente en todo el mundo. Los efectos de segundo orden, como la pérdida de medios de subsistencia o de acceso a los servicios, han sido aún más difíciles de registrar.

Una iniciativa que señala la senda que se debe seguir es el protocolo de alerta común (CAP), con salvedades ([GDPC, sin fecha](#)). Se trata de un formato de mensaje normalizado para alertas de emergencia, que puede funcionar en múltiples medios de comunicación. Permite la difusión rápida y sistemática de datos sanitarios y de peligro en todo un país, instando al público a tomar las medidas de protección necesarias. Este protocolo ilustra que es posible crear un sistema normalizado para transmitir información compleja y utilizable a múltiples audiencias. Para ello, un aspecto esencial radica en la adaptación de esas normas mundiales a los contextos locales. Con este fin, la Federación Internacional ha creado el centro de alerta para ampliar el uso de protocolos de alerta temprana ([centro de alerta de la Federación Internacional, sin fecha](#)). Este servicio digital permite la colaboración de las Sociedades Nacionales con las autoridades nacionales para adaptar los mensajes a las lenguas, culturas y preferencias locales ([Federación Internacional, sin fecha b](#)). Cabe señalar que, en este momento, la adaptación de este enfoque normalizado para todos los peligros relacionados con la salud aún plantea un reto, ya que las alertas y los mensajes fundamentales deben ser específicos para cada enfermedad. Actualmente, se debate la forma de abordar este reto.

5.3.2 Transformación de los datos en enseñanzas reales y, sobre todo, en medidas concretas

Las sociedades pueden tener mala memoria para acontecimientos traumáticos como las pandemias. Existe un comprensible deseo de olvidar y muchas otras cuestiones de las que ocuparse. La famosa pandemia de gripe de 1918 apenas dejó huella cultural. Algo parecido sucede en 2022, ya que numerosas personalidades públicas declaran que la pandemia de COVID-19 ha concluido a pesar de las continuas olas de infección. Existe el riesgo de que, pese a todos los datos y documentación, se olviden las enseñanzas de la pandemia.

Los gobiernos y otros agentes, incluidas las organizaciones humanitarias, deben integrar las enseñanzas que han extraído de la pandemia a largo plazo, traduciéndolas en cambios institucionales. Actualmente, los Estados procuran hacerlo mediante enmiendas a las leyes relacionadas con la salud y los peligros, así como mediante la creación de otras nuevas (véase el capítulo 6). A continuación se exponen tres posibles cauces adicionales para que este proceso de adquisición de conocimientos y adaptación se materialice.

Transformación de la enseñanza en una práctica institucional habitual. Numerosas organizaciones, desde los gobiernos hasta las organizaciones de asistencia comunitaria, están establecidas de forma que dan prioridad a las prácticas existentes en detrimento de los procesos de formación y adaptación. Las decisiones suelen basarse en las experiencias de las personas más que en los datos ([Hankey, 2020](#)). Sin embargo, en un mundo acosado por múltiples amenazas, todas ellas cambiantes y complejas, este enfoque estático resulta inadecuado. Más bien, la formación debe constituir un objetivo central de cualquier organización y departamento gubernamental que participe en la gestión sanitaria y de desastres, ya se trate de un departamento gubernamental o de un centro de salud comunitario. Ello comporta cambios culturales difíciles pero necesarios, como la prioridad a la investigación y el diálogo entre grupos (Senge, 1990). Así, cuando un voluntario local encuentra una forma mejor de resolver un problema, sus colegas deben sentirse legitimados para adoptar y difundir el nuevo enfoque. En 2021, la Federación Internacional presentó una aplicación llamada V-Community para que los voluntarios pudieran intercambiar conocimientos libremente, sin importar la geografía o el idioma ([Google Play, sin fecha](#)). No obstante, para que se produzcan cambios importantes, las organizaciones deben confiar en su personal y crear un entorno de seguridad psicológica. La iniciativa *Learn to Change* de la Federación Internacional trata de crear entornos en los que pueda producirse un verdadero cambio ([Learn to Change, sin fecha](#)).

Gestión y organización de los datos para su accesibilidad y comprensión. El volumen y la variedad de los datos sobre desastres y emergencias son cada vez mayores. Es algo positivo, pero los datos son en realidad más ruido que indicios si no se gestionan correctamente. Para aprender de esta avalancha de datos y tomar decisiones basadas en ellos, se impone su accesibilidad y comprensión. El cuadro analítico sobre COVID-19 creado por unidades de la Universidad Johns Hopkins es un ejemplo destacado al respecto ([Universidad Johns Hopkins, sin fecha](#)). El sitio recopila datos de una amplia variedad de fuentes y los sintetiza en formatos de fácil comprensión, como mapas del mundo y gráficos. La sección de Datos y Análisis de UNICEF ha creado un sitio exhaustivo que presenta sus datos sobre múltiples aspectos del bienestar infantil ([UNICEF, sin fecha](#)). Del mismo modo, el catálogo de datos del Banco Mundial recopila todos sus datos sobre desarrollo en un único sitio para que los usuarios puedan acceder a ellos, descargarlos y compartirlos con facilidad ([catálogo de datos del Banco Mundial, sin fecha](#)). La Federación Internacional

ha avanzado en esta dirección con sus bases de datos en línea. La plataforma GO “aspira a que toda la información sobre desastres sea universalmente accesible y útil”, manteniendo un registro actualizado de todas las emergencias en las que interviene la red de la Federación Internacional ([plataforma GO de la Federación Internacional, sin fecha a](#)). Asimismo, dispone de datos sobre los riesgos que afrontan las Sociedades Nacionales y los acontecimientos inminentes que pueden requerir su intervención. En 2022 se agregó un nuevo cuadro analítico que permite visualizar las enseñanzas extraídas de la pandemia de COVID-19 según el tema y la ubicación ([plataforma GO de la Federación Internacional, sin fecha c](#)). Por otra parte, la plataforma GO también recopila ejemplos de enseñanzas extraídas de la intervención de las Sociedades Nacionales y los clasifica, lo que permite la adquisición de conocimientos entre pares ([plataforma GO de la Federación Internacional, sin fecha d](#)). Por su parte, el banco de datos y sistema de información general interno de la Federación Internacional recopila anualmente datos de las ciento noventa y dos (192) Sociedades Nacionales que integran la organización. Muestra, entre otros datos, sus finanzas y la cantidad de beneficiarios de sus programas ([banco de datos y sistema de información general interno de la Federación Internacional, sin fecha](#)). Esta información puede ser utilizada por los miembros de las Sociedades Nacionales, y otros agentes humanitarios, para orientar la adopción de decisiones. Por último, la plataforma de ingreso y análisis de datos (DEEP, por sus siglas en inglés) ayuda en la evaluación de necesidades, ya que permite la gestión estructurada de datos secundarios ([DEEP, sin fecha](#)). La plataforma GO, el banco de datos y sistema de información general interno y la plataforma de ingreso y análisis de datos son modelos de buena gestión de la información que las entidades pueden emular.

Consideración de las necesidades en materia de personal y de capacidades para impulsar este cambio. La adopción del aprendizaje y de la gestión de información permitirá mayor eficacia en la intervención frente a los riesgos. Sin embargo, las tecnologías digitales y los datos son, en última instancia, impulsados y plasmados por seres humanos. La planificación, la reinención de procesos y la recopilación y el análisis de datos requieren personal especializado que disponga del tiempo y la seguridad necesarios para repetir procesos y mejorarlos. Por el contrario, cuando las organizaciones carecen de personal suficiente, pasan de una crisis a otra, y se ven obligadas a reinventar la rueda una y otra vez. Esta situación afecta sobre todo a las organizaciones humanitarias, que a menudo carecen de fondos suficientes en épocas de bonanza y se desprenden de personal y voluntarios, junto con todos sus conocimientos adquiridos, para volver a movilizarse rápidamente cuando se produce una nueva emergencia [véase el capítulo 3]. Cuando organizaciones como las Sociedades Nacionales disponen de personal y recursos financieros más predecibles, tienen tiempo para asimilar las enseñanzas de cada crisis y de adaptar sus prácticas para la ocasión siguiente. De modo análogo, mediante un mayor acceso a necesidades como las bases de datos y la formación necesaria para utilizarlas, el aprendizaje puede convertirse en una práctica habitual (Johnston, 2022). En paralelo, debe darse prioridad a la adquisición de conocimientos digitales y sobre datos en las comunidades, ya que ello les permitirá controlar el flujo de sus datos. Del mismo modo, los conocimientos y el análisis de datos deben efectuarse en el ámbito más local posible a fin de que las comunidades y los agentes locales pueden participar activamente en el uso de los datos (véase el capítulo 2).

RECUADRO 5.4 / ESTUDIO DE CASO

EL PAPEL DE LA PLATAFORMA GO DE LA FEDERACIÓN INTERNACIONAL EN LA PANDEMIA DE COVID-19

La plataforma GO es una de las principales plataformas de datos de la Federación Internacional. Puesta en marcha en 2018, recibe y visualiza datos de las Sociedades Nacionales de todo el mundo. Incluye datos sobre peligros emergentes, llamamientos e intervenciones de las Sociedades Nacionales ([blog de la plataforma GO de la Federación Internacional, 2020](#)).

La pandemia de COVID-19 supuso un reto considerable para la unidad de la plataforma GO, que ha elaborado con rapidez múltiples funciones nuevas. Añadieron un cuadro analítico sobre COVID-19, que proporciona datos esenciales de forma interactiva y ayuda a orientar el análisis de la intervención vigente ante la pandemia. Incluye tendencias de casos y mortalidad, nivel de gravedad humanitaria, tasas de aplicación y de aceptación de la vacunación, y datos sobre la pandemia. La base de datos permitió el rápido acceso de las unidades de las Sociedades Nacionales a toda la información pertinente, incluso cuando las restricciones de circulación les obligaban a trabajar a distancia durante semanas ([blog de la plataforma GO de la Federación Internacional, 2021](#)).



PRINCIPALES RECOMENDACIONES

Relación entre los datos de crisis y las medidas. Toda la recopilación de datos debe centrarse en definir e impulsar medidas beneficiosas para las personas y las comunidades. Por ejemplo, debería determinar las vulnerabilidades de las personas para darles protección o sus capacidades para fomentarlas. Para lograrlo, se han de concebir productos y servicios de información que contribuyan a la adopción de decisiones basadas en datos empíricos. Los datos correctos deben suministrarse a las personas adecuadas en el momento oportuno. Al mismo tiempo, se debe velar por la preparación de una intervención eficaz en materia de tecnologías de la información, gestión de la información y plataformas digitales para los centros de operaciones de emergencia.

Acuerdos sobre un conjunto común de indicadores y actualización de aquellos que resulten deficientes. Es necesario disponer de un conjunto de indicadores de peligros, riesgos y vulnerabilidades que sea acordado a escala internacional. Deben ser de fácil difusión y comprensión, incluso para los agentes locales, y susceptibles de adaptación a una amplia gama de emergencias y desastres.

Establecimiento de sistemas integrados de datos sobre crisis e inversión en las personas que analizan y comunican sus resultados. Dichos sistemas deben recopilar datos útiles sobre los múltiples peligros a los que se enfrentan las comunidades, los efectos de dichos peligros, los grupos de mayor riesgo y las medidas de intervención de la sociedad. El control comunitario ha vuelto a demostrar su valor durante la pandemia de COVID-19: debe ampliarse e integrarse en sistemas sanitarios más amplios. Los formatos de los datos deben estar normalizados en la medida de lo posible para facilitar su comparación y la integración de múltiples conjuntos de datos. Asimismo, es esencial recopilar más datos sociológicos y cualitativos para comprender las necesidades, los contextos y las actitudes de las personas. Solo mediante estos datos sociológicos se pueden elaborar debidamente las intervenciones.

Recopilación y uso de datos, y adopción de decisiones sobre la base de las opiniones y los comentarios de la comunidad. Las comunidades deben desempeñar un papel destacado en la recopilación, el análisis y el uso de los datos de las crisis. Todas las personas deben tener acceso al entorno digital para poder controlar sus datos y evitar la exclusión digital. Los datos de las opiniones de la comunidad deben recopilarse durante todas las fases de la gestión de emergencias y sus mensajes deben ser escuchados y aplicados. Esto exige que las unidades de gestión de emergencias sean más ágiles y capaces de reaccionar. La integración de las perspectivas de la comunidad en la adopción de decisiones requiere esfuerzos coordinados, sostenibilidad financiera y fortalecimiento de la capacidad a largo plazo de las organizaciones locales y los sistemas comunitarios.

BIBLIOGRAFÍA

Baggio O (2021) *What's missing to stop a pandemic: Three lessons learnt*. LinkedIn. <https://www.linkedin.com/pulse/whats-missing-stop-pandemic-three-lessons-learnt-ombretta-baggio/>

Cohen J and Kupferschmidt K (2020) Countries test tactics in 'war' against COVID-19. *Science*, 367(6484), pp. 1287–8. <https://doi.org/10.1126/science.367.6484.1287>

Community Engagement Hub (no date) <https://www.communityengagementhub.org/>

CRAF'd (The Complex Risk Analytics Fund) (no date) <https://crafd.io/>

DEEP (no date) <https://thedeep.io/>

DesInventar (no date) *DesInventar as a Disaster Information Management System*. <https://www.desinventar.net/whatisdesinventar.html>

Earle-Richardson G et al (2021) New Mixed Methods Approach for Monitoring Community Perceptions of Ebola and Response Efforts in the Democratic Republic of the Congo. *Global Health: Science and Practice*, 9(2), pp. 332–43. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-21-00144>

EC DRMKC (European Commission Disaster Risk Management Knowledge Centre) (no date) *INFORM Epidemic Risk Index*. <https://drmkc.jrc.ec.europa.eu/inform-index/INFORM-Risk/INFORM-Epidemic-Risk-Index>

Elhakim M et al (2020) COVID-19 pandemic in Djibouti: Epidemiology and the response strategy followed to contain the virus during the first two months, 17 March to 16 May 2020. *PLoS One*, 15(12), e0243698. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243698>

EM-DAT (no date a) <https://www.emdat.be/>

EM-DAT (no date b) *Classification*. <https://www.emdat.be/explanatory-notes>

FIND (no date) *SARS-CoV-2 Test Tracker*. <https://www.finddx.org/covid-19/test-tracker/>

Flood Resilience Portal (no date) *How we measure community flood resilience*. https://floodresilience.net/frmc_story/

GDPC (Global Disaster Preparedness Center) (no date) *Common Alerting Protocol Implementation*. <https://preparecenter.org/initiative/common-alerting-protocol-implementation/>

Global Health Security Index (2021) *2021 Global Health Security Index*. <https://www.ghsindex.org/>

Google Play (no date) *V-Community*. <https://play.google.com/store/apps/details?id=org.ifrc.vcommunity&hl=en&gl=US>

Hankey WW (2020) *Data, decisions and Strategy 2030: Creating a data-driven decision space*. <https://welearn.to/change.org/wp-content/uploads/2020/11/IFRC-Decision-making-2020.pdf>

Havers FP et al (2022) COVID-19-Associated Hospitalizations Among Vaccinated and Unvaccinated Adults 18 Years or Older in 13 US States, January 2021 to April 2022. *JAMA Internal Medicine*, 182(10), pp. 1071–81. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2022.4299>

IFRC (2020a) *Philippines Red Cross urges greater vigilance as COVID-19 cases fill hospitals*. <https://www.ifrc.org/press-release/philippines-red-cross-urges-greater-vigilance-covid-19-cases-fill-hospitals>

IFRC (2020b) *World Disasters Report 2020: Come Heat or High Water: Tackling the humanitarian impacts of the climate crisis together*. <https://www.ifrc.org/document/world-disasters-report-2020>

IFRC (no date a) *Epidemic and Pandemic Preparedness*. <https://www.ifrc.org/epidemic-and-pandemic-preparedness>

IFRC (no date b) *PAPE messages: Preparing your family and home*. <https://www.ifrc.org/pape-messages-preparing-your-family-and-home>

IFRC (no date c) *Vulnerability Capacity Assessment (VCA)*. <http://vcarepository.info/>

IFRC (no date d) *Volunteer stories on the frontlines of COVID-19 amid a complex humanitarian crisis in Lebanon*. Available on request.

IFRC Alert Hub (no date) <https://alerthub.ifrc.org/about>

IFRC FDRS (Federation-wide Databank and Reporting System) (no date) <https://data.ifrc.org/fdrs/>

IFRC GO (no date a) <https://go.ifrc.org/>

IFRC GO (no date b) *Global: COVID-19 pandemic*. <https://go.ifrc.org/emergencies/3972#details>

IFRC GO (no date c) *Global: COVID-19 pandemic: Additional information*. <https://go.ifrc.org/emergencies/3972#additional-information>

IFRC GO (no date d) *Preparedness for Effective Response (PER)*. <https://go.ifrc.org/preparedness#operational-learning>

IFRC GO blog (2020) *GO in the time of COVID-19*. <https://ifrcgoproject.medium.com/go-in-the-time-of-covid-19-eb5152b33640>

IFRC GO blog (2021) *GO in the time of COVID-19, cont.* <https://ifrcgoproject.medium.com/go-in-the-time-of-covid-cont-edda382758f5>

IFRC Health & Care (2020) *Community-Based Surveillance Guide COVID-19*. <https://preparecenter.org/resource/community-based-surveillance-guide-covid-19/>

IFRC VCA (no date) *Enhanced Vulnerability and Capacity Assessment*. <https://www.ifrcvca.org>

Johns Hopkins University (no date) *COVID-19 Dashboard*. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

Johnston A (2022) *Analysis of Learning from IFRC COVID-19 Response*. IFRC. Forthcominf

Kang . et al (2020) South Korea's responses to stop the COVID-19 pandemic. *American Journal of Infection Control*, 48(9), pp. 1080–6. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.06.003>

Learn to Change (no date) <https://welearntochange.org/>

Maazou A A et al (2021) Community-based surveillance contribution to the response of COVID-19 in Niger. *Pan African Medical Journal*, 40, 88. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34909077/>

Majeed A et al (2020) Can the UK emulate the South Korean approach to covid-19? *BMJ*, 369, m2084. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2084>

McGowan CR et al (2022) Community-based surveillance of infectious diseases: a systematic review of drivers of success. *BMJ Global Health*, 7, e009934. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009934>

McKay G et al (2022) 'The response is like a big ship': community feedback as a case study of evidence uptake and use in the 2018–2020 Ebola epidemic in the Democratic Republic of the Congo. *BMJ Global Health*, 7, e005971. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005971>

Morens DM et al (2020) The Origin of COVID-19 and Why It Matters. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 103(3), pp. 955–9. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0849>

Mremi IR et al (2021) Twenty years of integrated disease surveillance and response in Sub-Saharan Africa: challenges and opportunities for effective management of infectious disease epidemics. *One Health Outlook*, 3, 22. <https://doi.org/10.1186/s42522-021-00052-9>

Nextstrain (no date) *Genomic epidemiology of SARS-CoV-2 with subsampling focused globally over the past 6 months*. <https://nextstrain.org/ncov/open/global/6m>

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2016) *Improving the Evidence Base on the Costs of Disasters: Key findings from an OECD survey*. <https://www.oecd.org/gov/risk/Issues-Paper-Improving-Evidence-base-on-the-Costs-of-Disasters.pdf>

Planetary Health Alliance (no date) *Planetary Health*. <https://www.planetaryhealthalliance.org/planetary-health>

Philippine Red Cross (2021) *Sen. Dick Gordon leads Philippine Red Cross as they surpass 4m COVID tests*. <https://redcross.org.ph/2021/09/01/sen-dick-gordon-leads-philippine-red-cross-as-they-surpass-4m-covid-tests/>

Philippine Red Cross (2022) *Saliva RT-PCR test*. <https://redcross.org.ph/covid19/saliva-test/>

RCCE Collective Service (no date a) <https://www.rcce-collective.net/>

RCCE Collective Service (no date b) *Understanding context, vulnerability and inequality in public health and humanitarian emergencies*. https://ifrcorg.sharepoint.com/:p:/r/sites/IFRCSharing/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7B7C0CE40F-3CB0-4507-8DE6-1E2C0F357941%7D&file=SST-RCCE_PPT_module_2.1_revised.pptx&action=edit&mobileredirect=true&cid=f6447b6e-ba42-45f6-9128-481f8caf0bea

Senge P (1990) *The Fifth Discipline: The art & practice of the learning organization* (second edition). Random House Business.

The Lancet (2015) *Planetary Health*. <https://www.thelancet.com/infographics-do/planetary-health>

UNDRR (United Nations Office for Disaster Risk Reduction) (2015) *Global Assessment Report on Disaster Risk Reduction 2015: Making Development Sustainable: The future of disaster risk management*. <https://www.preventionweb.net/english/hyogo/gar/2015/en/home/index.html>

UNDRR (United Nations Office for Disaster Risk Reduction) (2020) *Monitoring the Implementation of Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030: A Snapshot of Reporting for 2018*. <https://www.undrr.org/publication/monitoring-implementation-sendai-framework-disaster-risk-reduction-2015-2030-snapshot>

UNDRR (United Nations Office for Disaster Risk Reduction) (2022) *Global Assessment Report on Disaster Risk Reduction 2022*. <https://www.undrr.org/publication/global-assessment-report-disaster-risk-reduction-2022>

UNICEF (United Nations Children's Fund) (no date) *UNICEF DATA*. <https://data.unicef.org/>

US EPA (United States Environmental Protection Agency) (no date) *Community Health Vulnerability Index Provides Public Health Tool to Protect Vulnerable Populations from Impaired Air*. <https://www.epa.gov/air-research/community-health-vulnerability-index-provides-public-health-tool-protect-vulnerable>

Wallemaq P and House R (2018) *Economic losses, poverty & disasters: 1998-2017*. United Nations Office for Disaster Risk Reduction (UNDRR). <https://www.undrr.org/publication/economic-losses-poverty-disasters-1998-2017>

WHO (World Health Organization) (no date) *Republic of Korea (WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard)*. <https://covid19.who.int/region/wpro/country/kr>

WHO (World Health Organization) Immunization, Vaccines and Biologicals (2022) *Understanding the behavioural and social drives of vaccine uptake WHO position paper – May 2020*. <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9720-209-224>

World Bank (2018) *Global Crisis Risk Platform (English)*. <http://documents.worldbank.org/curated/en/762621532535411008/Global-Crisis-Risk-Platform>

World Bank (2021) *World Development Report 2021: Data for Better Lives*. <https://wdr2021.worldbank.org/>

World Bank Data Catalog (no date) <https://datacatalog.worldbank.org/home>

Worobey M et al (2022) The Huanan Seafood Wholesale Market in Wuhan was the early epicenter of the COVID-19 pandemic. *Science*, 377(6609), pp. 951–9. <https://doi.org/10.1126/science.abp8715>

2022, Zimbabwe. Dr. Takunda Tawanda, médico adjunto a cargo de la clínica de la Cruz Roja de Zimbabwe en Harare. La Sociedad Nacional gestiona la clínica en el distrito comercial central de Harare, que presta servicios médicos de calidad y asequibles a los miembros de la comunidad, con inclusión de consultas de medicina general, radiología, laboratorio, odontología, radiología, ginecología, fisioterapia, asesoramiento y farmacia.
© Victor Lacken, Federación Internacional

DERECHO Y EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA





**Las leyes y
las políticas
son la base de toda
intervención eficaz en
caso de emergencia
de salud pública**

Índice

Introducción	201
6.1 Los hechos – Redacción apresurada de leyes para emergencias de salud pública	202
6.2 La enseñanza – Falta de preparación legislativa en los planos nacional e internacional	203
6.3 Medidas necesarias – Mejora continua de la preparación legislativa	209
Recomendaciones fundamentales	216

INTRODUCCIÓN

La pandemia de COVID-19 sacó a relucir graves deficiencias en la preparación legislativa frente a emergencias sanitarias públicas. Esas deficiencias existen en los planos nacional e internacional y conciernen tanto al contenido de los instrumentos vigentes como a su aplicación. La inadecuación de los marcos legislativos ha contribuido a que la pandemia de COVID-19 se convierta en una emergencia sanitaria mundial prolongada. Sin embargo, hay motivos para el optimismo: a raíz de la pandemia, ha ganado reconocimiento la importancia de la preparación legislativa frente a situaciones de emergencia, que hasta entonces se había descuidado en el ámbito sanitario. La pandemia también ha contribuido a definir esferas fundamentales que cabe mejorar, especialmente al destacar las lagunas en el contenido del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y en su cumplimiento. Las negociaciones en curso respecto de un nuevo instrumento de gran alcance sobre pandemias internacionales brindan la oportunidad de fortalecer la preparación legislativa frente a emergencias de salud pública a partir de las enseñanzas derivadas de la pandemia de COVID-19. Dicho esto, será necesario replicar los esfuerzos internacionales a nivel nacional, con eventual apoyo financiero y técnico de la comunidad internacional, para que se materialicen en medidas concretas.

Definiciones

Marcos legislativos y jurídicos

En este capítulo se contempla el papel del derecho en las emergencias de salud pública.

Se emplean indistintamente los términos “derecho”, “legislación” y “marco jurídico” para referirse a todo tipo de instrumento jurídico, ya sea nacional o internacional. En el capítulo también se analizan los instrumentos no jurídicos, es decir, las políticas y los planes de contingencia, que forman parte integrante del marco de buen gobierno de las emergencias de salud pública.

Facilidades jurídicas: son derechos jurídicos especiales que se otorgan a una organización específica (o a una categoría de organizaciones) para facilitarles la conducción eficaz y eficiente de sus actividades. La concesión de facilidades jurídicas puede adoptar la forma de derechos positivos (es decir, para realizar una acción determinada), de acceso a procesos normativos simplificados y acelerados, o exenciones de la legislación común ([Federación Internacional, 2021](#)).

