

Salud, Resiliencia y Seguridad Humana

Hacia la Salud Para Todos

Marcelo Korc, Susan Hubbard,
Tomoko Suzuki, y Masamine Jimba



SALUD, RESILIENCIA Y SEGURIDAD HUMANA: HACIA LA SALUD PARA TODOS

Marcelo Korc, Susan Hubbard,
Tomoko Suzuki, y Masamine Jimba



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Edición original en inglés:

Health, Resilience, and Human Security: Moving Toward Health for All
© 2016 Japan Center for International Exchange and the Pan American Health Organization
ISBN:978-4-88907-147-4

Derechos de autor © 2016 Centro de Japón para el Intercambio Internacional y la Organización Panamericana de la Salud
Impreso en los Estados Unidos.
ISBN: 978-4-88907-148-1

La edición en español fue realizada por la Organización Panamericana de la Salud.
Proyecto gráfico y diagramación por Patrick Ishiyama.
Fotografías de la cubierta por kovgabor/Shutterstock.com
Franco Volpato/Shutterstock.com, y Nguyen Anh TuanLa publicación está disponible en el sitio web de JCIE/EE.UU.
(www.jcie.org) y el sitio web de la OPS (www.paho.org).

Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, esta publicación deberán dirigirse a JCIE/EE.UU., 135 West 29th Street, Suite 303, New York, NY 10001 EE.UU., o al Departamento de Comunicaciones (CMU), Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, EE.UU. (www.paho.org/permissions).

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

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que el Centro de Japón para el Intercambio Internacional y/o la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

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

En cualquier reproducción de este trabajo no debería haber ninguna sugerencia de que JCIE/EE.UU. o la OPS o esta obra avalan a una organización, servicio o producto específico.

SALUD, RESILIENCIA Y SEGURIDAD HUMANA: HACIA LA SALUD PARA TODOS

Índice

Agradecimientos	5
Panorama	7
Evolución del mundo de la seguridad humana	9
Evolución del mundo de la salud	13
Salud y seguridad humana.....	15
Valor agregado de la seguridad humana en el campo de la salud	19
Aplicación de la seguridad humana a la salud.....	23
Mensajes clave	26
Estudios de caso	29
Apéndice	61
Notas	62
Acerca del Centro del Japón para el Intercambio Internacional	65
Acerca de la Organización Panamericana de la Salud	

Agradecimientos

Los autores desean agradecer a las personas que ayudaron a hacer posible este documento. En primer lugar, nos gustaría dar las gracias a los investigadores que compilaron los estudios de caso que se presentan en el documento por sus esfuerzos heroicos. Martha Cecilia Hajar Medina llevó a cabo la investigación en varios de los estudios de caso de las Américas. Los estudios de caso de África se basan en investigaciones realizadas por Lola Dare y sus colegas en el Centro de Formación, Investigación, y Desarrollo de Ciencias de la Salud (CHESTRAD). Bruno F. Sunguya, Akiko Kitamura, Mayumi Shimizu, Kumiko Takanashi, Syed Emdadul Haque, y Ariful Alam contribuyeron los estudios de caso de Asia. Sin sus aportes, este documento no habría sido posible.

También queremos expresar nuestro gran respeto, aprecio y gratitud a las personas que viven en las comunidades estudiadas y que tuvieron la amabilidad de tomarse el tiempo para compartir sus historias y experiencias con los investigadores.

Keizo Takemi y Yukio Takasu proporcionaron orientación general y retroalimentación a lo largo de todo el proceso de investigación y escritura, y les damos las gracias por su dedicación y estímulo. Mehrnaz Mostafavi también tomó parte en varias de las actividades del proyecto y proporcionó información sobre varios borradores del documento. También nos gustaría dar las gracias a los miembros del comité directivo del proyecto en Japón por compartir su experiencia, incluyendo Masaki Inaba, Sumie Ishii, Yasushi Katsuma, Hideo Kimura, Taro Yamamoto, y Motoyuki Yuasa. Nuestra gratitud también a Junko Sasaki, Miriam Were, Ritu Sadana, y sus colegas en el Ministerio de Asuntos Exteriores, la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), y el Centro Nacional para la Salud Global y Medicina, que proporcionaron valiosa información y retroalimentación.

Muchos expertos en salud mundial compartieron sus puntos de vista a través de talleres organizados en Dakar, Senegal, en 2011; Lima, Perú,

en 2012; y Tokio, Japón, en 2013. Nos gustaría dar las gracias a todos ellos por sus aportes y dedicación a la mejora de la comprensión de lo que un enfoque de seguridad humana significa y puede lograr. La Fundación Nippon fue generosa como anfitriona del taller en Tokio y como patrocinadora del viaje de