6.1 LOS HECHOS

REDACCIÓN APRESURADA DE LEYES PARA EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA

Conforme se ha señalado en los capítulos anteriores, la pandemia de COVID-19 sacó a relucir deficiencias graves y generalizadas en las actividades relacionadas con la prevención de riesgos para la salud y la preparación frente a **emergencias de salud pública**.

En muchos países, especialmente durante los primeros meses de la pandemia, las intervenciones fueron caóticas y desorganizadas. Conforme se mencionó en el apartado 1.1.1 del capítulo 1, hubo dificultades para coordinar la labor entre diferentes entidades estatales y para formular estrategias de comunicación eficaz y accesible, y los trabajadores y los sistemas sanitarios no daban abasto ante el elevado número de casos que exigían hospitalización, la escasez de suministros esenciales a nivel mundial (por ejemplo, el oxígeno y los equipos de protección personal), la falta de personal, y la inadecuación de los protocolos de actuación en caso de emergencia.

Ese caos obedeció, entre otros motivos fundamentales, a las lagunas existentes en el contenido de leyes y políticas, y a la deficiente aplicación de esos instrumentos, tanto a nivel nacional como internacional. Los marcos legislativos pueden crear condiciones propicias para prevenir de manera eficiente y oportuna las emergencias de salud pública, prepararse e intervenir ante ellas, y recuperarse. El derecho internacional puede establecer obligaciones mutuas para la cooperación y la coordinación entre Estados en la gestión de riesgos para la salud y emergencias de salud pública. Por otro lado, la legislación nacional y subnacional puede prever la arquitectura de sistemas nacionales efectivos y amplios para gestionar los riesgos para la salud y las emergencias de salud pública. También puede atenuar muchos problemas de envergadura mencionados en este informe, desde la ejecución de actividades eficaces de prevención y preparación (capítulo 1), hasta la facilitación de la participación de los actores locales y las comunidades (capítulo 2) y la protección de los grupos vulnerables frente a consecuencias sanitarias y socioeconómicas desproporcionadas (capítulo 4). Sin embargo, este potencial no se aprovechó, lo cual acrecentó la incapacidad de los Estados para enfrentar la pandemia de COVID-19.

Ante el brote pandémico de COVID-19, los Estados tuvieron que elaborar nuevas leyes a un ritmo vertiginoso, en ocasiones sin tiempo suficiente para debatirlas de manera provechosa, o consultar a expertos y partes interesadas con antelación. Aunque, ante una emergencia de gran envergadura, la redacción de disposiciones legislativas se antoja como una eventualidad casi inevitable, ese ejercicio hubo de repetirse en reiteradas ocasiones a causa de las deficiencias y lagunas en las leyes vigentes. Las nuevas leyes, en parte por la rapidez con que se elaboraron, también presentaron lagunas y acarrearón consecuencias involuntarias que mermaron la eficacia de la intervención. Este capítulo señala la necesidad de invertir en la **preparación legislativa** frente a emergencias de salud pública, de manera que no se repitan los mismos errores ante brotes, epidemias o pandemias futuros.

6.2 LA ENSEÑANZA FALTA DE PREPARACIÓN LEGISLATIVA EN LOS PLANOS NACIONAL E INTERNACIONAL

A mediados del año 2021, se publicaron dos informes importantes donde se analizaba el funcionamiento de los marcos legislativos nacionales e internacionales durante la pandemia de COVID-19. En ambos informes se documentaron numerosas deficiencias.

El Comité de Examen del Reglamento Sanitario Internacional, establecido por el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicó en primer lugar un informe sobre el funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional durante la intervención ante la pandemia de COVID-19 ([WHO, 2021](#)).

Por su parte, la Federación Internacional publicó el informe titulado “Derecho y preparación e intervención ante emergencias de salud pública: enseñanzas de la pandemia de COVID-19” ([IFRC, 2021](#)).

Los apartados restantes de este capítulo se basan en ambos informes para definir las principales deficiencias y lagunas existentes en los marcos legislativos y de políticas a nivel nacional e internacional para enfrentar las emergencias de salud pública.

6.2.1 Deficiencias y lagunas en las políticas y leyes nacionales

Tanto el informe del Comité de Examen del Reglamento Sanitario Internacional como el informe de la Federación Internacional sobre derecho y emergencias de salud pública concluyeron que, en muchos Estados, los marcos legislativos internos resultaron obsoletos o inadecuados ante el brote pandémico ([IFRC, 2021](#); [WHO, 2021](#)). La legislación de algunos Estados se remontaba a principios del siglo XX, o incluso a finales del siglo XIX ([IFRC, 2021](#)). En el informe de la Federación Internacional sobre derecho y emergencias de salud pública, basado en el análisis de una muestra de 32 Estados, se encontraron deficiencias y lagunas en las leyes y políticas relacionadas con las emergencias de salud pública, a saber:

- **Necesidad de mayor integración** – en la mayor parte de los casos, las emergencias de salud pública se gestionan mediante un marco híbrido basado en la legislación aplicable en casos de desastre y en otras leyes específicas sobre emergencias de salud pública ([IFRC, 2021](#)). Es necesario integrar esos tipos de leyes diferentes para evitar conflictos, duplicaciones o lagunas en las disposiciones prácticas que establecen (por ejemplo, la dirección, las funciones, las responsabilidades y los mecanismos de coordinación) ([IFRC, 2021](#)). Conforme se mencionó en el capítulo 1, la integración es fundamental con miras a establecer un sistema para peligros múltiples que permita gestionar riesgos crecientes, concomitantes y que se agravan);

- **Listas taxativas de enfermedades** – algunos Estados tienen leyes que únicamente se aplican a una lista de enfermedades específicas que, en ocasiones, ya no son prevalentes (por ejemplo, la viruela) ([IFRC, 2021](#)). En ese caso, la legislación no se puede aplicar a riesgos para la salud nuevos o emergentes tales como la Covid-19;
- **Ausencia de disposiciones sobre prevención y recuperación** – aunque las leyes y políticas nacionales suelen contemplar la preparación y la intervención ante emergencias de salud pública, en muchos Estados esas fases brillan por su ausencia ([IFRC, 2021](#)). Se trata de una omisión significativa porque, conforme se mencionó en el capítulo 1, muchos riesgos para la salud, incluidas las infecciones de origen zoonótico, son prevenibles;
- **Necesidad de disposiciones más detalladas sobre prevención** – si bien las leyes y políticas suelen prever la preparación para emergencias de salud pública, hay margen para incluir disposiciones más claras y detalladas, por ejemplo mediante el establecimiento de obligaciones para los principales agentes (por ejemplo, en materia de planificación frente a imprevistos y formación) ([IFRC, 2021](#)). Conforme se mencionó en el capítulo 1, resulta fundamental fomentar la preparación porque la prevención, por definición, nunca será absoluta: por mucho que uno se esfuerce, inevitablemente habrá brotes infecciosos;
- **Ausencia de un enfoque que abarque al conjunto de la sociedad y de la Administración Pública** – los marcos legislativos y de política rara vez prevén la participación de agentes no estatales en las actividades de preparación para emergencias de salud pública e intervención a raíz de ellas, por ejemplo asignándoles oficialmente funciones y responsabilidades, o incluyéndolos en los mecanismos de coordinación. Es una laguna importante porque, conforme se menciona en el capítulo 2, la prevención, la preparación y la intervención en caso de pandemia debe articularse en torno a los agentes de intervención local y las comunidades.

Al margen de las deficiencias y lagunas mencionadas, algunas dificultades prácticas que surgieron durante la pandemia obedecían en primera instancia a que las leyes aplicables en situaciones ordinarias no preveían excepciones. En determinados países, la legislación sobre adquisiciones y gestión de finanzas públicas impidió la compra acelerada de fármacos y productos médicos ([WHO, 2021](#)). El empeño por optimizar la utilización del personal sanitario se vio mermado por las leyes relativas a las licencias profesionales, a cuyo tenor no se autorizaba el traslado de profesionales entre diferentes jurisdicciones subnacionales, ni tampoco el ejercicio de la profesión por personas jubiladas o estudiantes de último año de carrera ([WHO, 2021](#)).

En algunos casos, las leyes que se promulgaron con rapidez para intervenir a raíz de la pandemia de COVID-19 tenían lagunas y acarrearón consecuencias involuntarias que, en última instancia, menoscabaron la eficiencia de las actividades. Por ejemplo, los confinamientos, los cierres de las fronteras y las restricciones a las exportaciones no siempre establecieron excepciones claras para los trabajadores humanitarios (aunque, por lo general, sí las preveían para otros agentes de intervención en la primera línea, por ejemplo el personal sanitario). Así, se dificultó la labor humanitaria en favor de quienes más la necesitaban, ya fuera a causa de la pandemia de COVID-19 o debido a los múltiples desastres y crisis que seguían ocurriendo ([IFRC, 2021](#)). Estos tipos de restricciones también perjudicaron a los grupos vulnerables: los ancianos, por ejemplo, tuvieron menor acceso a atención sanitaria y social; los migrantes quedaron abandonados sin medios de vida, y se dificultó la huida de las personas afectadas por la violencia doméstica) ([IFRC, 2021](#)).

Por último, la Comisión Lancet, responsable de extraer enseñanzas para el período posterior a la pandemia de COVID-19, constató que, de manera generalizada, no se formularon políticas que afrontaran las consecuencias desiguales de la pandemia ([Sachs et al, 2022](#)). En efecto, como se mencionó en el capítulo 4, la pandemia de COVID-19 afectó con mayor intensidad a los grupos vulnerables que ya estaban a la zaga, quienes sufrieron consecuencias sanitarias y socioeconómicas desproporcionadas. A este respecto, el informe de la Federación Internacional sobre derecho y emergencias de salud pública concluyó que la adopción de medidas legislativas y de política para brindar protección y asistencia a los grupos vulnerables durante la pandemia de COVID-19 fue más frecuente en los Estados dotados de mayores recursos, que se apresuraron a promulgar disposiciones nuevas en lugar de recurrir a las vigentes ([IFRC, 2021](#)).

6.2.2 Deficiencias y lagunas en el derecho internacional

El brote pandémico de Covid-19 se produjo en un momento en el que el marco legislativo internacional relacionado con las emergencias de salud pública adolecía de importantes deficiencias y lagunas. El principal instrumento internacional en este contexto es el Reglamento Sanitario Internacional (2005) ([IHR, 2005](#)): un tratado internacional jurídicamente vinculante para ciento noventa y seis (196) Estados parte, entre ellos los ciento noventa y cuatro (194) Estados miembros de la OMS. El Reglamento Sanitario Internacional aspira fundamentalmente a “prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública” ([IHR, 2005](#)). Por desgracia, las lagunas en el contenido y la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional socavaron la gestión de la pandemia de COVID-19.

El Reglamento Sanitario Internacional exige a los Estados parte que desarrollen “capacidades básicas” ([IHR, 2005](#); art. 13, párr. 1; anexo 1, parte A) para las actividades de vigilancia e intervención a raíz de eventos de salud pública que, de aplicarse plenamente, deberían fortalecer su preparación para casos de pandemia. No obstante, la aplicación de esas capacidades básicas por los Estados fue ampliamente deficiente, aun cuando la fecha límite para ello era junio de 2012 ([WHO, 2011](#); [WHO, 2015](#); [WHO, 2016](#); [WHO, 2021](#); [Bartolini, 2021](#)). Los datos notificados por los propios países denotan deficiencias: en 2021, la tasa de aplicación promedio correspondiente a las trece (13) capacidades básicas se cifraba en el sesenta y cinco por ciento (65%) ([e-SPAR, no date](#)). Las deficiencias en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional obedecen en parte a la ausencia de mecanismos de control del cumplimiento: “no tiene garras” ([e-SPAR, no date](#)).

El informe sobre la pandemia de COVID-19 elaborado por el Comité de Examen del Reglamento Sanitario Internacional concluyó que la gran mayoría de los países tenían un grado de preparación bajo o moderado, y determinó lagunas graves en materia de gobierno, capacidad subnacional y actividades esenciales de salud pública tales como las pruebas de diagnóstico, el rastreo de contactos y los tratamientos ([WHO, 2021](#)). El comité llegó a la conclusión de que el incumplimiento de ciertas obligaciones del Reglamento Sanitario Internacional por parte de los Estados parte, especialmente en lo relativo a la preparación, contribuyó a que la pandemia de COVID-19 se convirtiera en una emergencia de salud pública prolongada ([WHO, 2021](#)). El comité, además, se mostró preocupado en relación con las obligaciones dimanantes del Reglamento Sanitario Internacional en materia de intercambio de información, y manifestó la necesidad de un compromiso renovado respecto a las disposiciones sobre notificación de información, incluido el suministro de información suficiente por los Estados parte a la OMS ([WHO, 2021](#)).





2020, Italia. A solicitud de las autoridades de este país, una unidad de la Cruz Roja Italiana atiende en el transbordador Rubattino a 183 migrantes rescatados por dos embarcaciones en el mar Mediterráneo y puestos en cuarentena. La Sociedad Nacional presta una amplia gama de servicios: salud, apoyo psicológico, pruebas de detección de COVID-19, restablecimiento del contacto entre familiares, mediaciones culturales, así como distribución de elementos de higiene, máscaras y alimentos.

© Cruz Roja Italiana

Además de la deficiente aplicación del Reglamento Sanitario Internacional, existen lagunas en el contenido del tratado propiamente dicho. Como quedó establecido en el informe sobre la pandemia de COVID-19 elaborado por el Comité de Examen del Reglamento Sanitario Internacional, el instrumento omite varios elementos necesarios para la gestión global de los riesgos para la salud y las emergencias de salud pública ([WHO, 2021](#)). A continuación figuran las principales lagunas.

- Prevención y gestión de los riesgos zoonóticos en el marco del enfoque “Una sola salud”.
- Actividades coordinadas de planificación y preparación para emergencias de salud nacionales que cuenten con la participación del conjunto de la sociedad y de la Administración Pública.
- Distribución de los beneficios a los países necesitados (por ejemplo, acceso a antiviricos, vacunas y otras medidas sanitarias).
- Difusión de información sobre patógenos, especímenes y secuenciación genómica ([WHO, 2021](#)).

Por otro lado, el informe de la Federación Internacional sobre derecho y emergencias de salud pública definió otra laguna importante en el Reglamento Sanitario Internacional: entre las capacidades básicas, no se hace referencia a la necesidad de que las autoridades nacionales establezcan un sistema de alerta temprana para difundir anticipadamente entre la población avisos útiles y claros sobre riesgos para la salud ([IFRC, 2021](#)). Se trata de una omisión significativa, habida cuenta de la importancia de los sistemas de alerta temprana para prevenir o evitar la propagación de enfermedades infecciosas. Por lo tanto, incluso en el supuesto de que los Estados parte cumplieran plenamente el Reglamento Sanitario Internacional, este no bastaría para gestionar de manera eficaz y global los riesgos para la salud y las emergencias de salud pública.

6.3 MEDIDAS NECESARIAS MEJORA CONTINUA DE LA PREPARACIÓN LEGISLATIVA

La legislación interna e internacional pueden sentar los cimientos para prevenir las emergencias de salud pública, prepararse e intervenir a raíz de estas, y recuperarse con mayor eficacia y rapidez. Para ello, es necesario invertir en la **preparación legislativa**. Ese término se refiere a la existencia de leyes, políticas y planes para emergencias de salud pública cuya concepción, comprensión y aplicación sean idóneas. Cabe destacar que la preparación legislativa no es apenas una finalidad, sino un proceso continuo que entraña la revisión y la actualización continuas de las leyes, además de la garantía de su pleno cumplimiento ([IFRC, 2022](#)).

A escala nacional, esta preparación supone la elaboración de leyes, políticas y planes que sirvan para enmarcar un sistema amplio de gestión de riesgos para la salud y emergencias de salud pública. Para ello, la legislación interna ha de asignar funciones y responsabilidades específicas, entre otras cosas, crear mecanismos de coordinación, establecer mecanismos para emergencias o situaciones de desastre, y destinar recursos financieros. Además, se debería incluir disposiciones legislativas para reducir los problemas jurídicos que suelen surgir durante emergencias de salud pública. Esto supone, en muchos casos, establecer excepciones específicas a las leyes aplicables en situaciones ordinarias y acelerar la disponibilidad de los artículos, suministros y el personal de socorro necesarios, siempre y cuando no haya motivos estrictamente sanitarios que lo impidan.

La preparación legislativa a nivel nacional es un proceso continuo que entraña la revisión y la actualización periódicas de leyes, políticas y planes relacionados con las emergencias de salud pública. Los poderes públicos han de revisar y actualizar esos instrumentos periódicamente (cada cinco años, por ejemplo) para que no queden obsoletos ([IFRC, 2022](#)). También conviene hacerlo después de una emergencia de salud pública de gran envergadura para extraer enseñanzas y ponerlas en práctica ([IFRC, 2022](#)). Cabe señalar, a título de ejemplo positivo, las reformas legislativas promulgadas por la República de Corea tras el brote de síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) en 2015, lo que se tradujo en que el país contara con una buena preparación legislativa para enfrentar la pandemia de COVID-19 (véase el recuadro 6.1 del estudio de caso: La preparación legislativa de la República de Corea dio sus frutos ante la pandemia de COVID-19). Además, habida cuenta de que la eficacia de las leyes depende de su grado de aplicación, los poderes públicos han de velar por su plena ejecución estableciendo procedimientos operativos, formando a los agentes de intervención (especialmente en lo que respecta a sus funciones y responsabilidades), promoviendo su difusión y sensibilizando a la ciudadanía al respecto ([IFRC, 2022](#)).

“

La preparación legislativa no es apenas una finalidad, sino un proceso continuo que entraña la revisión y la actualización continuas de las leyes, además de la garantía de su pleno cumplimiento.

”



La Federación Internacional ha elaborado una herramienta de evaluación para orientar los procesos de revisión y actualización de las leyes, políticas y planes relacionados con las emergencias de salud pública, a saber las Orientaciones sobre derecho y preparación e intervención ante emergencias de salud pública ([IFRC, 2022](#)). Con este documento, se aspira a ayudar a las instancias decisorias de carácter nacional a determinar importantes cuestiones legislativas y de política, y evaluar con qué idoneidad quedan contempladas en las leyes y políticas vigentes. Las orientaciones comprenden nueve preguntas: cada una está acompañada de una breve justificación, varias preguntas secundarias específicas, y una lista de posibles leyes y políticas que cabría considerar. La revisión de instrumentos sobre la base de esas orientaciones y de otros documentos pertinentes permite a los países descubrir deficiencias y lagunas que se han de colmar, bien modificando las leyes y políticas, bien formulando otras nuevas ([WHO, 2009a](#); [WHO, 2009b](#); [WHO, 2009c](#)).

A nivel internacional, la preparación legislativa impone dos categorías generales de obligaciones. La comunidad internacional debe garantizar que los instrumentos legislativos generen ambos tipos. Por un lado, obligaciones internacionales respecto a la gestión pública de los riesgos para la salud y emergencias de salud pública a nivel nacional, para garantizar la adopción de un conjunto mínimo de buenas prácticas y evitar la propagación de riesgos para la salud a otros Estados. Ello incluye, a título de ejemplo, obligaciones para combatir el riesgo de aparición y transmisión de enfermedades zoonóticas, y obligaciones respecto de la alerta temprana de nuevos riesgos para la salud a la ciudadanía, o principios tales como la equidad que deberían regir la legislación interna. Por otro lado, son necesarias obligaciones internacionales para facilitar la cooperación y la coordinación interestatales en la gestión de riesgos para la salud y emergencias de salud pública. Ello incluye el acceso a información, a muestras de patógenos, a datos sobre la secuenciación genómica, y a pruebas de diagnóstico, tratamientos y tecnología. Se debe dar cumplimiento eficiente a esas obligaciones. Teniendo en cuenta la experiencia en el derecho internacional humanitario, podría ser necesario fortalecer el cumplimiento normativo por medio de mecanismos prescriptivos de evaluación externa o entre homólogos ([WHO, 2021](#); [IFRC, 2021](#)).

Afortunadamente, se han emprendido dos iniciativas para mejorar el marco legislativo internacional: por un lado, la negociación de un nuevo instrumento legislativo para las pandemias, auspiciada por el Órgano de Negociación Intergubernamental para redactar y negociar un convenio, acuerdo u otro instrumento internacional de la OMS sobre prevención, preparación y respuesta frente a pandemias (órgano de negociación intergubernamental), establecido por la Asamblea Mundial de la Salud en diciembre de 2021 ([WHA, 2021](#)); y, en paralelo, el Grupo de Trabajo sobre las Enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional (2005), al que la Asamblea Mundial de la Salud confió el mandato de contemplar enmiendas específicas a ese instrumento ([WHA, 2022](#)). Ambos procesos culminarán en 2024, cuando el grupo de trabajo y el órgano de negociación intergubernamental rendirán informe ante la 77ª Asamblea Mundial de la Salud y propondrán sendos conjuntos de enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional y al proyecto de instrumento aplicable en caso de pandemia ([WHA, 2021](#); [WHA, 2022](#)).

Por medio de estos procesos paralelos, la comunidad internacional puede fortalecer la preparación legislativa internacional para las emergencias de salud pública sobre la base de las importantes enseñanzas derivadas de la pandemia de COVID-19. Además de colmar las lagunas definidas en el informe elaborado por el Comité de examen del Reglamento Sanitario Internacional, será fundamental que todo nuevo instrumento aplicable en caso de pandemia:

- Aborde el concepto de equidad en sentido amplio, de manera que no se ciña al acceso a medidas médicas (por ejemplo, pruebas de diagnóstico o tratamientos), sino que contemple el acceso a medidas sanitarias, un término más amplio que engloba asimismo la información y la atención primaria de salud, entre otros elementos. Ello supone reconocer los determinantes sociales de la salud y la necesaria adopción de medidas legislativas y de política conexas durante emergencias de salud pública, así como disposiciones para proteger el acceso a servicios de salud básicos, con independencia de la condición jurídica de las personas;
- Prevea principios básicos que orienten los marcos legislativos y de política internos, que incluyan, por ejemplo, la necesidad de establecer marcos que impliquen al conjunto de la sociedad y de la Administración Pública; la necesidad de contar con facilidades y disposiciones legislativas para proteger a los agentes de intervención de primera línea, o eventuales obligaciones relacionadas con los sistemas de alerta temprana y las medidas anticipativas a nivel nacional;
- Reconozca la importancia de la interacción con las comunidades y la contribución de estas y de los agentes de intervención local en la gestión de riesgos para la salud y emergencias de salud pública, y especifique las funciones que podrían desempeñar, teniendo presentes los diferentes ordenamientos jurídicos internos.



2020, Países Bajos. Este centro de eventos de la ciudad neerlandesa de Maastricht se ha creado como unidad hospitalaria temporal para los pacientes de COVID-19 en caso de que los hospitales de la región se vieran desbordados. Se han habilitado cerca de 280 camas con equipamiento completo. Los voluntarios de la Cruz Roja Neerlandesa apoyarán al personal de enfermería con actividades no médicas, como la distribución de alimentos y apoyo a los pacientes.
© Arie Kievit, Cruz Roja Neerlandesa

RECUADRO 6.1 / ESTUDIO DE CASO

LA PREPARACIÓN LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE COREA DIO SUS FRUTOS ANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

Cuando, el 20 de enero de 2020, se detectó el primer caso de COVID-19 en la República de Corea, el país y su legislación interna estaban bien preparados.

En la República de Corea, el principal instrumento legislativo para la prevención de las pandemias y la preparación e intervención ante estas es la Ley de Prevención y Control de Enfermedades Infecciosas. Con su aprobación en 2010, se traspuso a la legislación nacional interna el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y se sentó la base jurídica para la actuación ante el brote de MERS en 2015. Por desgracia, el sistema no resultó eficaz al inicio de ese brote infeccioso, cuya envergadura no tuvo parangón fuera de Oriente Medio, con ciento ochenta y seis (186) casos confirmados y treinta y ocho (38) muertes ([Moon, 2021](#); [WHO, no date](#); [Yang et al, 2021](#)).

La Asamblea Nacional actualizó sin tardanza esa ley para aplicar las enseñanzas extraídas (MHW RoK, 2015). Las modificaciones sirvieron para sustentar amplias reformas encaminadas al fortalecimiento del sistema nacional de prevención de brotes infecciosos e intervención a raíz de estos ([Moon, 2021](#)). A continuación figuran las principales modificaciones:

Se estableció un sistema de información para la recopilación y el análisis sistemáticos de datos relacionados con enfermedades infecciosas.

Se autorizaba al Ministro de Salud y Bienestar a que declarase sin dilación una nueva enfermedad infecciosa; hasta entonces el proceso se demoraba tres meses, lo que ralentizaba la adopción de medidas de contención.

Se facultaba a los investigadores epidemiológicos y a los funcionarios responsables del control de las cuarentenas a que adoptasen medidas inmediatas para impedir la propagación de una enfermedad infecciosa (por ejemplo, la evacuación de la población).

Se permitía que los poderes públicos obtuvieran información sobre pacientes y centros médicos y le dieran amplia difusión, también entre la ciudadanía.

Se estipulaba la cantidad mínima de investigadores epidemiológicos que se asignaría a nivel provincial, municipal y central ([MHW RoK, 2015](#)).

En 2017, el país había logrado importantes mejoras. Según una evaluación externa conjunta de la OMS, la formidable preparación del país obedecía a la experiencia adquirida durante el brote de MERS en 2015, y el Estado contaba con leyes, políticas, planes y manuales en vigor ([WHO, 2017](#)).

El empeño de la República de Corea dio sus frutos ante el brote de COVID-19. El país controló con éxito el número de casos en febrero y marzo de 2020, sin adoptar medidas de confinamiento estricto ([Yang et al, 2021](#)). Las reformas de 2015 fueron claves al respecto. Mediante la ley revisada, se autorizaba al Ministro de la Salud y el Bienestar a que declarase sin dilación la COVID-19 como nueva enfermedad infecciosa. También se garantizaba un cuerpo de ciento treinta y cuatro (134) investigadores epidemiológicos a nivel provincial, municipal y central. Con la actuación de esos investigadores, se consiguió rastrear la propagación del virus. La ley revisada también autorizaba a los poderes públicos a obtener información de pacientes y centros médicos, y difundirla públicamente; esto no había sido posible durante el brote de MERS por motivos jurídicos ([Moon, 2021](#)).

RECOMENDACIONES FUNDAMENTALES

La comunidad internacional debe impulsar la preparación legislativa internacional frente a emergencias de salud pública. En ese sentido, se impone la adopción de un nuevo instrumento internacional aplicable en caso de pandemia y la actualización del Reglamento Sanitario Internacional de manera que sustente la gestión eficaz y equitativa a nivel mundial de los riesgos para la salud y las emergencias de salud pública. Todo nuevo instrumento de ese tipo debería contemplar el concepto de equidad en su acepción más amplia, y promover el acceso equitativo a medidas sanitarias, tanto entre los Estados como en el interior de estos. También debería poner de relieve la importancia de la interacción con las comunidades y la función de los agentes locales y las comunidades en la gestión de los riesgos para la salud y las emergencias de salud pública. Por último, debería establecer principios básicos que orienten los marcos legislativos y de políticas a nivel interno.

Las autoridades subnacionales y nacionales deben fortalecer la preparación legislativa interna frente a emergencias de salud pública, por ejemplo, mediante la revisión de las leyes, políticas y planes nacionales, y su posterior actualización en función de las deficiencias y lagunas definidas. La unidad de la Federación Internacional sobre derecho relativo a desastres está lista para colaborar con los poderes públicos en la revisión y actualización de los instrumentos vigentes a fin de garantizar su pertinencia. En numerosos países, cabe actualizar los marcos legislativos y de políticas aplicables en caso de emergencia de salud pública, de manera que:

- Se mejore la integración con las políticas y normas jurídicas generales aplicables en caso de desastre para evitar conflictos, duplicaciones o lagunas en las disposiciones prácticas que establecen (por ejemplo, la dirección, las funciones, las responsabilidades y los mecanismos de coordinación);
- Sea lo suficientemente amplia para aplicarse a riesgos para la salud nuevos y emergentes, y no apenas a una lista taxativa de enfermedades;
- Comprenda el proceso global de gestión de las emergencias de salud pública, con inclusión de la preparación, la intervención y la recuperación;
- Prevea disposiciones más claras y detalladas en materia de preparación, entre ellas la exigencia, por ley, de que los principales agentes de intervención lleven a cabo actividades de preparación importantes, facilitándoles para ello el apoyo necesario (por ejemplo, planificación para situaciones imprevistas);
- Facilite la participación de todos los agentes de intervención y partes interesadas (especialmente las comunidades y los agentes de intervención local), asignándoles formalmente funciones y responsabilidades, incluyéndolos en mecanismos de coordinación y consultándoles;

- Brinde facilidades jurídicas a los agentes de intervención de primera línea, con inclusión de entidades autorizadas con arraigo local como las Sociedades Nacionales, para facilitar la circulación de personas y de los bienes necesarios, concediéndoles acceso prioritario a artículos que garanticen su protección al intervenir a raíz de la pandemia;
- Incluya disposiciones legislativas para atenuar los problemas jurídicos que surgen durante las emergencias de salud pública, con la inclusión de excepciones específicas a las leyes aplicables en situaciones ordinarias que impidan la disponibilidad de servicios de socorro o de equipos, artículos y personal médicos;
- Incluya obligaciones en materia de acción y alerta tempranas respecto de la población;
- Incluya garantías jurídicas para que los grupos y comunidades más vulnerables, con independencia de su condición jurídica, accedan en condiciones de igualdad a medidas sanitarias esenciales, incluidos los productos derivados de la intervención a raíz de la pandemia, en función de sus necesidades.

BIBLIOGRAFÍA

Bartolini G (2021) The Failure of 'Core Capacities' under the WHO International Health Regulations. *International & Comparative Law Quarterly*, 70(1), pp. 233–50. <https://doi.org/10.1017/S0020589320000470>

e-SPAR (Electronic State Parties Self-Assessment Annual Reporting Tool) (no date) *e-SPAR State Party Annual Report*. <https://extranet.who.int/e-spar/#home>

IFRC (2021) *Law and Public Health Emergency Preparedness and Response: Lessons from the COVID-19 Pandemic*. <https://disasterlaw.ifrc.org/media/3010>

IFRC (2022) *Guidance on Law and Public Health Emergency Preparedness and Response*. <https://disasterlaw.ifrc.org/media/3611>

IHR (International Health Regulations) (2005) Third edition: <https://www.who.int/publications/item/9789241580496>

MHW RoK (Ministry of Health and Welfare, Republic of Korea) (2015) *The National Assembly Plenary Session Passed the Amendment Bill to the Infectious Disease Prevention Act to Respond Promptly and Appropriately to Infectious Diseases [in Korean]*. Press release, 26 June 2015. https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=323775&page=1

Moon Y (2021) Case Study – Preparing for the Pandemic: Strengthening Epidemiological Investigations in the Republic of Korea, 2015-20. KDI School of Public Policy and Management. <https://www.kdevelopedia.org/Resources/view/Preparing-for-the-Pandemic-Strengthening-Epidemiological-Investigations-in-The-Republic-of-Korea-2015-20--99202203140168687>

Sachs JD et al (2022) The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic. *The Lancet Commissions*, 400(10359), pp. 1224–80. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01585-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01585-9)

WHA (World Health Assembly) (2021) "The World Together: Establishment of an Intergovernmental Negotiating Body to Strengthen Pandemic Prevention, Preparedness and Response (Decision SSA2(5))." In: *World Health Assembly, Second special session: Geneva, 29 November–1 December 2021: decisions, annex, summary records*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/353606>

WHA (World Health Assembly) (2022) *Strengthening WHO preparedness for and response to health emergencies (Decision WHA75(9))*. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75\(9\)-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75(9)-en.pdf). In: *Seventy-Fifth World Health Assembly*. https://apps.who.int/gb/e/e_wha75.html

WHO (World Health Organization) (2009a) *International Health Regulations (2005) - A Brief Introduction to Implementation in National Legislation*. <https://www.paho.org/en/documents/international-health-regulations-2005-brief-introduction-implementation-national>

WHO (World Health Organization) (2009b) *International Health Regulations (2005) - Toolkit for Implementation in National Legislation: Questions and Answers, Legislative Reference and Assessment Tool and Examples of National Legislation*. <https://www.paho.org/en/documents/international-health-regulations-2005-toolkit-implementation-national-legislation-0>

WHO (World Health Organization) (2009c) *International Health Regulations (2005) - Toolkit for Implementation in National Legislation: The National IHR Focal Point*. [https://www.who.int/publications/m/item/international-health-regulations-\(2005\)-toolkit-for-implementation-in-national-legislation](https://www.who.int/publications/m/item/international-health-regulations-(2005)-toolkit-for-implementation-in-national-legislation)

WHO (World Health Organization) (2011) *Implementation of the International Health Regulations (2005): Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) in relation to Pandemic (H1N1) 2009: Report by the Director-General*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/3350>

WHO (World Health Organization) (2015) *Implementation of the International Health Regulations (2005): Report of the Review Committee on Second Extensions for Establishing National Public Health Capacities and on IHR Implementation: Report by the Director-General*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/251717>

WHO (World Health Organization) (2016) *Implementation of the International Health Regulations (2005): Report of the Review Committee on the Role of the International Health Regulations (2005) in the Ebola Outbreak and Response: Report by the Director-General*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252676>

WHO (World Health Organization) (2017) *Joint External Evaluation of the IHR Core Capacities of the Republic of Korea – Mission Report: 28 August – 1 September 2017*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259943>

WHO (World Health Organization) (2021) *Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) during the COVID-19 Response*. <https://www.who.int/publications/m/item/a74-9-who-s-work-in-health-emergencies>

WHO (World Health Organization) (no date) *MERS outbreak in the Republic of Korea, 2015*. <https://www.who.int/westernpacific/emergencies/2015-mers-outbreak>

Yang TU et al (2021) How Lessons Learned from the 2015 Middle East Respiratory Syndrome Outbreak Affected the Response to Coronavirus Disease 2019 in the Republic of Korea. *The Korean Journal of Internal Medicine*, 36(2), pp. 271–85. <https://doi.org/10.3904/kjim.2020.371>

2021, Mar Mediterráneo, aguas internacionales.

A bordo del buque Ocean Viking, el mediador cultural de la Federación Internacional Abdelfetah Mohamed ayuda a los supervivientes rescatados en el mar. La tripulación a bordo del Ocean Viking busca a personas en peligro de ahogarse y las atiende a bordo mientras emprenden el viaje hacia un lugar seguro. Miles de personas mueren cada año cuando escapan de Libia e intentan cruzar el mar Mediterráneo. © Alexia Webster, Federación Internacional





PERSPECTIVAS PARA EL FUTURO

**Conclusiones y
recomendaciones**

CONCLUSIONES

La capacidad de prevención, detección e intervención temprana ante emergencias de salud pública, así como ante otras conmociones y tensiones, es una necesidad humanitaria, social y económica por dos razones. La primera es que estas conmociones y tensiones, incluidos los fenómenos meteorológicos extremos, son cada vez más frecuentes e intensas, y la mera capacidad de reacción es limitada. La segunda es que las condiciones para la propagación de brotes de enfermedades contagiosas, entre ellas el crecimiento demográfico, la urbanización no planificada, los viajes internacionales y el comercio, no dejarán de aumentar en un futuro previsible. Es evidente que no es posible aguardar más. Es imprescindible invertir en sistemas de preparación mucho más sólidos. Con ello, se invertirá en el futuro.

No obstante, si bien los datos indican que se han producido algunos avances en el ámbito de la reducción del riesgo de desastres, en la medida en que menos peligros parecen convertirse en emergencias, no puede decirse lo mismo de la prevención y preparación ante epidemias y pandemias. Los avances tecnológicos y epidemiológicos son evidentes, pero los sistemas de preparación, incluido el fortalecimiento de los sistemas sanitarios, son muy deficientes. Sin duda, la humanidad no estaba preparada para la pandemia de COVID-19. Más aún, ni siquiera los sistemas de preparación más avanzados suelen tener en cuenta el papel y el valor añadido de los agentes y las comunidades locales, un aspecto de la capacidad de intervención que quedó bien patente en la lucha contra el VIH.

Los gobiernos y otros agentes deben actuar ahora para asegurar la preparación ante la próxima emergencia sanitaria.

Como se ha explicado en este informe, la preparación no es una fase de la intervención y no debe confundirse con la aptitud. Se trata de un proceso y de un conjunto de agentes, competencias, infraestructuras y procedimientos necesarios para que una sociedad pueda prevenir, detectar e intervenir con mayor eficacia y rapidez ante brotes de salud pública, epidemias y pandemias. Merece la pena destacar algunos aspectos de la preparación que a menudo se omiten.

- La preparación debe trascender la disponibilidad de productos, servicios e información médicos y centrarse más en la accesibilidad. Esto permitirá hacer llegar los productos, servicios e información a las comunidades que más los necesitan y fomentar su aceptación.
- La preparación no se reduce a la capacidad de los gobiernos para aplicar un conjunto normalizado de procedimientos operativos en caso de emergencia sanitaria. Por el contrario, debe partir de las necesidades, vulnerabilidades y fortalezas de las comunidades, habida cuenta de que es en este nivel donde primero se detectarán y controlarán las enfermedades.
- La preparación excede la capacidad de hacer frente a una sola amenaza; en una época en la que los peligros y riesgos son cada vez más frecuentes y se encuentran cada vez más interrelacionados, es necesario contar con la preparación necesaria para afrontar una multiplicidad de riesgos. En el ámbito local, esto suele entrañar un conjunto de procedimientos básicos y comunes, junto con una mayor sensibilización ante los riesgos, así como servicios más accesibles y adaptados al contexto local.

- Por último, las epidemias y pandemias tienen repercusiones que no afectan únicamente la salud física: entre otros aspectos, afectan los medios de subsistencia, la salud mental, la educación y la violencia. La preparación conlleva el establecimiento de sistemas y políticas para hacer frente a todos estos efectos.

A fin de respetar estos criterios, la preparación debe fundamentarse en **la confianza, la equidad y la acción local**. Estos aspectos se mencionan en otras evaluaciones de la intervención ante la pandemia de COVID-19, pero no se ha hecho suficiente hincapié en ellos ni se han analizado lo suficiente. Una mejor comprensión de los tres aspectos permitirá una mayor preparación.

Confianza. En todas las fases del proceso de gestión de desastres, es crucial fomentar la confianza en las comunidades y con ellas. Si bien hoy en día se reconoce ampliamente el valor de la confianza, en los debates mundiales se presta escasa atención a los medios para generarla. Existe la tendencia a presuponer que es posible granjearse la confianza comunicando más o contrarrestando la desinformación; por ejemplo, se aduce que los gobiernos deberían proporcionar más o mejor información a la población. En realidad, el fomento de la confianza es mucho más complejo; requiere una auténtica comunicación y coordinación bidireccionales. Se debe integrar a las comunidades en todas las fases de la preparación, en particular en la elaboración conjunta de medidas y programas, y se han de tener en cuenta sus preocupaciones. De este modo se obtendrán tres beneficios tangibles: 1) las comunidades sabrán que sus preocupaciones y prioridades importan, 2) conocerán y se familiarizarán con los agentes de intervención con antelación suficiente a una crisis, y 3) comprenderán mejor y serán más receptivas a las decisiones difíciles, como las medidas de salud pública.

Equidad. Las emergencias de salud pública y otros desastres favorecen y agravan las inequidades existentes, sobre todo si los marcos y las políticas de preparación no son integradores y no se elaboran en colaboración con los agentes y las comunidades locales. La equidad está ahora en el centro de los debates sobre política sanitaria mundial. Sin embargo, a menudo se plantea únicamente en torno al acceso de las personas a productos de intervención en caso de pandemia, como las vacunas. Se trata de un aspecto fundamental, pero demasiado limitado. Es preciso velar por la igualdad de acceso a la totalidad de las medidas sanitarias esenciales, que comprenden tanto las medidas médicas como el acceso a los principales servicios de salud. El acceso equitativo a las medidas sanitarias requiere proximidad, asequibilidad, acceso jurídico y la voluntad de confiar en ellas. En primer lugar, se propone el fortalecimiento de los sistemas de salud comunitarios, la inclusión de las personas más vulnerables en los marcos jurídicos y políticos, y el acceso a las medidas sanitarias con independencia de la condición jurídica. En segundo lugar, para que las conmociones y tensiones no agraven las inequidades existentes, es esencial el fortalecimiento de los sistemas de protección social antes de que se produzca una crisis. En tercer lugar, se ha de avanzar con mayor diligencia hacia una asignación de los fondos humanitarios acorde con las necesidades y orientada a apoyar las infraestructuras y capacidades locales.

Acción local. Si bien la preparación incumbe fundamentalmente a los gobiernos, no puede ser concebida e impuesta por los poderes públicos. Los agentes locales y las comunidades, que están en primera línea de la intervención, no solo deberían contribuir a la prevención y la preparación, sino también a su elaboración. Lamentablemente, a menudo no se aprovechan sus conocimientos, su formación y sus capacidades. Es necesario idear medios de integrar a los agentes locales y las comunidades en los sistemas sanitarios y los programas de gestión del riesgo de desastres. Los sistemas comunitarios de salud lo permiten al crear un puente entre las comunidades y las autoridades sanitarias. Para ello, deben ser financiados, apoyados y coordinados con los sistemas nacionales de salud (teniendo en cuenta que existen diversas opciones jurídicas para ello).



2021, Bangladesh. En el hospital del colegio médico de Satkhira, un voluntario de la Media Luna Roja de Bangladesh ayuda a Subbir Hossain, paciente que presuntamente padece COVID-19 y presenta dificultades respiratorias.
© Mir Hossen Roney

Decisiones desacertadas: consecuencias y recomendaciones para subsanarlas

Los hallazgos y las recomendaciones que figuran en este informe se refieren a las deficiencias que la Federación Internacional ha observado en la intervención motivada por la pandemia de COVID-19 hasta la fecha. Además, ante las inminentes negociaciones sobre el reglamento sanitario internacional y un nuevo acuerdo en relación con las pandemias en el próximo período de sesiones de la Asamblea Mundial de la Salud, y habida cuenta del rumbo adoptado por los poderes públicos en algunos países a nivel interno, la Federación Internacional considera que hay motivos de grave preocupación. Si se sigue sin atender esos problemas, se podría repetir los errores anteriores o agravar las inequidades y tensiones existentes.

En los tres apartados que figuran a continuación se aborda las principales preocupaciones de la Federación Internacional en relación con la confianza, la equidad y la acción local, y cauces para atenderlas. Por último, se presentan tres metas mensurables para los tres próximos años.

Confianza

Cuando **los poderes públicos imponen a la ciudadanía**, sin confianza ni transparencia, **medidas de control social**, tales como el confinamiento y los pasaportes vacunales, **se suele generar polarización y oposición a esas medidas de salud pública**.

Por otro lado, **no se forjará confianza mediante un enfoque que se limite a intensificar las campañas de comunicación y a luchar contra la información errónea; es más, podría resultar contraproducente** en situaciones de descontento social y político, o discriminación.

He a continuación los elementos indispensables para generar confianza:

- **Proximidad.** Uno confía en las personas que conoce, tales como los agentes de intervención local.
- **Educación.** Uno confía en lo que entiende, a través de programas de conocimientos básicos sobre salud.
- **Escucha.** Uno confía en quienes lo escuchan y atienden sus preocupaciones, por ejemplo especialistas cualificados en interacción con las comunidades que acopien opiniones y las analicen.
- **Acceso a servicios.** Uno confía en quienes atienden sus necesidades, incluidas las necesidades de atención sanitaria básica y protección social.
- **Sentido de apropiación.** Uno confía en las medidas que siente como propias y a cuyo respecto se le ha consultado.
- Es igualmente importante destacar **que no se puede aguardar a que sobrevenga una crisis para generar confianza**.

Se insta a los poderes públicos a que promuevan los elementos que figuran a continuación:



Planes de preparación ante emergencias que las comunidades asuman como propios. Concepción, aplicación y seguimiento de planes de preparación **que abarquen plenamente a las instancias públicas y a la sociedad** en los que se saque partido a los conocimientos y capacidades de los agentes locales y de las comunidades para prevenir y detectar brotes infecciosos y emergencias de salud pública e intervenir con prontitud a raíz de ambas situaciones.



Escucha activa e interacción con las comunidades. Establecimiento o ampliación de **mecanismos efectivos de comunicación bidireccional a nivel comunitario** que registren, recopilen y analicen las sugerencias, necesidades y preocupaciones de las comunidades para adaptar las medidas de salud pública cuando sea posible y según proceda.



Acceso a educación y servicios por medio de sistemas sanitarios más robustos. Inversión en los **sistemas comunitarios de salud**, o fortalecimiento de estos. Comprenden los agentes, infraestructuras y servicios que promueven la salud de las comunidades, desde la información y los servicios, hasta la preparación ante situaciones de emergencia y los programas relacionados con los determinantes de la salud. Se incluyen los sistemas de abastecimiento de agua y saneamiento, y firme apoyo a los servicios de salud mental y apoyo psicosocial.

Equidad

Si la oferta de los productos de la intervención motivada por la pandemia se desarrolla sin tener en cuenta la demanda, disminuirá el acceso y la aceptación de esos productos en los países y comunidades, especialmente en los más vulnerables y de difícil acceso.

La comunidad internacional y las autoridades nacionales deben promover los elementos que figuran a continuación:



Capacidades nacionales para distribuir los productos de la intervención motivada por la pandemia, por medio, entre otros, de los agentes locales. Se ha de invertir en las capacidades nacionales de almacenamiento, transporte y distribución de esos productos a partir de financiación y formación más adecuadas, con preavisos, y las políticas y leyes necesarias para facilitar la circulación y la distribución de los artículos. La participación de los agentes locales en este proceso es fundamental, por cuanto tienen acceso a zonas remotas y marginadas, así como a zonas propensas a los desastres y afectadas por conflictos.



Financiación más flexible y previsible para actividades humanitarias. Cuando el Estado deba recurrir a organizaciones internacionales humanitarias o agentes locales reconocidos para que complementen sus capacidades, conviene reformar la financiación destinada a la labor humanitaria de manera que sea más equitativa, flexible y accesible para los agentes locales.



Confianza e interés de las comunidades en los productos de la intervención motivada por la pandemia. Inversión en programas efectivos de interacción con las comunidades para fomentar la aceptación de esos productos. Se deberá complementar esos programas con información transparente sobre el calendario, el método y el lugar de distribución, así como acerca de la elección del producto.



Distribución equitativa y justa del riesgo de indemnización y responsabilidad, también para las organizaciones humanitarias, y prescripción del plazo en que los fabricantes están exentos de contratar un seguro de indemnización y responsabilidad para nuevos productos.



Desarrollo y fabricación de productos más económicos, de fácil almacenamiento y administración y de idéntica eficacia. Los productos de estas características son esenciales para los países que carecen de las capacidades para adquirir, almacenar o administrar productos más caros y complejos.

Las deliberaciones sobre equidad que solo contemplen el acceso equitativo a los productos de la intervención motivada por la pandemia carecen de la perspectiva necesaria. Existen otras muchas medidas concretas y fundamentales que pueden contribuir a subsanar las desigualdades en el ámbito de la preparación ante pandemias, con atención a los factores que impulsan los brotes infecciosos y sus efectos diferenciados.

La comunidad internacional y las autoridades nacionales deben promover los elementos que figuran a continuación:



Acceso equitativo a la información, con inclusión de obligaciones nacionales respecto de la creación de sistemas de alerta y acción tempranas para la población.



Acceso equitativo a servicios nacionales de salud y protección social, que debe garantizar el derecho de las personas a planes de ayuda social y medidas de salud básica, independientemente de su condición jurídica; el fortalecimiento de los sistemas de protección social antes de que sobrevengan las crisis, por medio de evaluaciones conjuntas de la vulnerabilidad, entre otras cosas; y el aumento del acceso a servicios sanitarios a nivel local por medio de los sistemas sanitarios en las comunidades.



Acceso a la asistencia humanitaria equitativo y en función de las necesidades. Se debe reducir la utilización de financiación para fines humanitarios específicos para brindar una asistencia más flexible y acorde con las necesidades en diferentes momentos y países. Esa flexibilidad es esencial en vista de las variaciones considerables en la evolución de los brotes infecciosos.



Mayor énfasis en la prevención de múltiples peligros (prevención primaria, secundaria y terciaria) y la preparación ante estos. Así, se contribuirá a mitigar o evitar los efectos que tienen las pandemias en los más vulnerables. También se contemplará eventuales perturbaciones y tensiones concomitantes, por ejemplo, crisis sociales o económicas, seísmos, fenómenos meteorológicos y climáticos, y conflictos.

Acción local

Aunque la gestión de emergencias de salud pública siempre incumbirá primordialmente a las autoridades nacionales, **una excesiva centralización y medicalización de las actividades de prevención, preparación e intervención ante pandemias no permite hacer frente a las complejidades que plantea la gestión de las situaciones de emergencia a nivel local.** Esas complejidades incluyen diferentes factores de riesgo y condiciones propicias a la aparición de la enfermedad; los efectos imprevisibles que la enfermedad podría tener en los ámbitos social, económico y físico o mental; y la actitud de las personas ante el riesgo y las medidas de salud pública.

Además, **no incluir a otros agentes de intervención ni aprovechar y fomentar los conocimientos y capacidades a nivel local puede traducirse rápidamente en que los sistemas y servicios públicos no den abasto.**

A continuación figuran las medidas que pueden adoptar las autoridades nacionales al respecto:



Determinación de los agentes de intervención local reconocidos y cualificados, e integración de estos en los sistemas sanitarios y de emergencia en el ámbito nacional, a saber, en la concepción y la aplicación de **marcos jurídicos y planes de preparación nacionales aplicables a situaciones de emergencia provocadas por múltiples peligros,** así como en el seguimiento de su ejecución, y reconocimiento de su **contribución al fortalecimiento de los sistemas sanitarios, especialmente en las comunidades** (en este caso, se hace referencia a enfoques tales como la delegación de tareas, esto es, encomendar actividades sanitarias no médicas a agentes locales cualificados).



Garantía de que los agentes de intervención local reconocidos gocen de la protección jurídica y las facilidades necesarias para el desempeño de sus actividades, por ejemplo, acceso prioritario a equipos de protección personal y a los productos de la intervención motivada por la pandemia; exenciones para la circulación de bienes y personal en cuanto garantía de la salud pública; apoyo financiero, formación y seguimiento necesarios para cumplir con los criterios relativos a la calidad, la seguridad y las condiciones de vida.



Colaboración con las comunidades en la concepción, la aplicación y el seguimiento de la ejecución de los **planes nacionales de preparación para situaciones de emergencia** con miras a adoptar medidas de prevención e inmediatas e intervenir ante esas eventualidades.

Objetivos mensurables para los próximos tres años

La siguiente pandemia podría estar a la vuelta de la esquina: nada como la experiencia adquirida en la pandemia de COVID-19 para acelerar las medidas de preparación.

1

A finales de 2023, todos los países deberán contar con **planes de preparación ante pandemias y haber examinado la legislación aplicable para determinar si también conviene actualizarla.**

- Los planes deben incluir **medidas concretas** para fortalecer la equidad, la confianza y la acción local;
- En las revisiones de la legislación se debe tener presente, entre otras cosas, la **imperativa adopción de un enfoque global** en la intervención a raíz de una crisis; la definición clara de las funciones y responsabilidades, y la necesidad de que los agentes de intervención local reconocidos se beneficien de equipos de protección personal y de exenciones a las restricciones a la circulación.

2

Hasta 2024, se deberá **aprobar un nuevo tratado y una versión revisada del reglamento sanitario internacional**, de manera que se establezcan obligaciones concretas y mensurables sobre los ámbitos siguientes, a saber:

- El **fortalecimiento** de la equidad y la confianza;
- La **promoción** de un mejor marco jurídico, nacional e internacional, aplicable en caso de pandemia;
- La **inversión** en los servicios y **aportaciones** que pueden brindar los agentes de intervención local reconocidos y las comunidades.

3

Hasta 2025, **los Estados deberán aumentar la financiación pública que destinan a la salud en un 1% (uno por ciento) de su producto interno bruto, mientras que la correspondiente financiación mundial deberá incrementarse en, cuando menos, 15 000 000 millones de dólares de los Estados Unidos de América anuales** ([G20, 2021](#); [OMS, 2019](#)).

- La acción humanitaria y los servicios públicos de salud **en los ámbitos local y comunitario** deben beneficiarse de un porcentaje mucho mayor de financiación;
- La financiación mundial debe ser **más previsible y flexible** para que se puedan adoptar medidas más eficaces que tengan en cuenta las necesidades.

BIBLIOGRAFÍA

G20 (2021) *A Global Deal for Our Pandemic Age: Report of the G20 High Level Independent Panel on Financing the Global Commons for Pandemic Preparedness and Response*. <https://pandemic-financing.org/report/>

WHO (2019) *Countries must invest at least 1% more of GDP on primary health care to eliminate glaring coverage gaps*. <https://www.who.int/news/item/22-09-2019-countries-must-invest-at-least-1-more-of-gdp-on-primary-health-care-to-eliminate-glaring-coverage-gaps>



2022, Nepal. Un colaborador de la Cruz Roja Nepalesa administra la vacuna contra la COVID-19 en el puesto de vacunación de la organización en Katmandú. © Tsering Lama

2022, Venezuela. Las fuertes lluvias en el país dejaron más de 150 000 personas afectadas por deslizamientos de tierra e inundaciones en varios estados. Las autoridades declararon el estado de emergencia debido a los daños en las infraestructuras locales, la pérdida de viviendas y de cosechas en las zonas rurales. Dos operaciones del Fondo de Emergencia para la Intervención en Casos de Desastre se pusieron en marcha mediante actividades de socorro inmediato, acceso a alojamiento provisional y de emergencia, medios de subsistencia y necesidades básicas, salud, salud mental y apoyo psicosocial, agua, saneamiento e higiene, y protección, género e inclusión. © Cruz Roja Venezolana

LAS TENDENCIAS DE LOS DESASTRES





**Información
procedente
de los datos**

Índice

Introducción La pandemia de COVID-19 eclipsa todos los desastres recientes	235
8.1 Los desastres en 2020 y 2021	237
8.2 Aumento de la frecuencia de los desastres a nivel mundial	246
8.3 Aumento constante de la superposición de desastres	253
Conclusiones	264

INTRODUCCIÓN

LA PANDEMIA DE COVID-19 ECLIPSA TODOS LOS DESASTRES RECIENTES

Habida cuenta de la cantidad de personas afectadas y fallecidas –directa o indirectamente a raíz de la pandemia de COVID-19– y de las repercusiones económicas, esta pandemia se distingue como un desastre mundial excepcional. Hasta el 27 de octubre de 2022, se habían registrado más de seiscientos veinticinco (625) millones de casos de la enfermedad y se había confirmado la muerte de 6,5 millones de personas (OMS, sin fecha). Estas enormes pérdidas se han producido en menos de tres años. Además, es probable que las cifras estén por debajo de la realidad debido a las lagunas en la notificación de los datos. Se ha intentado calcular la cantidad real de personas fallecidas mediante el análisis de las cifras del exceso de mortalidad, que son más exhaustivas. Estos estudios presentan una incertidumbre considerable, pero todos señalan una cifra más elevada de víctimas mortales. Por ejemplo, la cifra oficial de personas fallecidas en 2020 fue de poco más de 1,8 millones; sin embargo, algunas estimaciones la sitúan en tres millones (OMS, 2022). De manera análoga, en un análisis efectuado en 2022 se calcula que entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2021 se produjeron 18,2 millones de muertes, frente a la cifra oficial de 5,94 millones ([Lancet, colaboradores en la investigación sobre el exceso de mortalidad a raíz de la pandemia de COVID-19, 2022](#)). No es posible establecer un cómputo final de muertes, porque la pandemia está en curso.

La pandemia transcurre en un contexto donde existen otros peligros, muchos de los cuales también han causado desastres. La Federación Internacional ha analizado datos exhaustivos sobre desastres correspondientes a 2020-2021. Durante este periodo, se produjeron setecientos nueve (709) desastres desencadenados por peligros naturales. En ellos murieron cerca de treinta mil (30 000) personas y se vieron afectadas más de doscientos veinte (220) millones. En 2021 se produjeron trescientos setenta y ocho (378) desastres desencadenados por peligros naturales. La mayoría de ellos fueron desastres climáticos y meteorológicos (véase el apartado D.2.1 Aumento constante de la proporción de desastres climáticos).

En todas las dimensiones (véase la figura 8.1), la pandemia de COVID-19 es considerablemente mayor que cualquier otro desastre que se haya producido en 2020 y 2021. Las muertes anuales provocadas por esta única enfermedad duplica las causadas por cualquier otro desastre en todo el mundo. De hecho, ningún otro desastre no relacionado con conflictos en el siglo XXI ha tenido la misma magnitud (véase la síntesis de este informe). Desde la Segunda Guerra Mundial no se había registrado la muerte de tantas personas (véase la introducción).

En este anexo se examinan en primer lugar los desastres ocurridos en 2020 y 2021. A continuación, se los sitúa en el contexto de las tendencias de los desastres a largo plazo, en particular el aumento de la proporción de desastres climáticos o meteorológicos y el creciente riesgo de brotes de enfermedades. Estos índices crecientes indican una superposición cada vez más frecuente de los desastres en el tiempo y/o en el espacio. Por ello, en el último apartado se examina el fenómeno de los desastres múltiples que se producen de forma simultánea o en rápida sucesión.

La cifra descomunal de muertes por COVID-19

14 577 muertes
causadas por desastres
en 2021

3 529 949 muertes
causadas por COVID-19 en 2021

COVID-19

83,0 millones de casos en 2020
1,9 millones de muertes en 2020

204,7 millones de casos en 2021
3,5 millones de muertes en 2021

Desastres

99,0 millones de personas afectadas en 2020
15 396 muertes en 2020

121,3 millones de personas afectadas en 2021
14 577 muertes en 2021

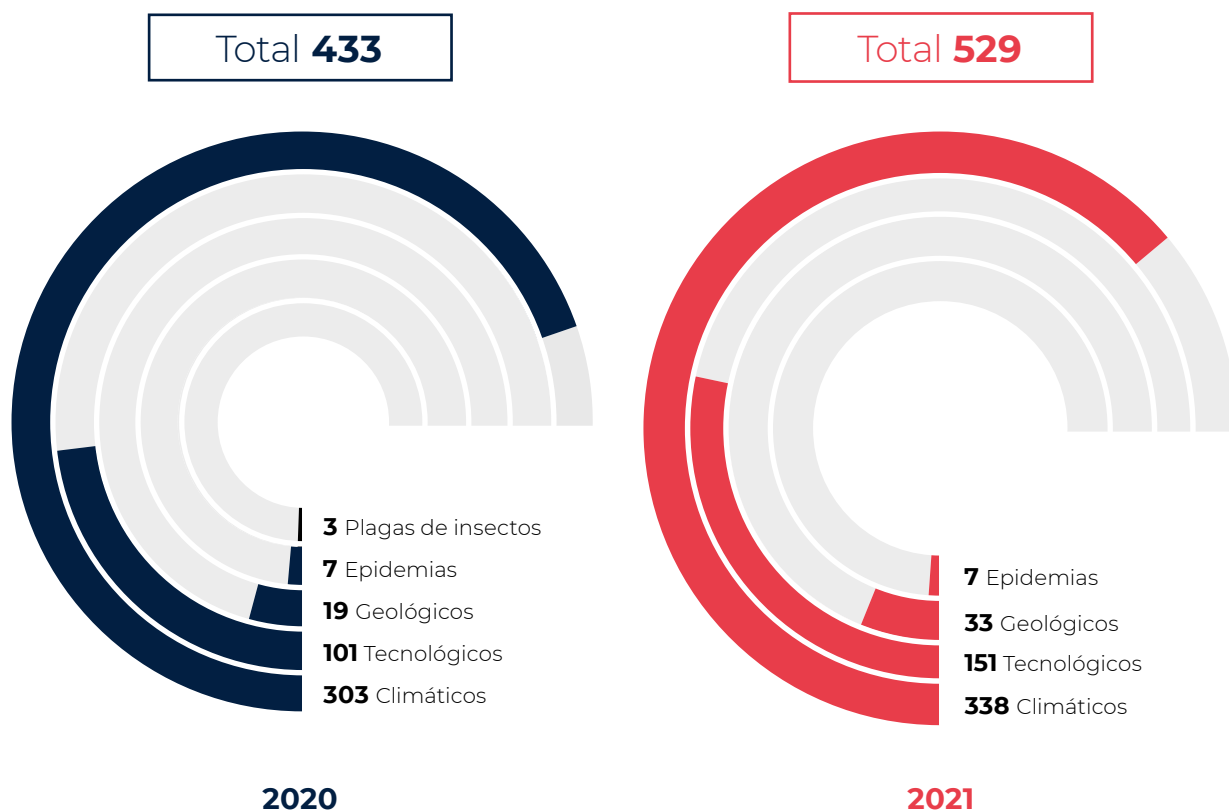
Fuentes: base de datos EM-DAT, OMS.

Nota: para cada año se indica la cantidad de desastres, la cantidad de personas afectadas y la cantidad de víctimas mortales. Se incluyen todos los tipos de desastres registrados en la base de datos EM-DAT. Cabe señalar que estas cifras no incluyen los efectos directos de la pandemia de COVID-19. Asimismo, las cifras de casos de COVID-19 y de muertes confirmadas por COVID-19 se muestran por separado. Por otra parte, los datos de EM-DAT tampoco incluyen los conflictos.

8.1 LOS DESASTRES EN 2020 Y 2021

Los años 2020 y 2021 se caracterizaron por la pandemia de COVID-19. Sin embargo, la base de datos internacional sobre desastres EM-DAT no incluye la COVID-19 (ni muchos otros brotes de enfermedades). En términos numéricos, los desastres climáticos fueron los más frecuentes en ambos años, muy por encima de los desastres geológicos o de aquellos causados por la tecnología humana. Esto mantiene una tendencia constante (véase el apartado 8.2.1 Aumento constante de la proporción de desastres climáticos).

Figura 8.1 – Los desastres en 2020 y 2021, desglosados por tipo

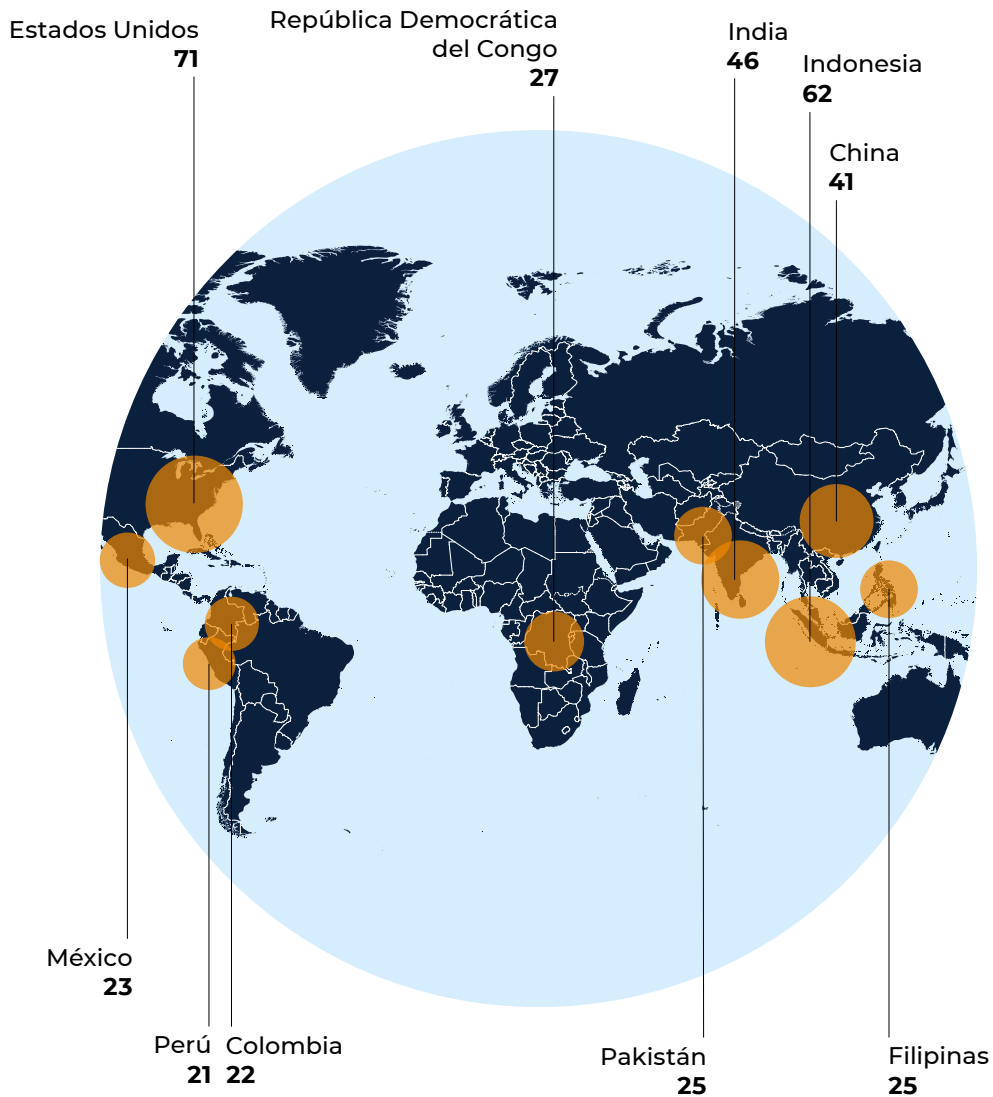


Fuente: base de datos EM-DAT.

Nota: en este análisis se incluyen los desastres tecnológicos, así como los desencadenados por riesgos naturales. Sin embargo, no incluye la pandemia COVID-19.

Los desastres que afectaron al mundo en 2020-2021 no estuvieron distribuidos de manera homogénea. Algunos países sufrieron muchos más desastres que otros (véase la figura 8.2). En otros hubo más personas afectadas y/o fallecidas (véanse los cuadros y las figuras). En lo que respecta al número de desastres registrados, Estados Unidos es el país que registra más desastres; sin embargo, es probable que se trate de una anomalía debida a la gran profusión de informes en ese país, en comparación con la irregularidad de los datos en otros lugares. La mayoría de los desastres son climáticos y meteorológicos.

Figura 8.2 – Los diez países que registraron la mayor cantidad de desastres en 2020-2021

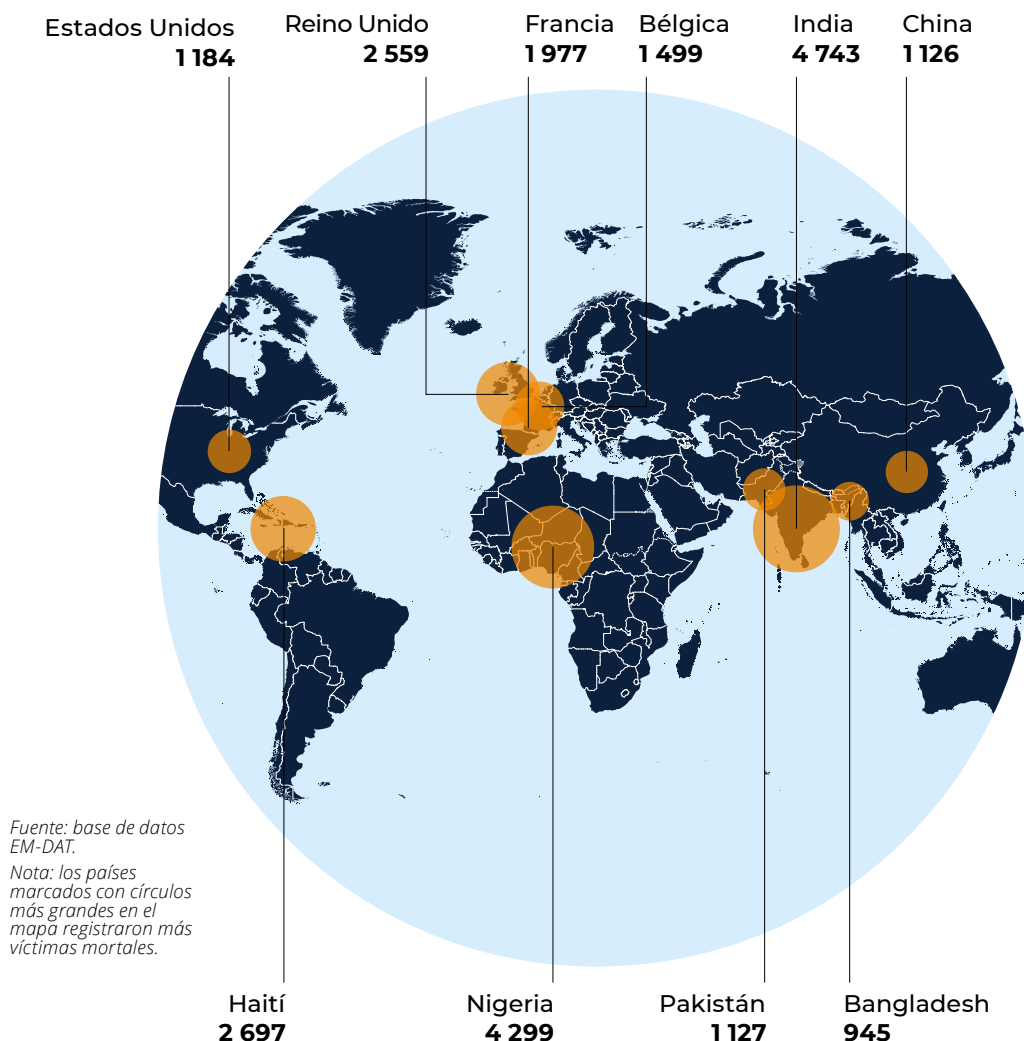


Fuente: base de datos EM-DAT.

Nota: los países marcados con círculos más grandes en el mapa registraron una cantidad mayor de desastres.

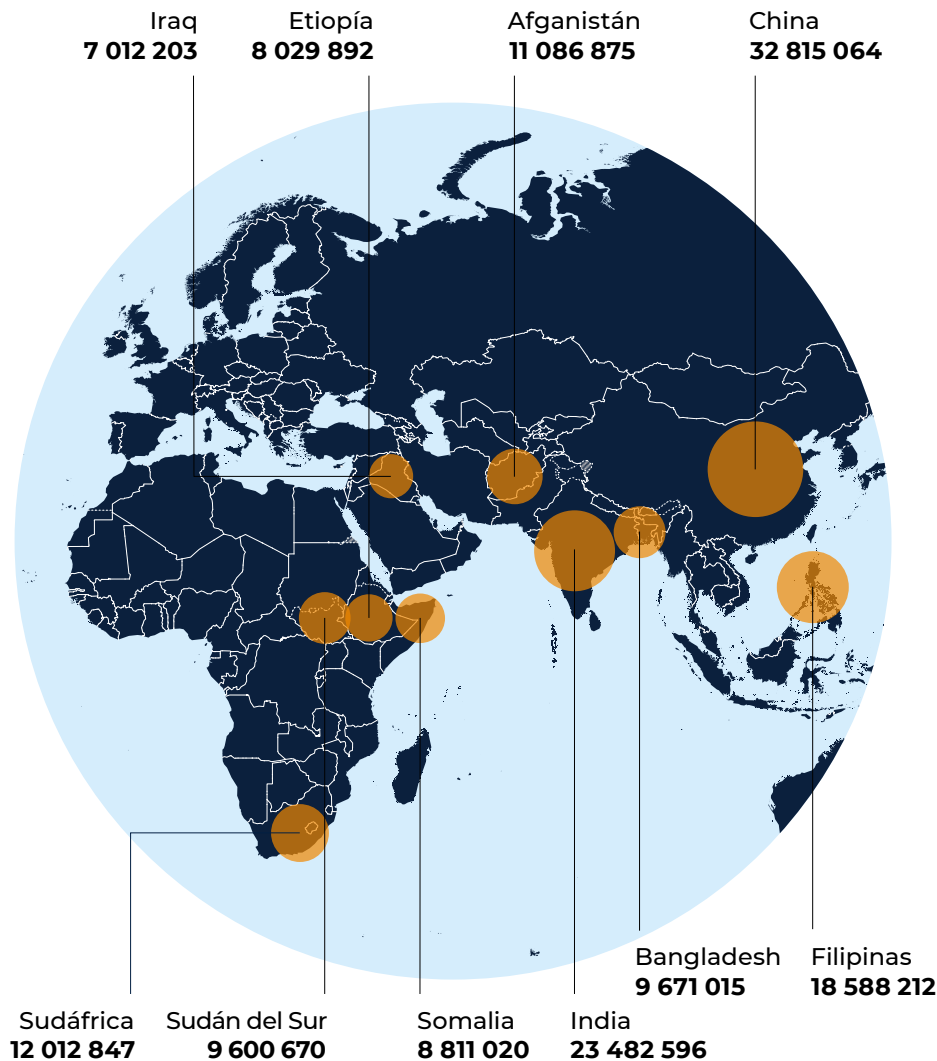
Para tener una idea más clara sobre la incidencia de los desastres en 2020-2021, basta con observar los países donde se han producido más muertes por desastres. Los diez (10) países con mayor mortalidad incluyen algunas de las naciones más pobladas, como India y China. Es probable que esta elevada cifra de muertes en estos países se deba a la gran cantidad de personas expuestas y en riesgo, más que a la gravedad de los peligros. Por otra parte, Haití se vio gravemente afectado por el terremoto de magnitud 7,2 del 14 de agosto de 2021 ([programa de peligros sísmicos del Servicio Geológico de los Estados Unidos, sin fecha](#)). El seísmo fue el desastre provocado por amenazas naturales más letal de 2021, en parte debido a la violencia del terremoto y en parte debido a la escasa capacidad de recuperación de muchas comunidades de Haití. En el resto del mundo, tres países europeos (Reino Unido, Francia y Bélgica) se vieron gravemente afectados por olas de calor, aunque es probable que en muchos otros países las muertes por olas de calor no estén debidamente registradas. Por último, Nigeria sufrió un brote de cólera que se extendió de agosto a diciembre de 2021 y causó tres mil seiscientos cuatro (3 604) muertes ([ReliefWeb, sin fecha](#)).

Figura 8.3 – Los diez países que registraron la mayor cantidad de víctimas mortales relacionadas con desastres en 2020-2021



Cuando se centra la atención en los países con más personas afectadas, aparece un grupo de países algo diferente. China e India tuvieron la mayor cantidad de personas afectadas en 2020-2021, debido en parte a sus enormes poblaciones expuestas a peligros. Los países cuya población se ha visto más afectada han sido víctimas de varios fenómenos (varias inundaciones en China y varias tormentas en India y Filipinas) o de un fenómeno de larga duración (sequía en Sudáfrica y Afganistán). En ninguno de estos países ha habido un único desastre repentino que haya producido las mayores repercusiones en lo que respecta a la población afectada.

Figura 8.4 – Los diez países que registraron la mayor cantidad de personas afectadas por desastres en 2020-2021



Fuente: base de datos EM-DAT.

Nota: los países marcados con círculos más grandes en el mapa registraron más cantidad de personas afectadas.

8.1.1 Casi toda la población afectada por desastres en algunos países en 2020-2021

Algunos países se ven afectados de forma desproporcionada por los desastres. Así lo revelan los daños per cápita, es decir, la proporción de la población total afectada en un año determinado. Casi todos los habitantes de Santo Tomé y Príncipe se han visto afectados por desastres climáticos o meteorológicos en 2020-2021.

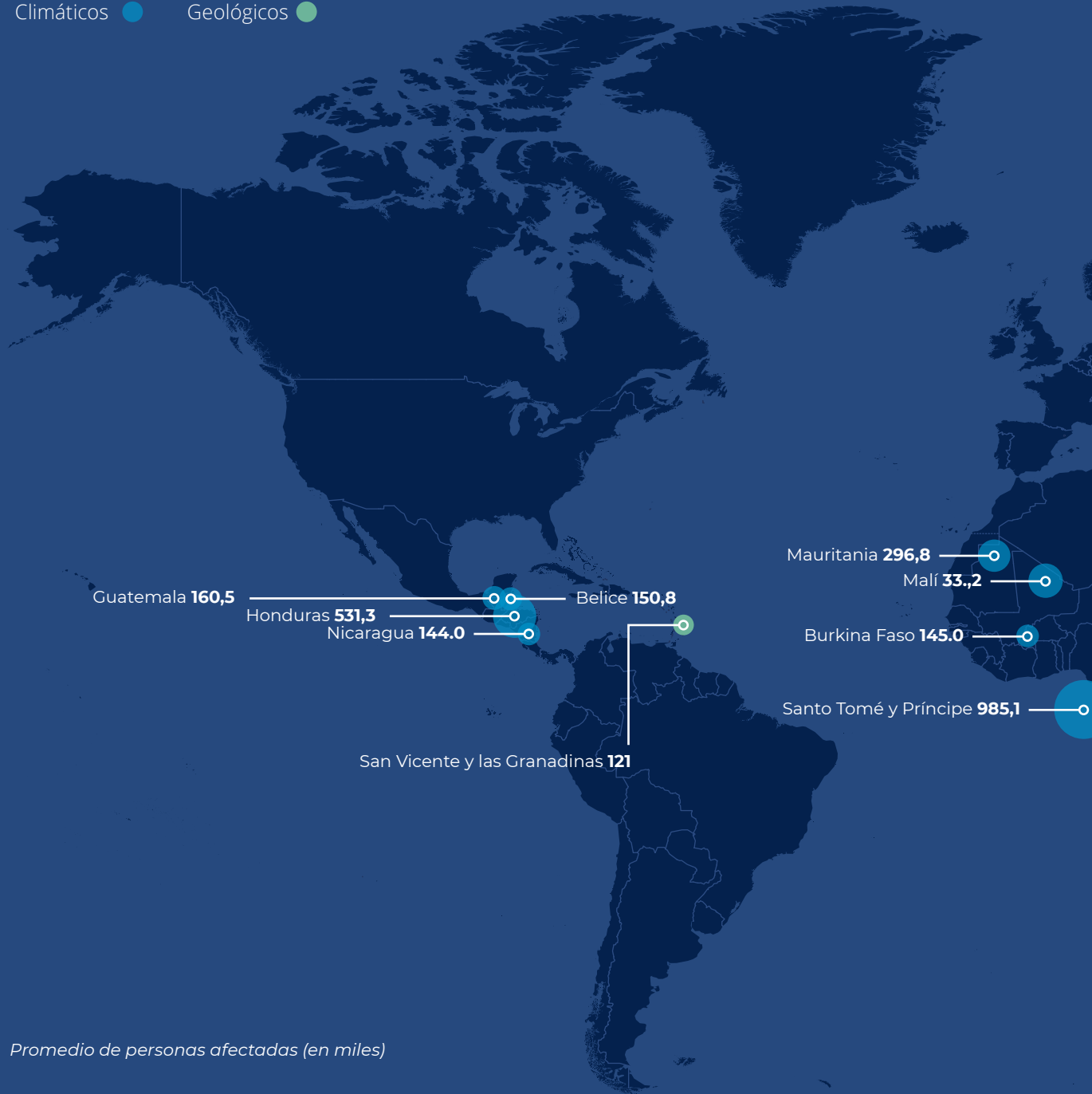
Existe cierta incertidumbre en torno a estas cifras: cuando los países han sufrido múltiples desastres, algunas personas pueden haber sido computadas dos veces, lo que aumenta artificialmente la proporción de la población declarada como afectada.

De los países con mayor índice de población afectada, los más damnificados fueron los pequeños Estados insulares en desarrollo ([UNESCO, sin fecha](#)), en particular los del Pacífico. Tres de los cinco países más afectados per cápita son pequeños Estados insulares en desarrollo, al igual que cuatro de los diez primeros. Los diez primeros países de la lista se vieron afectados por desastres climáticos. Tres de ellos también sufren conflictos: Somalia, Sudán del Sur y Mali, que están clasificados en segundo, tercer y decimocuarto lugar, respectivamente, en la lista de Estados frágiles ([lista de Estados frágiles, sin fecha](#)).

La mayoría de estos países presentan elevados índices de población afectada per cápita debido únicamente a desastres climáticos y meteorológicos. Únicamente el país que ocupa el vigésimo tercer lugar en la clasificación de afectados per cápita se encuentra en esa posición debido a factores adicionales que contribuyen a ello: San Vicente y las Granadinas, que también padeció las erupciones volcánicas de La Soufrière de 2021.

Figura 8.5 – Los países que registraron la mayor proporción de personas afectadas por desastres en 2020-2021

Climáticos ● Geológicos ●



Promedio de personas afectadas (en miles)

Fuente: base de datos EM-DAT.

Nota: la proporción de personas afectadas se indica por en miles de habitantes. En el mapa, los países marcados con círculos más grandes tienen una mayor proporción de población afectada, mientras que los colores de los círculos reflejan el tipo o los tipos de desastre predominantes en cada país.



8.1.2 Asia y el Pacífico: la región más afectada por desastres

De las cinco regiones del mundo reconocidas por la Federación Internacional, Asia y el Pacífico ha sido la más afectada por los desastres en 2020-2021. Esto es cierto en tres dimensiones diferentes: Asia y el Pacífico ha registrado la mayor cantidad de desastres, la mayor cantidad de muertes y la mayor cantidad de personas afectadas.

Figura 8.6 : Cantidad de desastres en 2020-2021, por regiones

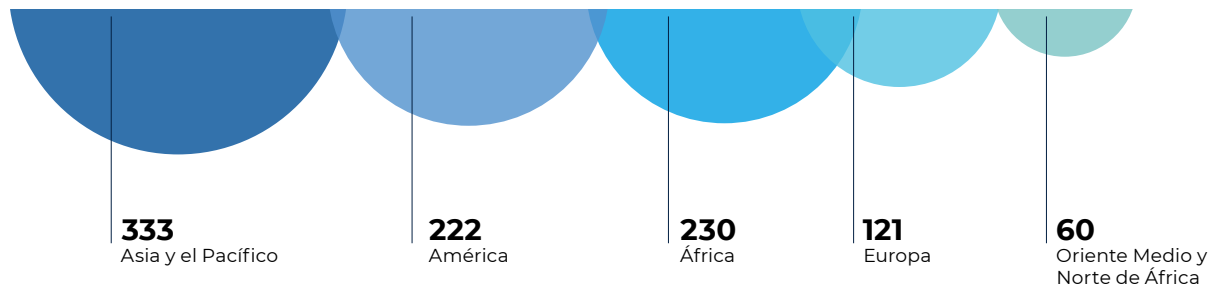


Figura 8.7 : Cantidad de muertes causadas por desastres en 2020-2021, por regiones

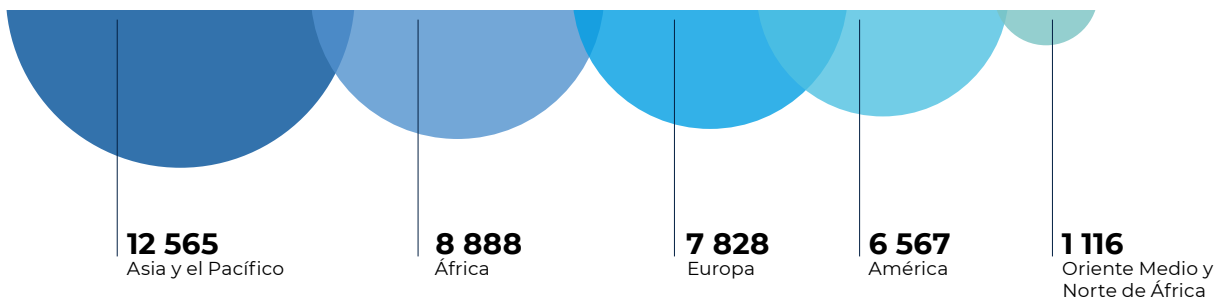
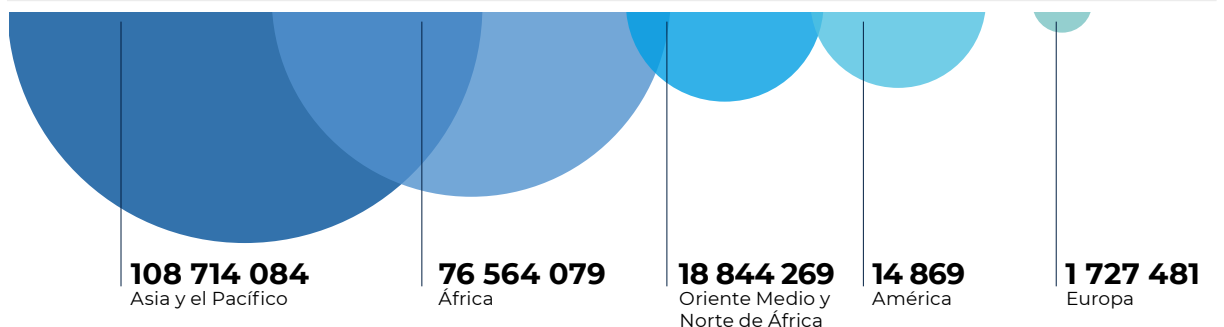


Figura 8.8 : Cantidad de personas afectadas por desastres en 2020- 2021, por regiones

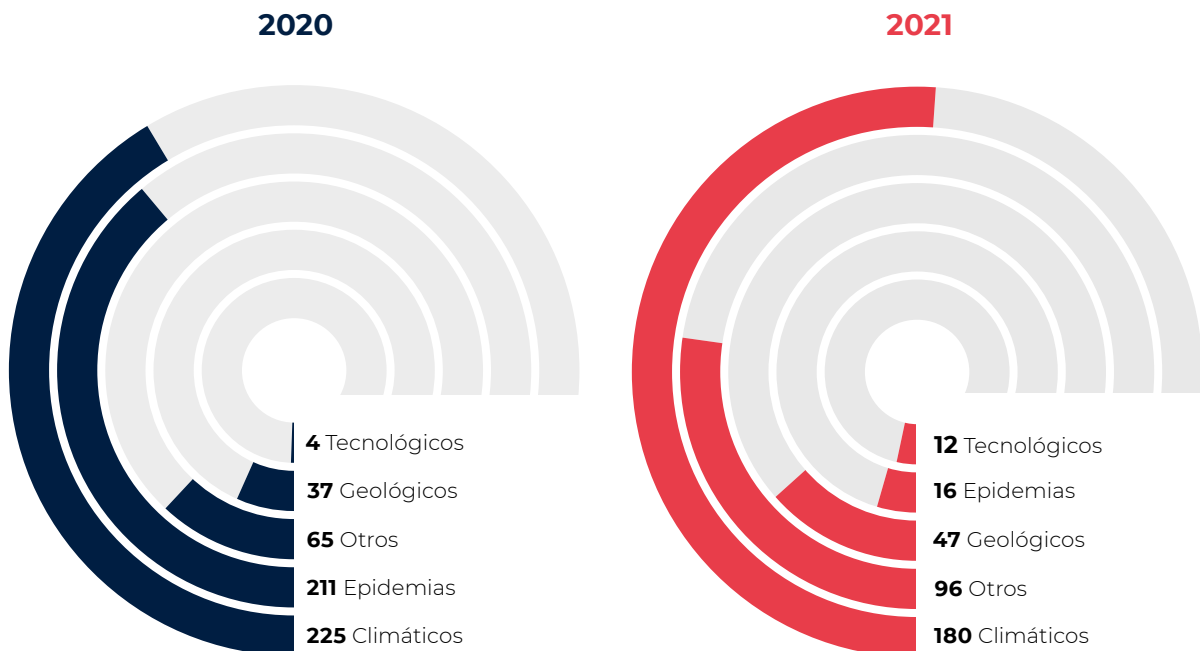


8.1.3 Intervenciones de emergencia de la Federación Internacional en 2020 y 2021

En consonancia con la elevada cantidad de desastres registrados en la base de datos EM-DAT para 2020 y 2021, las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja también han intervenido en una considerable cantidad de emergencias. Estos datos proceden de la base de datos en línea de la plataforma GO de la Federación Internacional. Aunque las categorías no coinciden exactamente con las de la base de datos EM-DAT, pueden observarse algunas similitudes. Tanto en los datos de desastres de EM-DAT como en los datos de emergencias de la Federación Internacional, se observa la presencia de numerosos peligros climáticos.

La cantidad de emergencias en las que se intervino en 2021 fue inferior a la de 2020. Esta disminución se debió principalmente a que se redujo la cantidad de emergencias relacionadas con epidemias en las que se actuó. No resulta claro el motivo, pero no puede atribuirse simplemente a que la pandemia de COVID-19 se haya controlado en cierta medida en 2021 gracias a las campañas de vacunación. Aun cuando se excluyen de los datos los casos de COVID-19, la disminución se mantiene. En todo caso, tampoco cabe suponer que se trate del inicio de una tendencia a largo plazo, ya que la evolución interanual de los brotes de enfermedades siempre ha sido muy variable.

Figura 8.9 – Emergencias en las que intervino la Federación Internacional en 2020 y 2021 por tipo de desastre, (a) en porcentaje y (b) en cifras absolutas



Fuente: plataforma GO de la Federación Internacional.

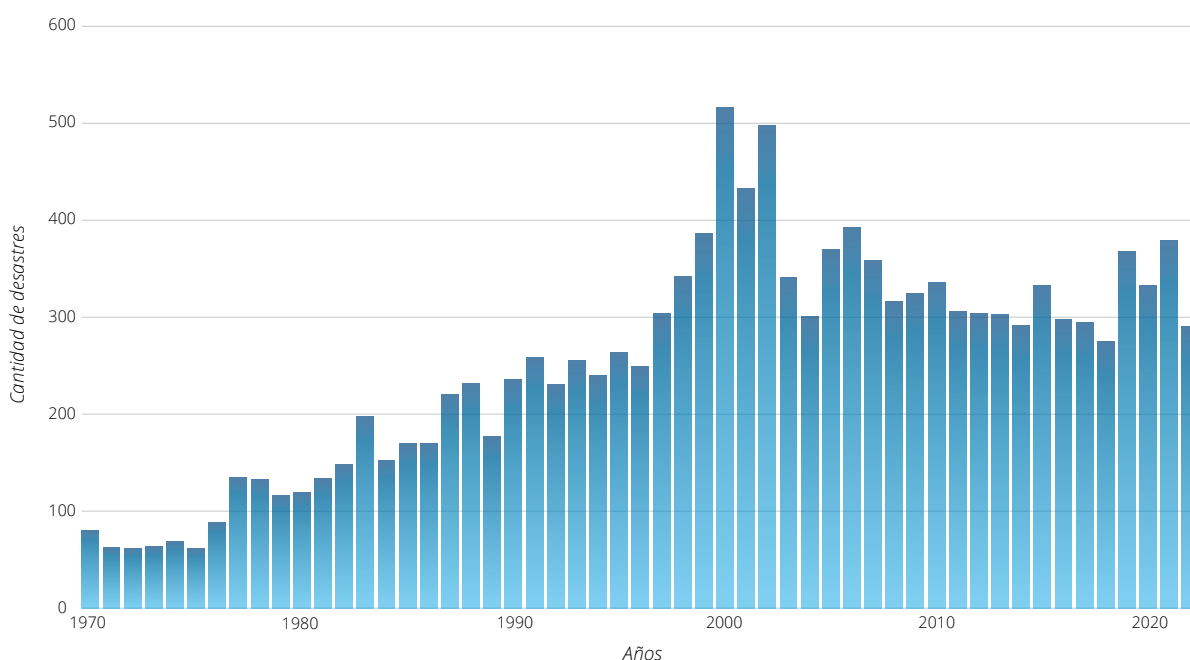
Nota: la categoría "climáticos" incluye ciclones, incendios, olas de calor, olas de frío, sequías, inundaciones, mareas de tempestad, pluviales e inundaciones repentinas. La categoría "otros" incluye inseguridad alimentaria, desplazamientos de población, disturbios civiles y emergencias complejas. La categoría "en blanco" indica que el tipo de desastre no está registrado en la base de datos.

8.2 AUMENTO DE LA FRECUENCIA DE LOS DESASTRES A NIVEL MUNDIAL

Desde 1970 ha aumentado el promedio anual de desastres desencadenados por amenazas naturales. La tendencia es patente a pesar de la notable variabilidad interanual.

Cabe señalar que este conjunto de datos no incluye la pandemia COVID-19. Tampoco recoge una lista exhaustiva de otros desastres epidemiológicos, ya que algunos no se registran en la base de datos EM-DAT. Los brotes de enfermedades son difíciles de comparar con otros desastres, en particular cuando se extienden a escala mundial como ha sucedido con la pandemia de COVID-19. Por ejemplo, si la pandemia se contabilizara como un único desastre prolongado, no supondría una diferencia visible en las tendencias generales que se observan en el gráfico, cuando en realidad es el mayor desastre que ha sufrido la humanidad en ese periodo de tiempo.

Figura 8.10 – Cantidad de desastres desencadenados por amenazas naturales registrados en el mundo por año, 1970-2021



Fuente: base de datos EM-DAT.

Nota: las epidemias, incluida la pandemia de COVID-19, no están incluidas en el conjunto de datos, como así tampoco los conflictos.

Es posible que se haya producido un ligero descenso en el promedio de desastres en el último decenio (2012-2021). Si bien no se sabe a ciencia cierta el motivo, existen varias explicaciones posibles. En parte, puede ser el resultado de una gestión más eficaz del riesgo de desastres, que ha mejorado la resiliencia de algunas comunidades ante los peligros naturales ([Formetta y Feyen, 2019](#)). En consonancia con ello, en el siguiente apartado se presentan pruebas de un descenso similar de las muertes relacionadas con los desastres, que también se atribuye a una gestión más eficaz del riesgo de desastres. Mientras que el cambio climático y otros factores están actuando para aumentar la frecuencia y la gravedad de ciertos peligros naturales, la mejora de la gestión del riesgo de desastres puede reducir a su vez la cantidad de esos peligros que se traducen en desastres. Esta interpretación es atractiva, pero es poco probable que sea toda la explicación. Una gestión de desastres más eficaz reduciría el impacto de los sucesos, pero difícilmente provocaría que estos no se notificaran, salvo quizá en el caso de sucesos de poca envergadura. Además, no se pueden descartar otras posibilidades. Por ejemplo, el aparente descenso de la cifra de desastres puede deberse a problemas relacionados con la notificación, por ejemplo, el hecho de que no se notifiquen todos los desastres de pequeña escala y el sesgo hacia los sucesos ocurridos en países de ingresos altos (véase el capítulo 5). Por último, también pueden influir el azar y los efectos estocásticos. Dado que los peligros asociados al clima son la causa dominante de los desastres, es probable que los ciclos plurianuales del sistema climático, como la Oscilación del Atlántico Norte y El Niño-Oscilación del Sur, influyan en la frecuencia de peligros como las inundaciones y las sequías ([Emerton et al, 2017](#); [Najibi y Devineni, 2018](#)). Por convención, los climatólogos requieren datos que abarquen varios decenios para demostrar una verdadera tendencia a largo plazo; un descenso de un decenio a otro no es una prueba concluyente de un verdadero declive.

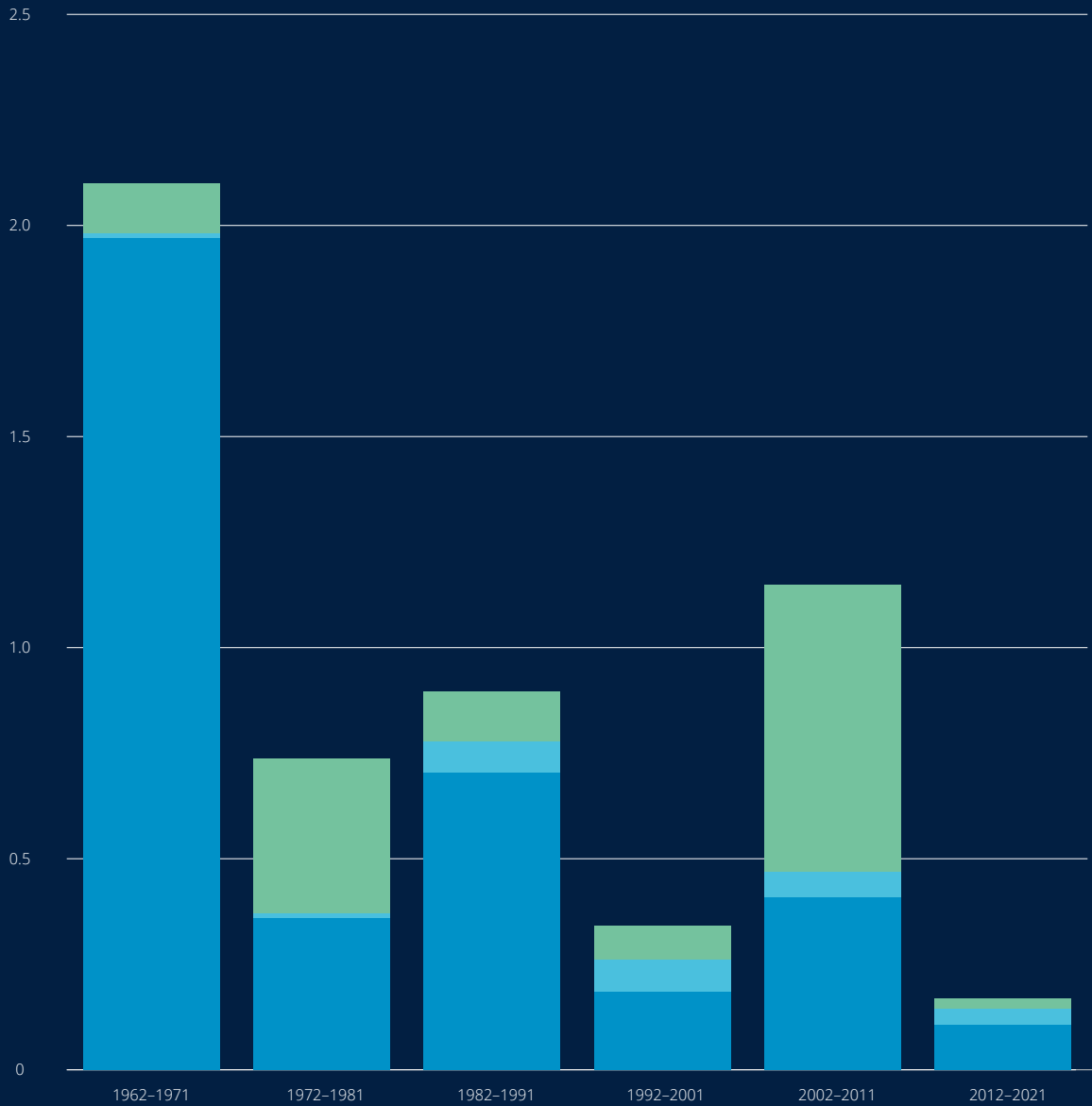
Es posible que influyan los tres factores, a saber: una gestión más eficaz del riesgo de desastres, las lagunas en la notificación de los eventos y los ciclos climáticos a corto plazo. Sea cual sea la verdadera explicación, en el último decenio se ha producido una cantidad de desastres extraordinariamente elevada en comparación con los últimos sesenta años.

En cambio, según la base de datos EM-DAT, la cifra total de mortalidad mundial por desastres ha disminuido desde la década de 1960. Esto ha ocurrido pese al aumento de la población expuesta a riesgos climáticos y meteorológicos así como a la mayor gravedad y frecuencia de tales riesgos ([Irfan, 2022](#)). Uno de los principales factores que han contribuido a la disminución de la mortalidad es el perfeccionamiento de las previsiones meteorológicas y, por tanto, de los sistemas de alerta temprana, junto con las evacuaciones y operaciones de rescate que han salvado vidas ([Organización Meteorológica Mundial \(OMM\), 2021](#)).

Sin embargo, si se desglosan los datos por decenios, se observa que el mayor descenso se produjo entre los años 1960 y 1970, debido a una importante disminución de la cifra de muertes por desastres climáticos. Desde entonces, no existe una tendencia clara. Además, el conjunto de datos no incluye los 5,94 millones de muertes confirmadas por COVID-19 en 2020 y 2021, que podrían aumentar significativamente el promedio para 2012-2021.

Figura 8.11 – Total de muertes por desastres registradas en el mundo por decenio, desglosadas por tipo de desastre

Climáticos Epidemias Geológicos



Fuente: base de datos EM-DAT.

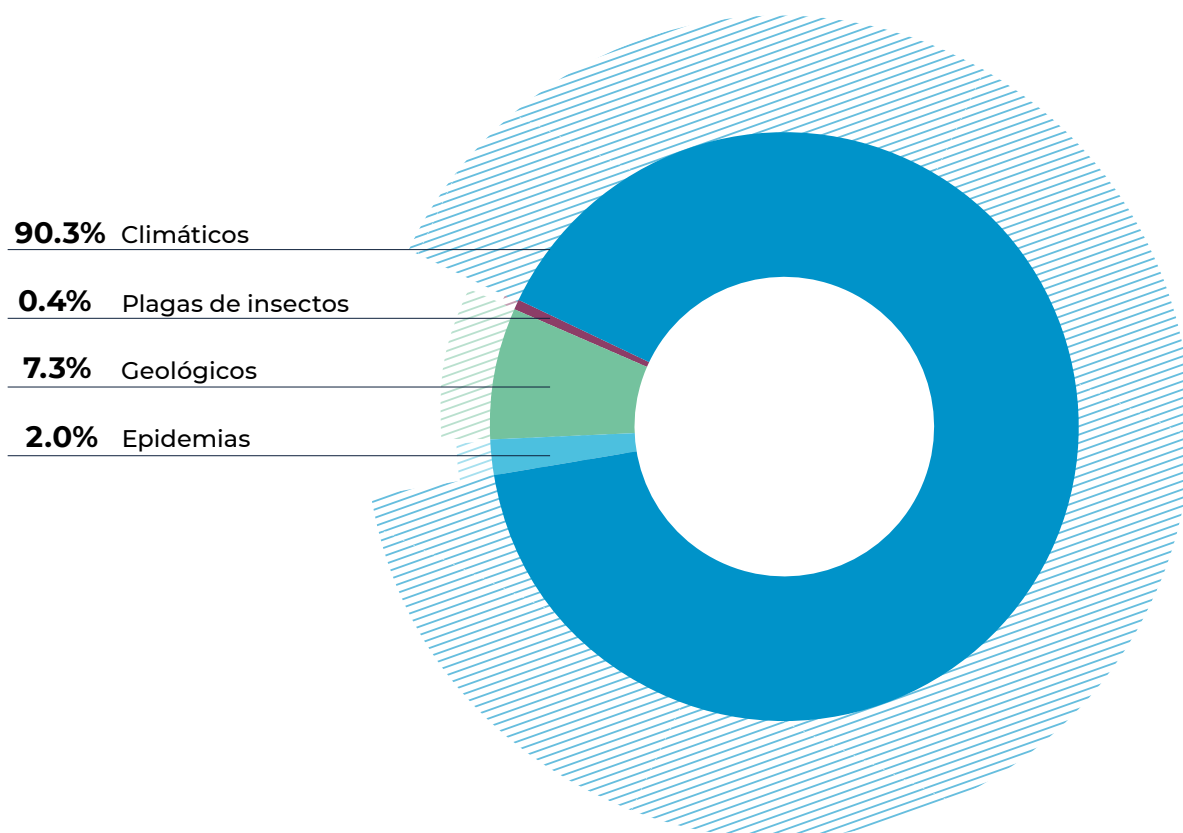
Nota: las muertes por COVID-19 no están incluidas en las cifras de 2012-21.

8.2.1 Aumento constante de la proporción de desastres climáticos

Los peligros climáticos mantuvieron su predominio en 2020-2021. En esos dos años, el 90,3% de los desastres naturales registrados fueron desencadenados por peligros climáticos y meteorológicos. Esta cifra contrasta con el 7,3% provocado por peligros geológicos como terremotos y actividad volcánica. Los demás fueron causados por epidemias (excluida la de COVID-19) y plagas de insectos como la langosta.

Esto se suma a las pruebas del creciente predominio de los peligros climáticos. En la edición 2020 del *Informe mundial sobre desastres*, la Federación Internacional informó de que el setenta y seis por ciento (76 %) de los desastres notificados en el decenio de 1960 estuvieron vinculados con el clima y la meteorología, pero esta proporción aumentó al ochenta y tres por ciento (83 %) ([Federación Internacional, 2020](#)). En un nuevo análisis de la información actualizada de la base de datos EM-DAT efectuado para el presente informe se observa que la proporción correspondiente a ese último decenio fue en realidad del ochenta y cuatro por ciento (84 %). Los datos para 2020-2021 indican que esta tendencia persiste.

Figura 8.12 – Desastres naturales registrados en 2020-2021, desglosados por tipo de desastre

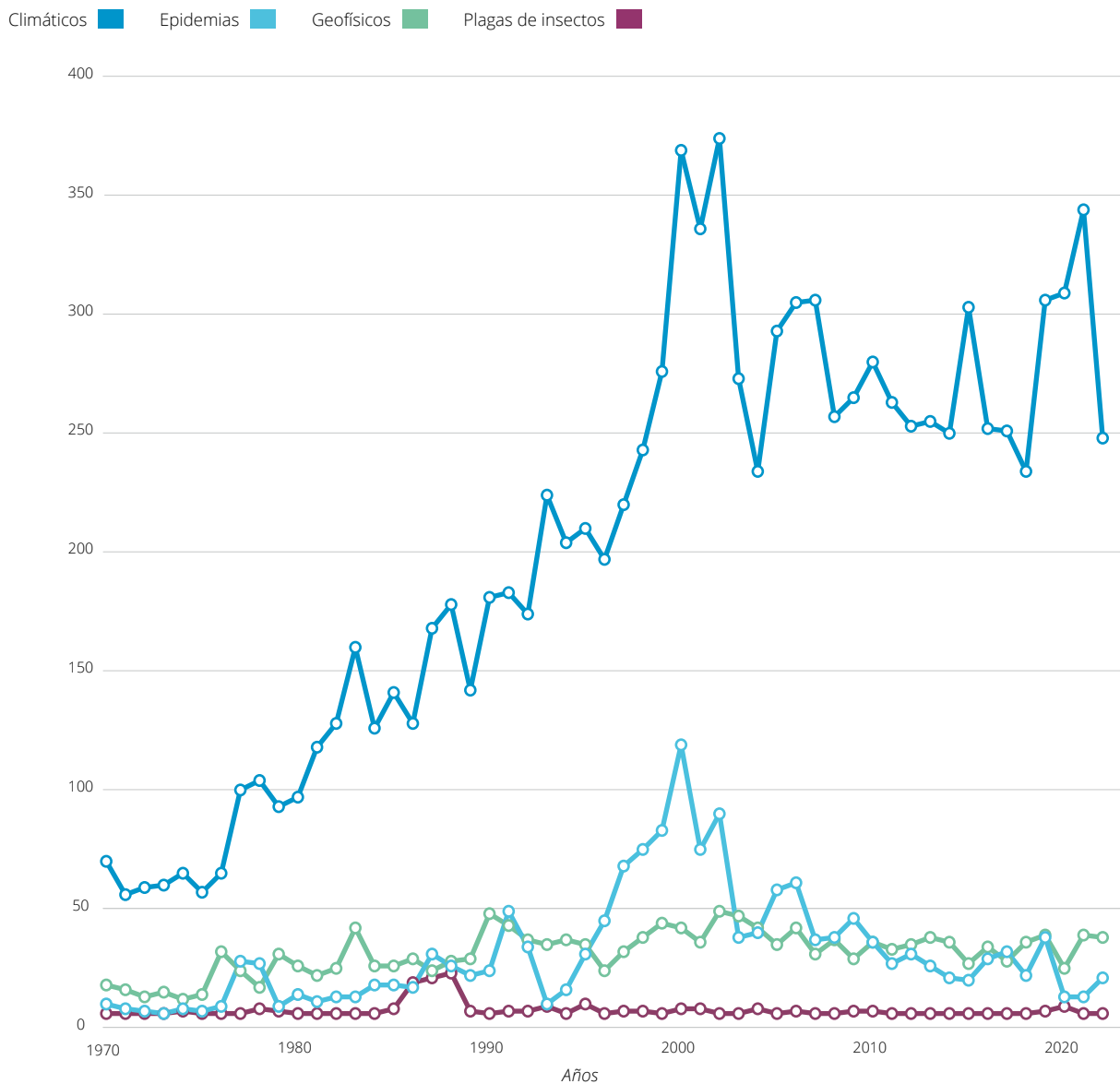


Fuente: base de datos EM-DAT.

Nota: los peligros climáticos y meteorológicos fueron, de lejos, la mayor fuente de desastres.

Un análisis de las tendencias de los tipos de desastre en los últimos cinco decenios esclarece este fenómeno. Los desastres climáticos y meteorológicos siguen proliferando, mientras que los geológicos se mantienen estables. En la base de datos EM-DAT tampoco se observa ninguna tendencia en materia de epidemias o plagas de insectos. Sin embargo, esto se debe a múltiples omisiones en sus registros de tales peligros biológicos. Otros datos indican que los brotes de enfermedades han sido más frecuentes en los últimos decenios (véase el capítulo 1).

Figura 8.13 – Cantidad de desastres por tipo y año, 1970-2021

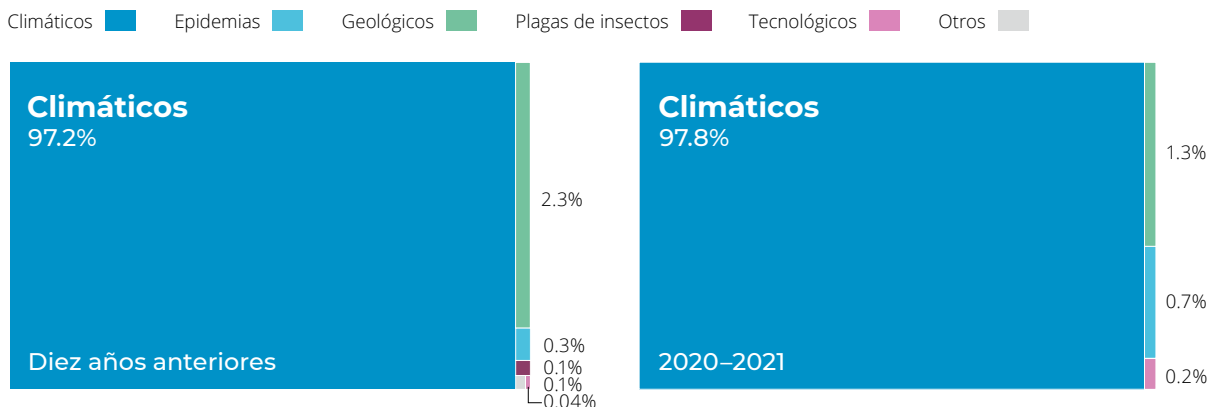


Fuente: base de datos EM-DAT.

Nota: los desastres climáticos y meteorológicos han aumentado durante este periodo. Mientras tanto, la cantidad de desastres vinculados con peligros geológicos se ha mantenido estable.

Un predominio similar de los desastres climáticos y meteorológicos puede observarse en la proporción de personas afectadas por desastres. En los últimos doce (12) años, la proporción de personas afectadas por desastres climáticos o meteorológicos se ha mantenido estable entre el noventa y siete por ciento (97 %) y el noventa y ocho por ciento (98 %). En promedio, alrededor de cien (100) millones de personas se ven afectadas cada año por este tipo de desastres. Además, los desastres relacionados con peligros geológicos representan la siguiente mayor proporción de personas afectadas por desastres.

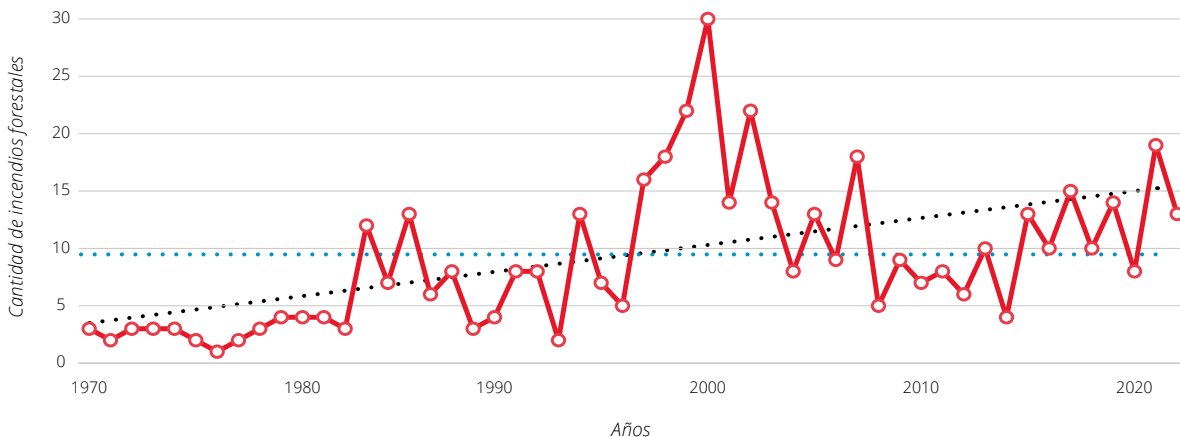
Figura 8.14 – Porcentaje del total de personas afectadas por desastres cada año, por tipo de desastre



Fuente: base de datos EM-DAT.

En consonancia con estos análisis, en los últimos cinco decenios se ha registrado una tendencia al alza en la cantidad de desastres causados por incendios forestales, que guardan relación con el clima y la meteorología. Esta tendencia es visible pese a la elevada variabilidad interanual. Las frecuencias actuales de los incendios forestales están por encima de los niveles observados entre los años 1960 y 1990.

Figura 8.15 – Desastres anuales causados por incendios forestales, 1970-2021



Fuente: base de datos EM-DAT.

Nota: la línea negra de puntos muestra la tendencia desde 1970. La línea azul de puntos es el promedio de los últimos cincuenta años.

8.2.2 Mayor frecuencia de los brotes de enfermedades

En los últimos decenios, la humanidad se ha visto expuesta a un riesgo cada vez mayor de brotes de enfermedades (véanse las definiciones). La pandemia de COVID-19 es el ejemplo más drástico, que sobresale por la ingente cantidad de casos y de muertes. No obstante, forma parte de una tendencia más amplia.

Un estudio realizado en 2014 recopiló datos sobre enfermedades desde 1980 hasta 2013 ([Smith et al, 2014](#)). Abarcó 12 102 brotes de doscientas quince (215) enfermedades infecciosas humanas. Después de controlar factores de confusión como una mejor vigilancia de enfermedades, los investigadores hallaron aumentos significativos tanto en la cantidad total de brotes como en la diversidad de enfermedades. A principios de la década de 1980, se registraban menos de mil (1 000) brotes de enfermedad al año, pero a fines de la década de 2010 esta cifra se había triplicado y superaba los tres mil (3 000) brotes. Las zoonosis –enfermedades procedentes de animales que se transmiten a la población humana– fueron responsables del cincuenta y seis por ciento (56 %) de los brotes.

En forma análoga, en un análisis realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se señalaba que “las epidemias de enfermedades infecciosas ocurren con más frecuencia, y se propagan más rápido y más lejos que nunca, en muchas regiones diferentes del mundo”. En el análisis se detectaron mil trescientos siete (1 307) episodios epidémicos entre 2011 y 2017. Esto equivale a un promedio de ciento ochenta y siete (187) eventos epidémicos por año ([OMS, 2018](#)).

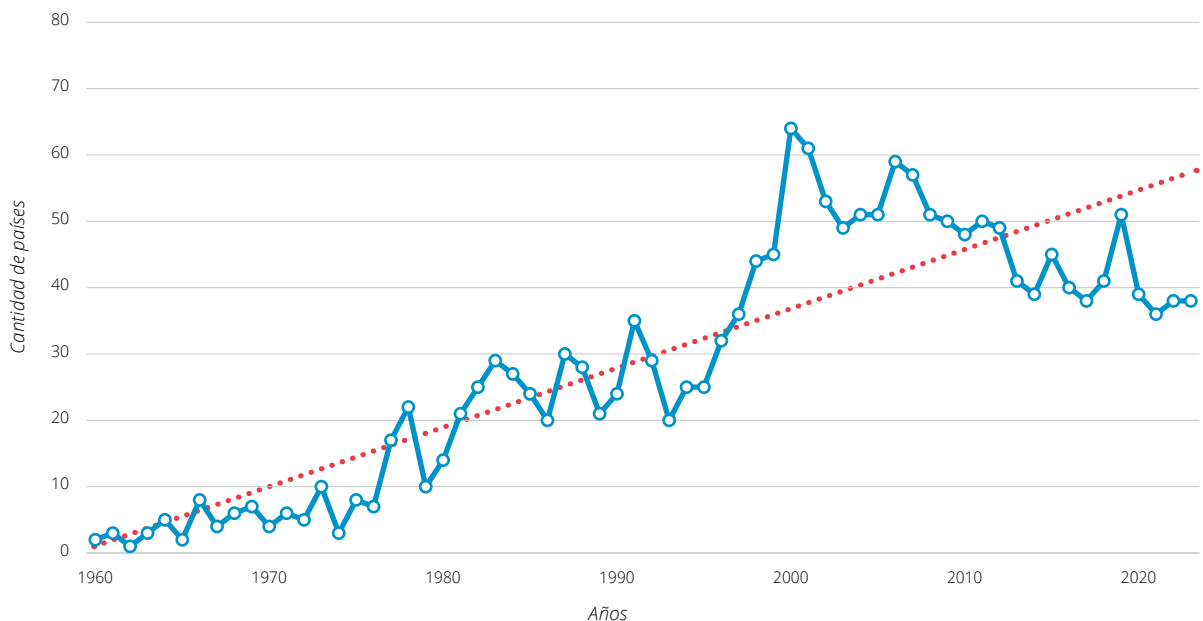
Más recientemente, una revisión identificó “una ola de brotes de enfermedades infecciosas graves” en el siglo XXI ([Baker et al, 2021](#)). Entre ellos, el brote del síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) causado por coronavirus en 2003, la pandemia de gripe porcina en 2009, el brote del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) causado por coronavirus en 2012, la epidemia de ébola en 2013-2016 en la región occidental de África y la epidemia del virus del Zika en 2015.

Los expertos citan diversas razones para estas tendencias epidémicas. [Baker et al, 2021](#) las relacionan con cambios drásticos en el lugar donde viven las personas y la frecuencia con que viajan. A partir de 2007, la densidad de población continúa en aumento, y más personas viven en las zonas urbanas que en las rurales. Esto favorece considerablemente la propagación de enfermedades. Al mismo tiempo, los viajes en avión se han duplicado desde 2000, lo que permite una rápida propagación de las enfermedades a escala internacional. Otros factores comprenden el cambio climático, que afecta el surgimiento de patógenos nuevos o modificados, y la reaparición de otros más antiguos, así como el grado de vulnerabilidad de las personas frente a ellos. Asimismo, la producción de alimentos suele facilitar grandes concentraciones de animales en condiciones insalubres. Por último, otros tipos de desastres afectan la vulnerabilidad de las personas a los agentes patógenos a través de un nivel deficiente de saneamiento, nutrición y acceso a los servicios de salud.

8.3 AUMENTO CONSTANTE DE LA SUPERPOSICIÓN DE DESASTRES

Debido a la creciente frecuencia de los brotes de enfermedades y de los desastres climáticos y meteorológicos, cada vez es más frecuente que los países se vean afectados por dos o más desastres en forma simultánea. En los últimos sesenta (60) años, ha aumentado de forma constante la cantidad de países afectados por desastres concomitantes. Se entiende por solapamiento de desastres o desastres concomitantes los casos en que se producen dos desastres en el mismo país, y en que el segundo comienza antes de que haya terminado el primero. Pueden adoptar diversas formas: por ejemplo, el daño causado por el viento de una tormenta combinado con un episodio distinto de inundación, o una ola de calor combinada con un incendio forestal.

Figura 8.16 – Cantidad de países que sufrieron dos o más desastres concomitantes al menos una vez al año, 1970-2021

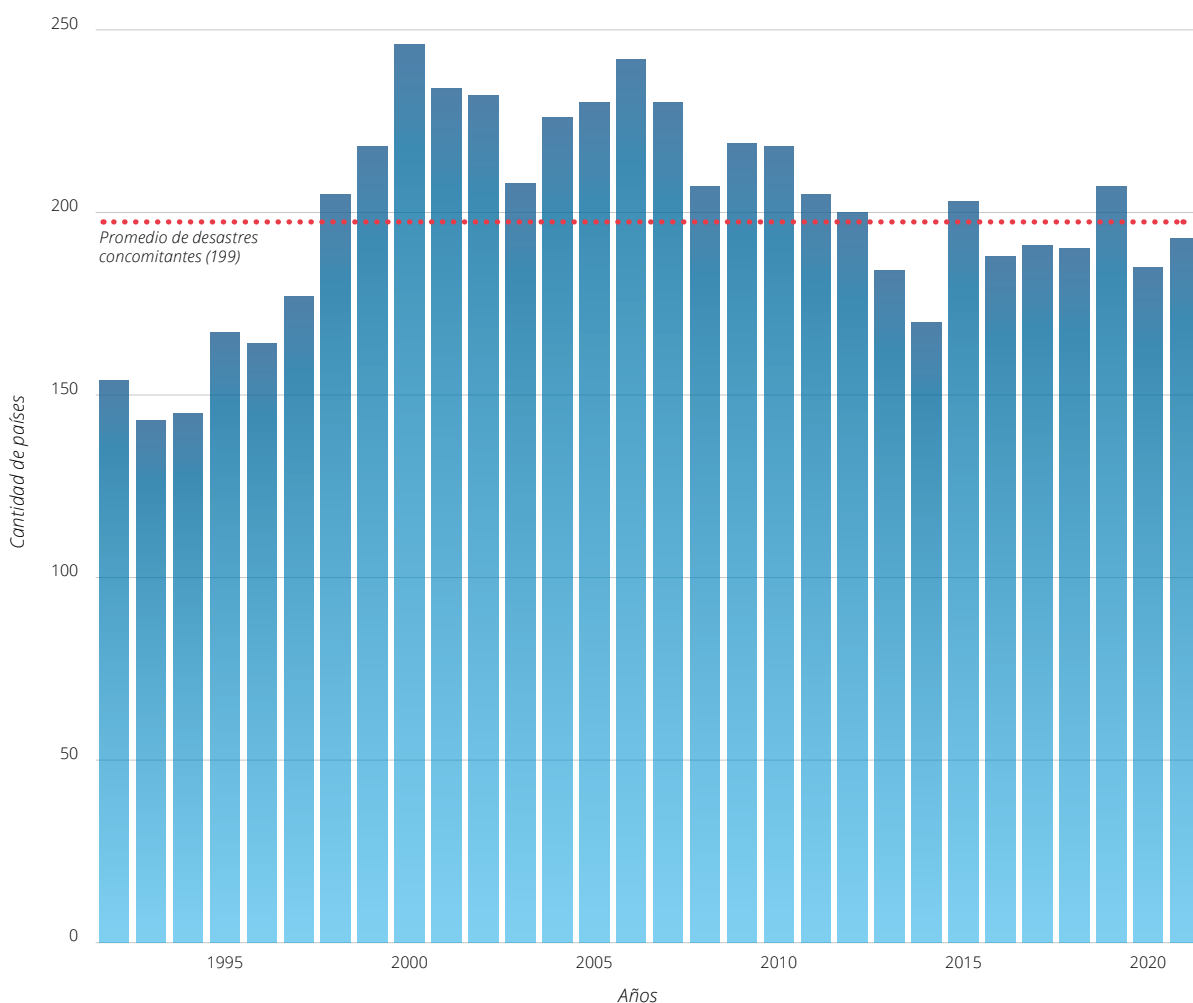


Fuente: base de datos EM-DAT.

En los últimos treinta (30) años, un promedio de cuarenta y cuatro (44) países al año se han visto afectados por desastres simultáneos al menos una vez en ese año. Asimismo, en los últimos treinta (30) años se han registrado, en promedio, ciento noventa y nueve (199) desastres concomitantes por año, cifra muy superior a la de los decenios anteriores. Esta elevada proporción de desastres simultáneos persiste a pesar de la considerable variabilidad interanual.

Este hecho no indica necesariamente que se haya visto afectada la misma población, ya que los desastres pueden producirse en distintas regiones del país, sobre todo si su superficie es extensa. No obstante, es probable que los desastres concomitantes repercutan en la capacidad de intervención de un país.

Figura 8.17 – Cantidad de países que sufrieron dos o más desastres concomitantes al menos una vez al año, 1992-2021



Fuente: base de datos EM-DAT.

Esto plantea la cuestión de si los desastres simultáneos afectan a las mismas comunidades dentro de cada país. Pese a que los datos no suelen ser lo suficientemente detallados como para poder determinarlo, existen algunas pruebas. Los datos de EM-DAT indican que, durante los últimos veinte (20) años, al menos veinte (20) de estos países se han visto afectados cada año por dos o más desastres simultáneos ocurridos en el mismo subnivel administrativo. Es probable que estos pares de desastres afecten a la misma población y causen graves dificultades a los agentes de intervención humanitaria.

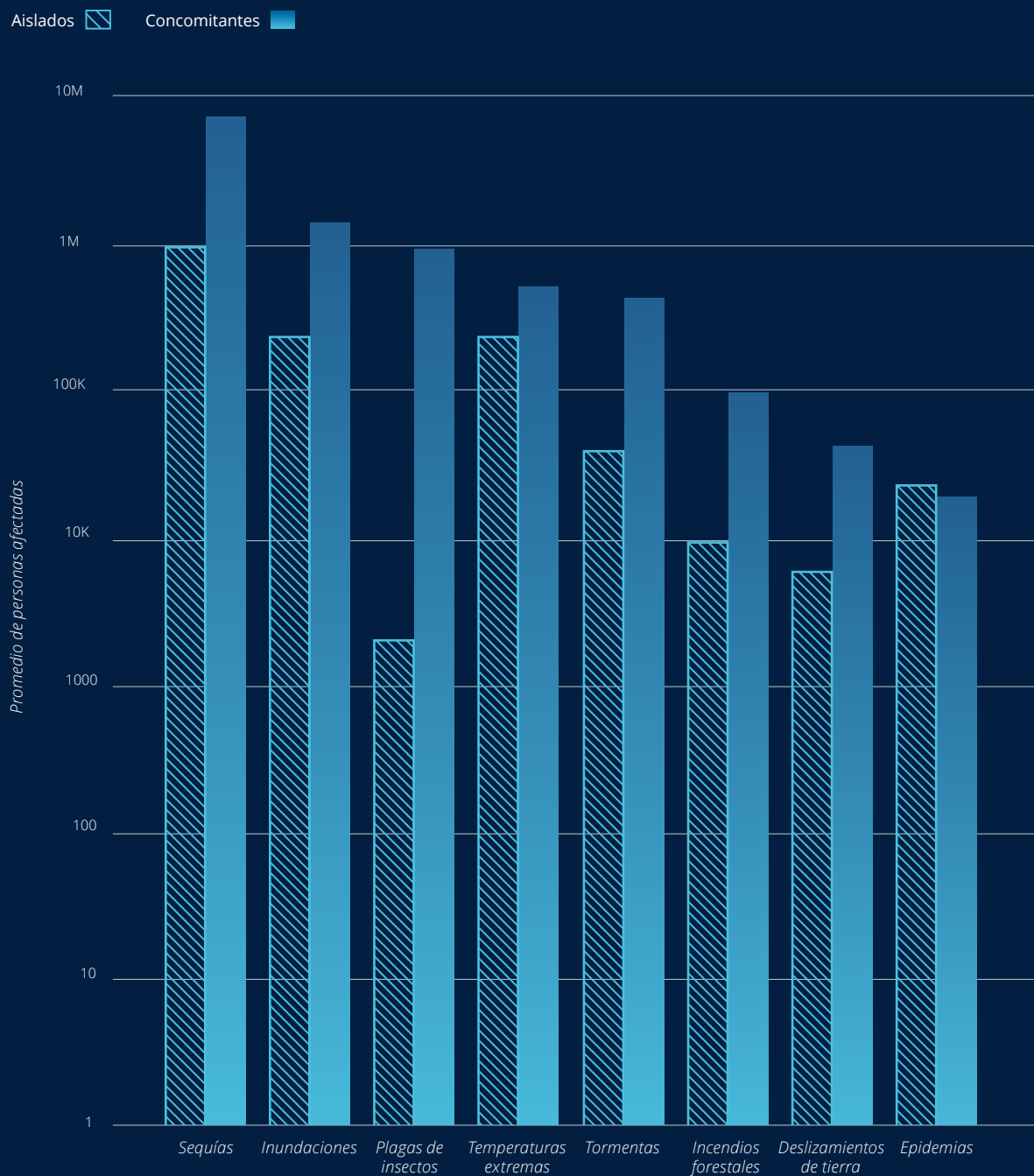
8.3.1 Repercusiones más graves de los desastres concomitantes

Intuitivamente, cabría deducir que cuando se producen dos desastres de forma simultánea en un mismo lugar, la incidencia de cada uno de ellos es mayor que si se produjeran de forma aislada. Los datos sobre desastres corroboran esta afirmación. Tras analizar durante los últimos sesenta (60) años el promedio de personas afectadas por un determinado tipo de desastre, la Federación Internacional constató que los desastres simultáneos en el mismo país suelen tener más repercusiones, tanto por la cantidad de personas afectadas como por la cantidad de víctimas mortales.

En cada análisis hay una excepción: los datos indican que las epidemias concomitantes no afectaron a más personas que las que ocurrieron de forma aislada, y que las tormentas concomitantes no causaron más muertes que las aisladas. No se sabe con certeza la razón por la que estas dos no encajan en el mismo modelo. Sin embargo, puede ser el resultado de datos incompletos y/o ruido estadístico.

Además, cabe formular dos salvedades. En primer lugar, los desastres que se producen a lo largo de un periodo de tiempo más prolongado tienen más probabilidades de solaparse con otros desastres, y también es más probable que afecten a una mayor cantidad total de personas. En segundo lugar, los sucesos de alta intensidad del mismo tipo también tienen más probabilidades de solaparse debido a las fluctuaciones estacionales; por ejemplo, los mayores incendios forestales se producen durante el verano y las mayores tormentas después de El Niño. Por el contrario, es más probable que los fenómenos de baja intensidad se produzcan de forma aislada.

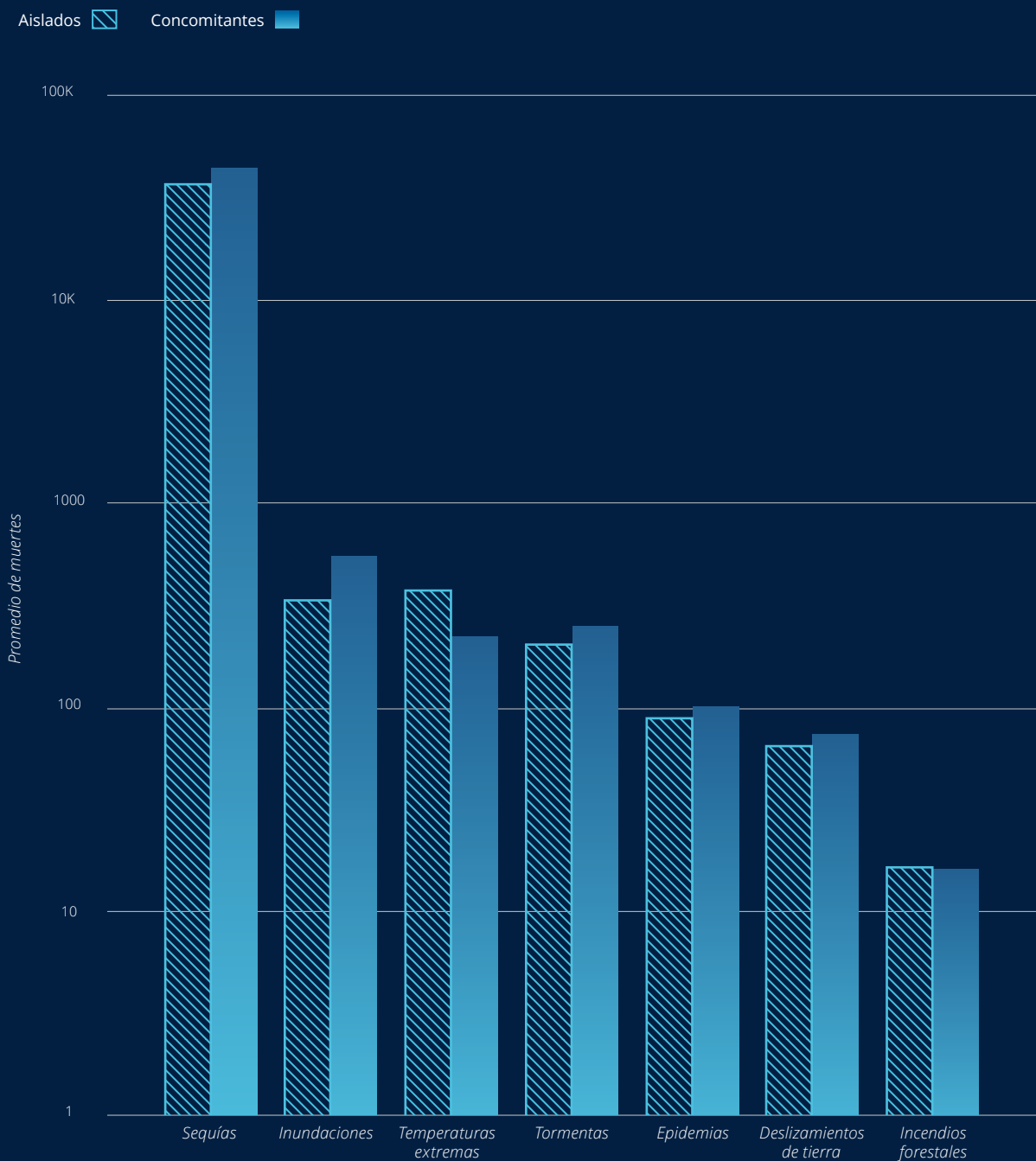
Figura 8.18 – Promedio de personas afectadas por diferentes tipos de desastres, aislados y concomitantes con otro desastre de cualquier tipo



Fuente: base de datos EM-DAT.

Nota: los datos corresponden a los últimos sesenta (60) años.

Figura 8.19 – Promedio de personas fallecidas por diferentes tipos de desastres, aislados y concomitantes con otro desastre de cualquier tipo



Fuente: base de datos EM-DAT.

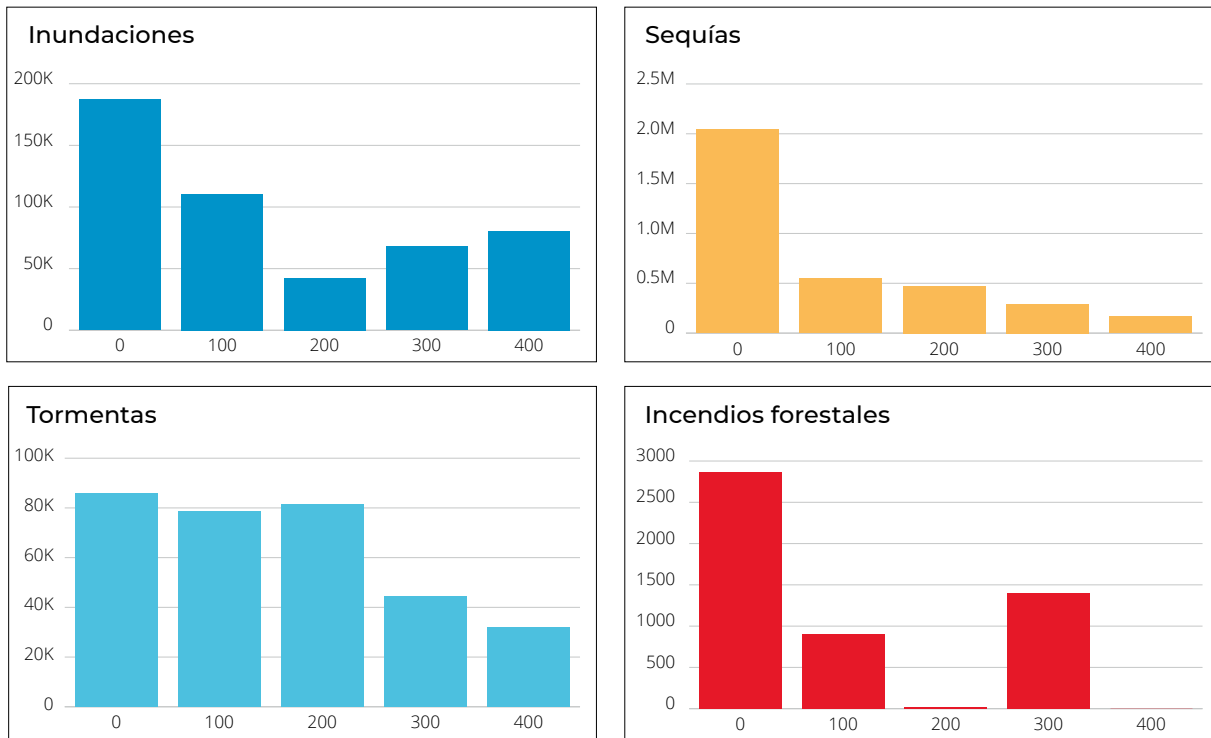
Nota: los datos corresponden a los últimos sesenta (60) años.

8.3.2 Solapamiento y secuencia de desastres en la misma zona geográfica

Como se ha señalado, las repercusiones de los desastres pueden aumentar si se producen dos o más en el mismo país al mismo tiempo, pero que algunos países tienen grandes áreas geográficas y, por tanto, los desastres pueden no hallarse físicamente próximos. En estos análisis, se intenta controlar este factor de confusión. Para ello, se consideran los desastres ocurridos en la misma división administrativa de primer nivel de un país, como una provincia. Es más probable que estos desastres coincidan desde el punto de vista geográfico.

En primer lugar, se examinan por separado los desastres climáticos, hidrológicos y meteorológicos. Cuando estos desastres ocurren en una división administrativa de primer nivel de un país, al mismo tiempo que otro desastre o poco después, hay más personas afectadas. Esto ocurre independientemente de la forma que adopte el otro desastre. Cuanto menor es el intervalo entre ambos desastres, más se acentúa la tendencia. El análisis no revela por qué se ven afectadas más personas.

Figura 8.20 – Promedio de personas afectadas por (a) inundaciones, (b) sequías, (c) tormentas e (d) incendios forestales, según la cantidad de días transcurridos desde el desastre anterior en la misma región administrativa de primer nivel de un país

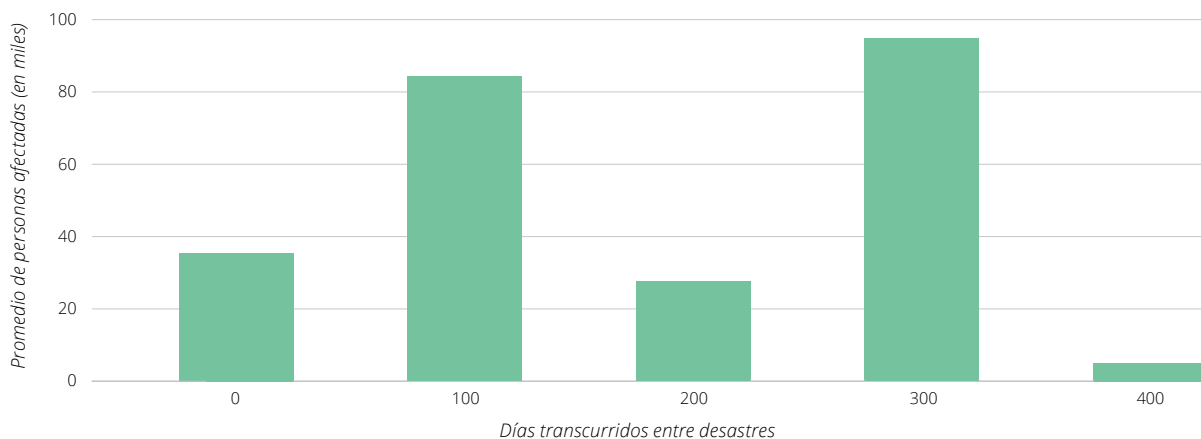


Fuente: base de datos EM-DAT.

Nota: el análisis incluye dos mil cuatrocientos cincuenta y dos (2 452) desastres ocurridos en ciento ochenta y dos (182) países a lo largo de treinta (30) años. Los intervalos están agrupados por cada cien (100) días, y la barra de la derecha muestra el intervalo de un ciclo completo de estaciones. Los desastres afectan a más personas si se producen poco después de otro desastre. El mismo modelo se observa en inundaciones, sequías, tormentas e incendios forestales.

Esta tendencia no se observa universalmente. Según los datos de EM-DAT, los terremotos no afectan a más personas cuando se producen en los cien días siguientes a otro desastre, sino más bien si el intervalo entre ellos es mayor. En este momento, no se dispone de una explicación clara para esta conclusión.

Figura 8.21 – Promedio de personas afectadas por un terremoto, según la cantidad de días transcurridos desde el desastre anterior en la misma región administrativa de primer nivel de un país

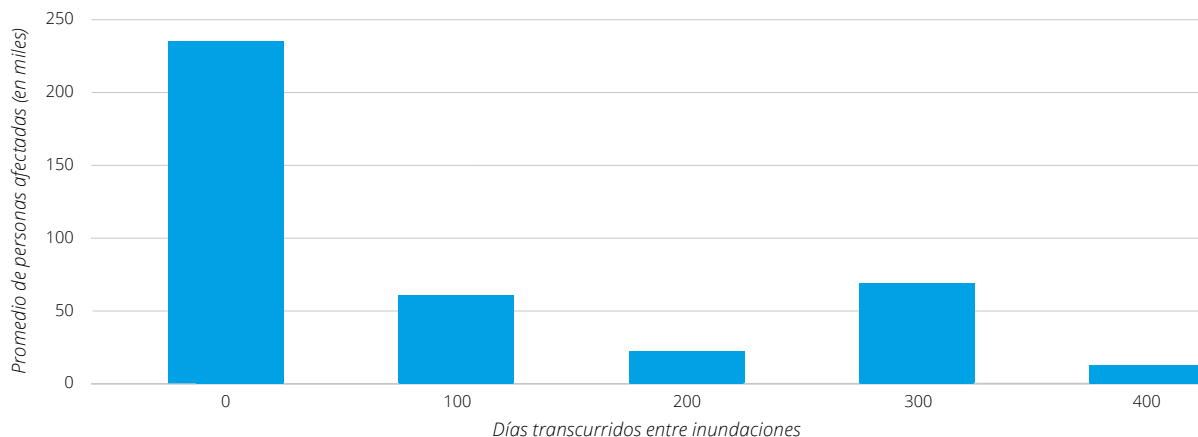


Fuente: base de datos EM-DAT.

Nota: los intervalos están agrupados por cada cien (100) días, y la barra de la derecha muestra el intervalo de un ciclo completo de estaciones.

Por último, un análisis de seguimiento indica que los desastres provocados por inundaciones son particularmente graves cuando van precedidos de otra inundación, más que de cualquier otro tipo de desastre. Este análisis sugiere que las inundaciones que se producen en rápida sucesión potencian fuertemente los efectos de las demás.

Figura 8.22 – Promedio de personas afectadas por una inundación, según la cantidad de días transcurridos desde la inundación anterior en la misma región administrativa de primer nivel de un país



Fuente: base de datos EM-DAT.

8.3.3 Relación entre los desastres y el aumento de personas afectadas por la pandemia de COVID-19

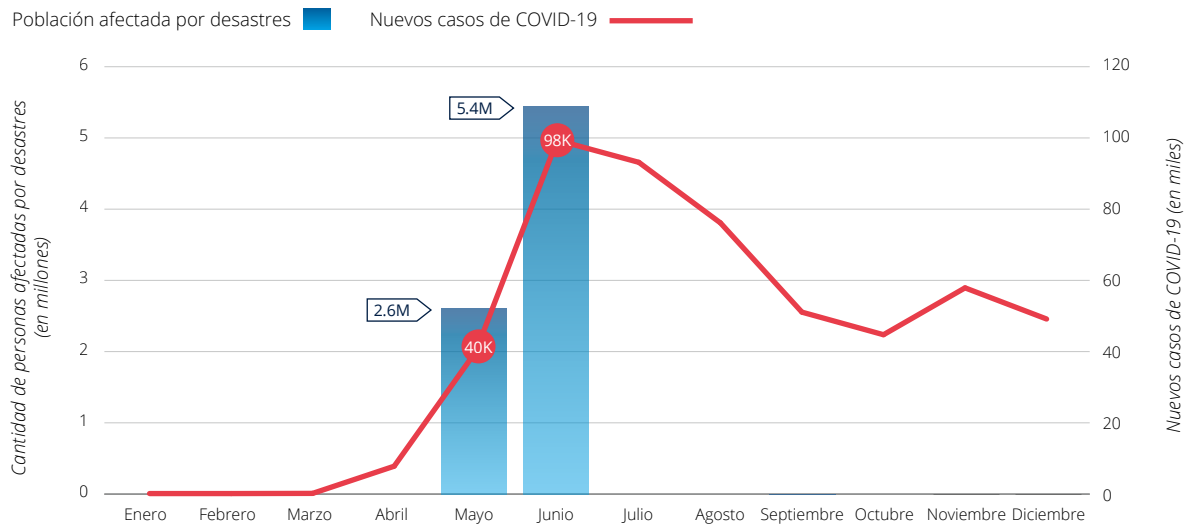
Existen pruebas de que, en ocasiones, los desastres exacerbaron la pandemia de COVID-19. La Federación Internacional ha identificado múltiples casos en los que la presencia de un desastre guarda relación con un aumento en la cantidad de personas afectadas por la COVID-19.

Uno de estos casos se observó en Bangladesh en 2020. En mayo de 2020, el ciclón Amphan, de categoría 5, azotó el país ([Ellis-Petersen y Ratcliffe, 2020](#)). También se produjeron graves inundaciones relacionadas con el monzón en junio de ese año ([Federación Internacional, 2021](#)). La cifra de casos de COVID-19 aumentó rápidamente durante este periodo, y alcanzó su punto álgido en junio antes de descender en otoño. (BBC News, 2021).

Un modelo similar se observó en India, donde los casos de COVID-19 se dispararon en mayo de 2021, cuando el país fue azotado por el ciclón Yaas ([BBC News, 2021](#)). Mientras tanto, en Bolivia el mismo modelo se repitió en dos ocasiones. En enero-febrero de 2021, las inundaciones coincidieron con un aumento de los casos de COVID-19. A una segunda inundación en diciembre de ese año le siguió un pico de casos de COVID-19 en enero de 2022 ([Dirección General de Protección Civil y Operaciones de Ayuda Humanitaria Europeas, 2021](#)). Las Maldivas y Túnez también siguieron una evolución similar.

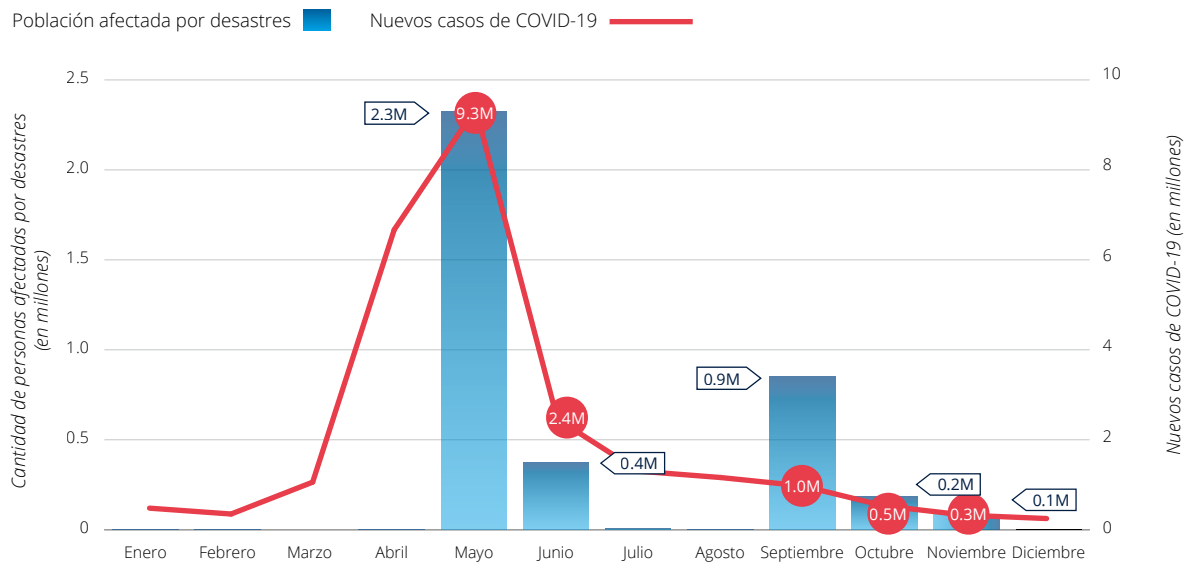
Por el contrario, la situación fue diferente en Tonga. La nación cerró sus fronteras a principios de 2020 para mantener alejado el coronavirus. Se vio azotada por el ciclón Harold el 6 de abril de 2020, que causó daños considerables, pero permaneció libre de COVID-19 durante todo ese año y el siguiente. Sin embargo, el 15 de enero de 2022 el volcán Hunga Tonga-Hunga Ha'apai entró en erupción explosiva, lo que provocó trastornos generalizados. El país abrió sus fronteras para permitir el acceso de la asistencia internacional, y en pocas semanas se produjo un rápido aumento de los casos de COVID-19 ([BBC News, 2022](#)).

Figura 8.23 – Los casos de COVID-19 se dispararon en Bangladesh en junio de 2020, cuando millones de personas se vieron afectadas por el ciclón Amphan en mayo y las inundaciones provocadas por el monzón en junio



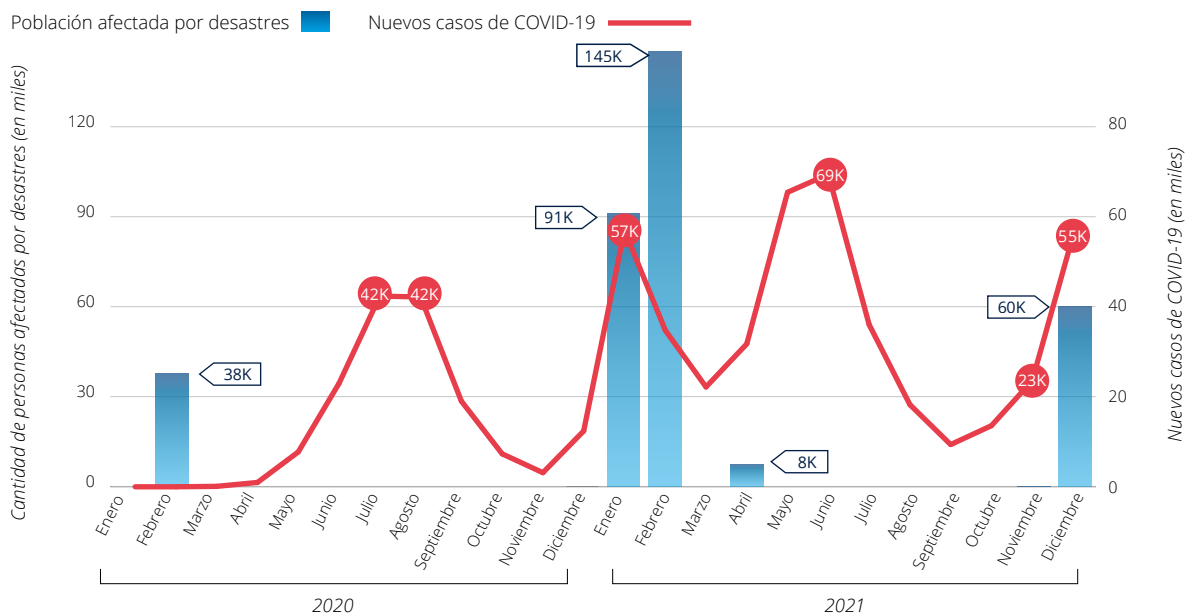
Fuentes: base de datos EM-DAT, OMS.

Figura 8.24 – Los casos de COVID-19 en India alcanzaron un pico cuando el país se vio afectado por el ciclón Yaas en mayo de 2021



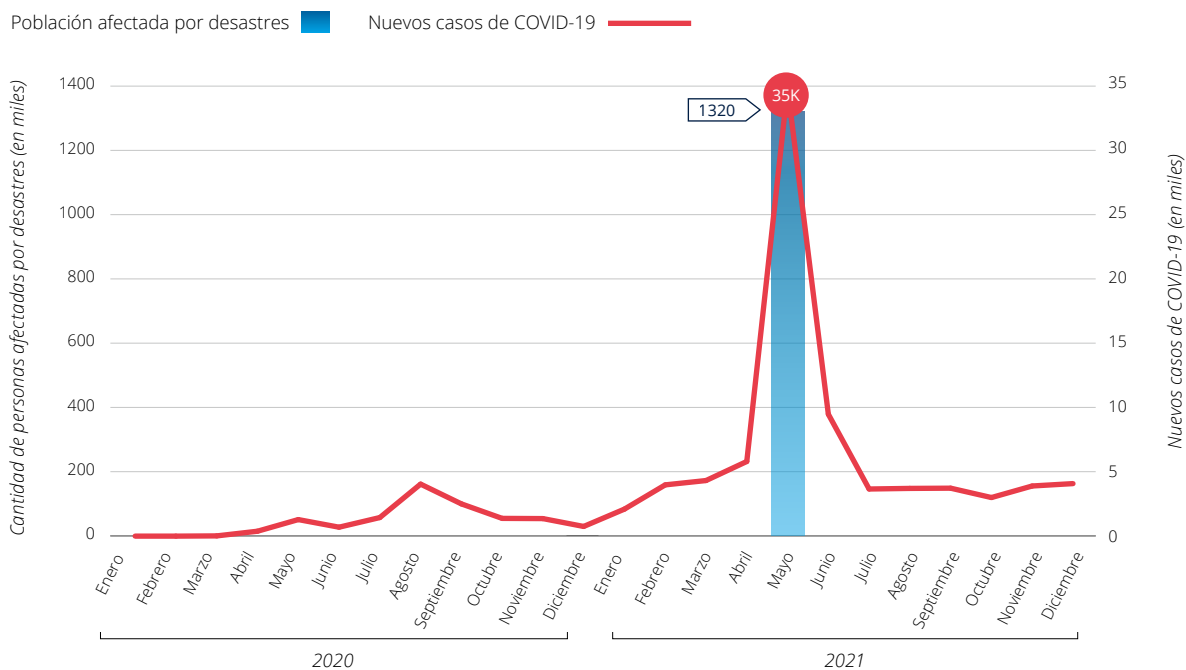
Fuentes: base de datos EM-DAT, OMS.

Figura 8.25: Repetidas inundaciones han afectado a Bolivia durante la pandemia de COVID-19, en algunos casos coincidentes con aumentos de casos de COVID-19



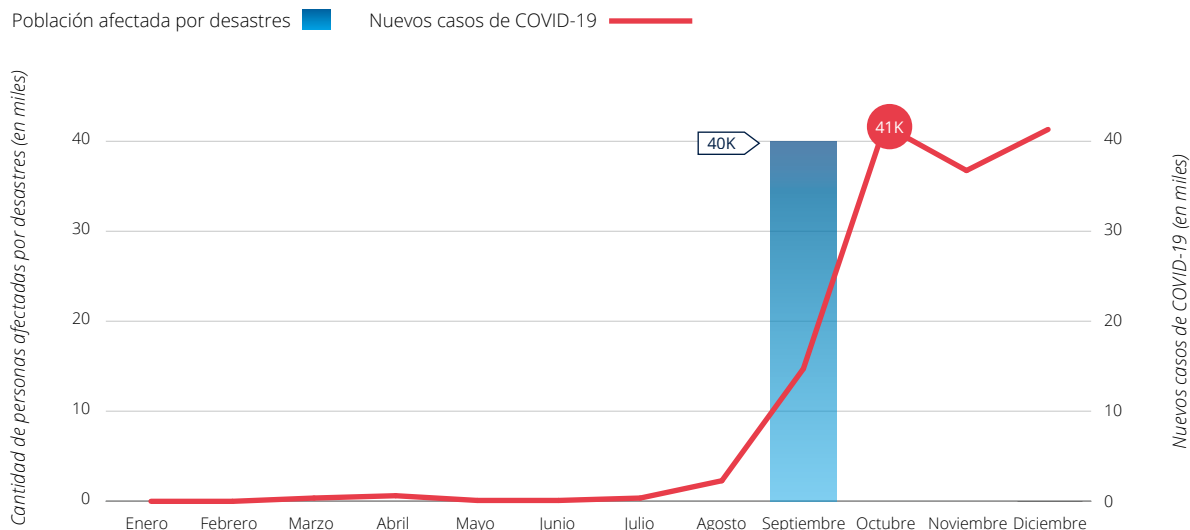
Fuentes: base de datos EM-DAT, OMS.

Figura 8.26: Las Maldivas registraron su único aumento de casos de COVID-19 tras el ciclón tropical Tauktae el 16 de mayo de 2021



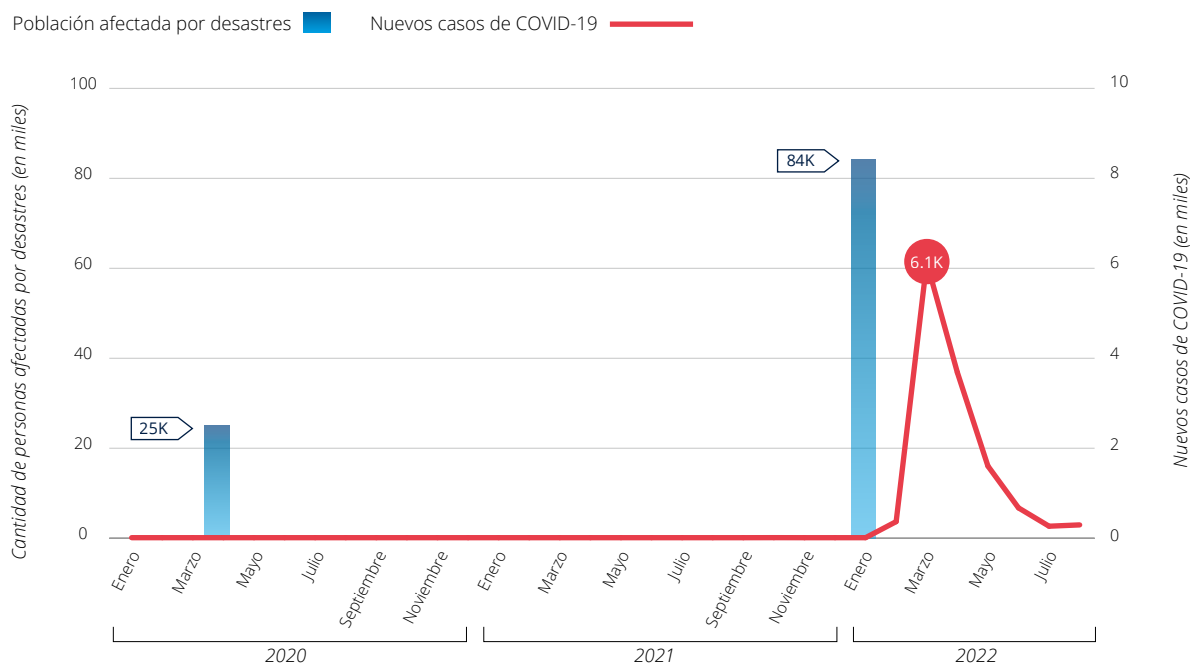
Fuentes: base de datos EM-DAT, OMS.

Figura 8.27 – Túnez solo registró un aumento significativo de casos de COVID-19 tras una inundación el 5 de septiembre de 2020



Fuentes: base de datos EM-DAT, OMS.

Figura 8.28 – Tonga permaneció libre de COVID-19 a lo largo de 2020 y 2021, hasta la llegada de personal de asistencia internacional tras la erupción de Hunga Tonga-Hunga Ha'apai en enero de 2022



Fuentes: base de datos EM-DAT, OMS.

CONCLUSIONES

La pandemia de COVID-19 sobresale como el desastre más grave que haya sufrido la humanidad en muchos decenios y, desde luego, en el siglo XXI. La cantidad de muertes causadas por COVID-19 desde 2020 supera en varios órdenes de magnitud a las víctimas mortales de otros desastres no relacionados con conflictos ocurridos en los últimos decenios.

No obstante, en paralelo a la pandemia de COVID-19 se han registrado otros desastres. En 2020-2021, Asia y el Pacífico fue la región más afectada en todas las dimensiones: cantidad de desastres, cantidad de personas afectadas y cantidad de víctimas mortales.

La pandemia de COVID-19 también forma parte de una tendencia general de peligros crecientes y desastres más frecuentes. En los últimos cinco decenios se ha registrado un aumento en la cantidad de desastres anuales que ocurren por año. La proporción de estos desastres causados por peligros climáticos y meteorológicos ha aumentado en los últimos decenios, según los registros de la base de datos EM-DAT. También ha aumentado la cantidad de brotes de enfermedades y epidemias en los últimos cuarenta (40) años, conforme se desprende de varios estudios. Este aumento no es perceptible en la información de EM-DAT, pero ello obedece a la limitada representación de los brotes de enfermedades en esta base de datos. En cambio, la cantidad de desastres causados por peligros geológicos se ha mantenido prácticamente constante.

Este aumento de los desastres climáticos y meteorológicos, así como de los brotes de enfermedades, supone que los desastres se solapan cada vez más en el tiempo y/o en el espacio, o se producen en rápida sucesión. En los últimos sesenta (60) años ha aumentado la cantidad de países que han sufrido dos o más desastres en el mismo año.

Cuando los desastres se solapan o se producen en rápida sucesión, pueden exacerbar sus efectos respectivos. Existen pruebas de que los desastres afectan a más personas si están precedidos de cerca por otro desastre, o si otro desastre ocurre al mismo tiempo en el mismo país y, en particular, si ocurre en la misma región administrativa de primer nivel. Del mismo modo, existen múltiples casos en los que los desastres desencadenados por peligros naturales parecen haber provocado picos en los casos de COVID-19.

La aleccionadora conclusión es que ahora vivimos en un mundo que se caracteriza por la multiplicidad de peligros, donde las comunidades se enfrentarán con frecuencia a múltiples amenazas, como brotes de enfermedades, inundaciones y olas de calor. Esto plantea un reto considerable en lo que atañe a la preparación.

Principales fuentes de datos en este capítulo

La información sobre peligros e incidencia fue recogida mayormente de la base de datos EM-DAT ([base de datos EM-DAT, sin fecha](#)). EM-DAT es la base de datos mundiales sobre emergencias elaborada por el Centro de Investigación sobre Epidemiología de los Desastres de la Universidad Católica de Lovaina. Recoge y compila información sobre desastres procedente de organismos de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales, compañías de seguros e institutos de investigación, así como datos secundarios de agencias de prensa. El uso de esta fuente de datos facilita la comparación de desastres mediante la misma metodología de recopilación de datos. La base de datos EM-DAT no incluye entre los desastres la guerra, el conflicto o la hambruna relacionada con el conflicto. Tampoco incluye datos sobre la pandemia de COVID-19.

Los datos demográficos de los países proceden de la base de datos del Banco Mundial, a través del indicador “población total” ([base de datos del Banco Mundial, sin fecha](#)). En todos los casos, se aplicaron los datos correspondientes a población en 2021. Los datos demográficos se utilizaron para calcular la proporción de personas afectadas.

Los niveles de ingresos de los países fueron recogidos del conjunto de datos del Banco Mundial sobre (ingresos) del grupo de préstamos “(*Lending Group (Income)*” ([base de datos del Banco Mundial, sin fecha](#)).

Las cifras relativas a la pandemia de COVID-19 proceden del cuadro analítico sobre coronavirus (COVID-19) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ([OMS, sin fecha](#)). El cuadro analítico presenta los recuentos oficiales diarios de casos de COVID-19, así como de muertes por la enfermedad y de dosis de vacunas contra la COVID-19, notificados por países, territorios y zonas.

Se debe interpretar con cautela todos los datos presentados. Cabe esperar que existan diferencias entre los productos de información publicados por la OMS, las autoridades nacionales de salud pública y otras fuentes que utilizan diferentes criterios de inclusión y distintos momentos de corte de los datos. Si bien se han adoptado medidas para garantizar la exactitud y la confiabilidad, todos los datos están sujetos a verificación y cambios continuos. Todos los recuentos están sujetos a variaciones en la detección de casos, las definiciones, las pruebas de laboratorio, la estrategia de vacunación y las estrategias de notificación.

BIBLIOGRAFÍA

Baker RE et al (2021) Infectious disease in an era of global change. *Nature Reviews Microbiology*, 20, pp. 193–205. <https://doi.org/10.1038/s41579-021-00639-z>

BBC News (2021) Cyclone Yaas: Severe storm lashes India and Bangladesh. <https://www.bbc.co.uk/news/world-asia-india-57237953>

BBC News (2022) Tonga enters Covid lockdown after aid delivered. <https://www.bbc.co.uk/news/world-asia-60210867>

COVID-19 Excess Mortality Collaborators (2022) Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020–21. *The Lancet*, 399(10334), pp. 1513–36. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02796-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02796-3)

ECPHAO (European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations) (2021) *ECHO Daily Flash*, 22 December 2021. <https://erccportal.jrc.ec.europa.eu/ECHO-Products/Echo-Flash#/daily-flash-archive/4379>

Ellis-Petersen H and Ratcliffe R (2020) *Super-cyclone Amphan hits coast of India and Bangladesh*. The Guardian, 20 May 2020. <https://www.theguardian.com/world/2020/may/20/super-cyclone-amphan-evacuations-in-india-and-bangladesh-slowed-by-virus>

Emerton R et al (2017) Complex picture for likelihood of ENSO-driven flood hazard. *Nature Communications*, 8, 14796. <https://doi.org/10.1038/ncomms14796>

EM-DAT (Emergency Events Database) (no date) Université catholique de Louvain (UCL) – Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED). <https://www.emdat.be/>

Formetta G and Feyen L (2019) Empirical evidence of declining global vulnerability to climate-related hazards. *Global Environmental Change*, 57, 101920. <https://doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2019.05.004>

Fragile States Index (no date) *Global Data*. <https://fragilestatesindex.org/global-data/>

IFRC (2020) *World Disasters Report 2020. Come Heat or High Water: Tackling the humanitarian impacts of the climate crisis together*. <https://www.ifrc.org/document/world-disasters-report-2020>

IFRC (2021) *Final report: Bangladesh: Monsoon floods (n° MDRBD025)*. <https://adore.ifrc.org/Download.aspx?FileId=409929>

IFRC GO (no date) *Global: COVID-19 pandemic*. <https://go.ifrc.org/emergencies/3972#details>

Irfan U (2022) *Why disasters are getting more severe but killing fewer people*. Vox. <https://www.vox.com/23150467/natural-disaster-climate-change-early-warning-hurricane-wildfire>

Najibi N and Devineni N (2018) Recent trends in the frequency and duration of global floods. *Earth System Dynamics*, 9, pp. 757–83. <https://doi.org/10.5194/esd-9-757-2018>

ReliefWeb (no date) *Niger: Cholera Outbreak - Aug 2021 (EP-2021-000130-NER)*. <https://reliefweb.int/disaster/ep-2021-000130-ner>

Smith KF et al (2014) Global rise in human infectious disease outbreaks. *Journal of the Royal Society Interface*, 11, 20140950. <http://doi.org/10.1098/rsif.2014.0950>

UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) (no date) *Small Island Developing States*. <https://en.unesco.org/sids/about#list>

USGS EHP (United States Geological Survey Earthquake Hazards Programme) (no date) *M 7.2 - Nippes, Haiti*. <https://earthquake.usgs.gov/earthquakes/eventpage/us6000f65h/executive>

WHO (World Health Organization) (2018) *Managing epidemics: Key facts about major deadly diseases*. <https://www.who.int/publications/i/item/managing-epidemics-key-facts-about-major-deadly-diseases>

WHO (World Health Organization) (2022) *The true death toll of COVID-19: Estimating global excess mortality*. <https://www.who.int/data/stories/the-true-death-toll-of-covid-19-estimating-global-excess-mortality>

WHO (World Health Organization) (no date) *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. <https://covid19.who.int/>

WMO (World Meteorological Organization) (2021) *WMO Atlas of Mortality and Economic Losses from Weather, Climate and Water Extremes (1970–2019) (WMO-No. 1267)*. https://library.wmo.int/index.php?lvl=notice_display&id=21930#.Y2Jl9oLP1fW

World Bank Databank (no date) *Population, total*. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL>

World Bank Data Help Desk (no date) *World Bank Country and Lending Groups*. <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>

METODOLOGÍA

Este informe se ha elaborado a partir de una recopilación documental de análisis científicos técnicos, documentos sobre políticas, informes institucionales, estudios de casos e investigaciones a todos los niveles. Entre las fuentes se incluyen: múltiples informes y estudios de casos de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (Federación Internacional) y de las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (Sociedades Nacionales); análisis de los principales agentes del ámbito sanitario, humanitario y del desarrollo, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), entre otros; e investigaciones académicas de ámbitos como la salud pública, la gestión del riesgo de desastres, el desarrollo y el humanitarismo. Las fuentes externas más destacadas se enumeran y describen de manera sucinta en la Introducción.

Las conclusiones de estas fuentes fueron corroboradas, actualizadas y situadas en su contexto mediante entrevistas a profesionales, miembros del personal y voluntarios que realizan sus actividades sobre el terreno. Se mantuvieron entrevistas con representantes, a menudo en grupos, de unidades especializadas de la Federación Internacional y de diversas Sociedades Nacionales.

Los documentos preliminares de los capítulos fueron revisados por especialistas y miembros del grupo de alta gestión de la Federación Internacional y representantes de las Sociedades Nacionales, así como también por revisores externos expertos.

Análisis de las donaciones de vacunas (capítulo 3)

Se efectuó una comparación de las donaciones de vacunas a países con diferentes niveles de ingresos. Los datos sobre donaciones de vacunas se obtuvieron del cuadro analítico sobre mercado de vacunas contra la COVID-19 (*COVID-19 Market Dashboard*) del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ([UNICEF, sin fecha](#)). Estos datos se combinaron con las categorías de ingresos del Banco Mundial para los países donantes y receptores ([centro de ayuda sobre datos del Banco Mundial \(World Bank Data Help Desk\), sin fecha](#)). Se agrupó a los donantes y a los beneficiarios en países de ingresos altos, medios y bajos, y se sumaron las dosis de cada grupo.

Mediante un segundo análisis, se compararon las necesidades de vacunas de los países beneficiarios con las dosis realmente recibidas. Para ello, se recurrió nuevamente a las categorías de ingresos publicadas por el Banco Mundial. Los datos sobre los cursos de vacunas suministrados como porcentaje de la población del país fueron recogidos de UNICEF ([UNICEF, sin fecha](#)). Esto se combinó con datos sobre la cantidad de dosis donadas y suministradas ([UNICEF, sin fecha](#)) y la población total de cada país en 2020 ([base de datos del Banco Mundial, sin fecha](#)). De este modo se obtuvo una proporción entre las dosis donadas y el porcentaje de población no vacunada y que, en consecuencia, necesitaba dosis de vacunas.

En un tercer análisis se evaluaron las tasas de vacunación por grupos de ingresos y se presentó la información en forma de gráfico y de mapa. Los datos se obtuvieron de la página de inicio sobre vacunación del proyecto sobre datos mundiales Our World in Data ([Our World in Data, sin fecha](#)). Se extrajeron las tasas de vacunación por fecha y por país; y se asignaron a cada país conforme a su grupo de ingresos.

Tendencias en la metodología de datos sobre desastres

EM-DAT es la base de datos internacional sobre desastres del Centro de Investigación sobre Epidemiología de los Desastres de la Universidad Católica de Lovaina. Recoge y compila información sobre desastres procedente de fuentes públicas, organismos de las Naciones Unidas, incluida la OMS, organizaciones no gubernamentales, compañías de seguros e institutos de investigación, así como datos secundarios de agencias de prensa. Para más información, véase la base de datos EM-DAT ([EM-DAT, sin fecha](#)).

Los datos de EM-DAT abarcan cuatro categorías generales de desastres, como se describe a continuación:

- **Fenómenos climáticos y meteorológicos**
 - » Fenómenos meteorológicos: tormentas tales como ciclones tropicales, tormentas extratropicales y tormentas convectivas (por ejemplo, tornados, mareas de tempestad, granizo, rayos, tormentas severas, derechos, tormentas de arena, tormentas invernales) y temperaturas extremas (olas de frío y olas de calor).
 - » Fenómenos hidrológicos: inundaciones tales como fluviales, pluviales o inundaciones repentinas, y deslizamientos de tierra y avalanchas relacionados con eventos hidrológicos.
 - » Fenómenos climatológicos: sequías e incendios forestales.
- **Fenómenos geofísicos:** terremotos, actividades volcánicas y deslizamientos de tierra relacionados con movimientos en masa.
- **Fenómenos biológicos:** epidemias (solo brotes de emergencia), plagas de insectos y accidentes relacionados con animales.
- **Fenómenos tecnológicos:** accidentes de transporte (aéreo, marítimo, ferroviario y por carretera), que también incluyen los accidentes de barcos de emigrantes y los accidentes industriales (incluidas las explosiones nucleares y la rotura de presas).

Para que un desastre quede registrado en la base de datos EM-DAT, debe cumplirse al menos uno de los siguientes criterios:

- Diez (10) o más **víctimas mortales**;
- Cien (100) o más personas **afectadas**;
- Declaración del **estado de emergencia**;
- Petición de **asistencia internacional**.

Los datos de EM-DAT utilizados en este informe se descargaron el 1 de septiembre de 2022.

Los datos de esta base presentan algunas limitaciones importantes, como se indica a continuación:

- **Daños:** la estimación de daños y de costos de los desastres no se recoge en gran medida en EM-DAT. La mayoría (setenta y ocho por ciento, 78 %) de los registros no contienen esta información.
- **Personas afectadas:** las estimaciones de la cantidad de personas afectadas y fallecidas a causa de desastres no se comunican de forma exhaustiva. Un tercio (treinta y tres por ciento, 33 %) de los registros no contiene la cantidad de personas afectadas, y el veintiuno por ciento (21 %) no registra la cantidad de muertes. También puede haber incoherencias en la clasificación de las personas afectadas. La definición de persona afectada de EM-DAT es la siguiente: “personas que requieren asistencia inmediata durante un periodo de emergencia, es decir, que tienen necesidades básicas de supervivencia como alimentos, agua, alojamiento, saneamiento y asistencia médica inmediata”. Sin embargo, pareciera ser que en algunos desastres se han utilizado definiciones más amplias. En consecuencia, se ha centrado la atención en la cifra de desastres y muertes, lo que deja menos margen para la interpretación.
- **Otra información sobre amenazas:** existe poca información sobre la intensidad (magnitud) de los desastres climáticos y meteorológicos. La mitad (cincuenta y tres por ciento, 53 %) de los fenómenos de temperaturas extremas, el cincuenta y ocho (58 %) de los incendios forestales, y el sesenta y cinco (65 %) de las inundaciones no incluyen información sobre su intensidad mensurable. Además, en el quince (15 %) de los registros se desconoce la duración exacta de los peligros. La disponibilidad de información precisa sobre la localización también es escasa: el noventa por ciento (90 %) de los registros no incluyen ubicaciones de GPS.
- **Conflicto:** la base EM-DAT no incluye la guerra, el conflicto o la hambruna relacionada con el conflicto como eventos de desastre.
- **COVID-19:** la base EM-DAT no incluye los datos de COVID-19.

Se debe prestar atención al calcular el número de acontecimientos o de países afectados mediante EM-DAT. Esto obedece a que los eventos de desastre se registran por país en la base de datos EM-DAT; en consecuencia, un único acontecimiento que afecte a varios países aparecerá varias veces. Para calcular el número de eventos independientes, se generó un identificador único basado en los siguientes campos disponibles en EM-DAT: “tipo de desastre”, “número secuencial” y “año”. A continuación, se agregaron las cifras totales de personas afectadas y fallecidas mediante este identificador único. Para validar estos eventos, los datos se cotejaron con la base de datos de desastres de la plataforma ReliefWeb ([ReliefWeb, sin fecha](#)).

Los eventos en los que se registraron diez (10) o más víctimas mortales y/o cien (100) o más personas afectadas fueron clasificados como eventos “significativos”. Los análisis presentados en los capítulos 2 y 3 se basan únicamente en los desastres clasificados como “significativos”.

Para comparar el efecto de los desastres según fueran concurrentes o no, se comparó el mismo tipo de desastre en la misma división administrativa de primer nivel de cada país. Esto permitió realizar comparaciones dentro de espacios geográficos, climas y entornos similares.

BIBLIOGRAFÍA

EM-DAT (Emergency Events Database) (no date) Université catholique de Louvain (UCL) – Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED). <https://www.emdat.be/>

Our World in Data (no date) *Coronavirus (COVID-19) vaccinations*. <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>

ReliefWeb (no date) *All Disasters*. <https://reliefweb.int/disasters>

UNICEF (United Nations Children’s Fund) (no date) *COVID-19 Market Dashboard*. <https://www.unicef.org/supply/covid-19-market-dashboard>

World Bank Databank (no date) *Population, total*. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL>

World Bank Data Help Desk (no date) *World Bank Country and Lending Groups*. <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>

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 (Federación Internacional) es la mayor red humanitaria del mundo, integrada por **ciento noventa y dos (192) Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (Sociedades Nacionales)** miembros y por alrededor de **16,5 millones de voluntarios**. Nuestros voluntarios están presentes en las comunidades antes y después de los desastres o crisis, así como durante estos. Trabajamos en los contextos de mayor complejidad y dificultad de acceso en todo el mundo, para salvar vidas y promover la dignidad humana. Prestamos apoyo a las comunidades en el fomento de su fortaleza y resiliencia, de manera que sean lugares donde las personas puedan gozar de una vida segura y saludable, y tengan oportunidades de prosperar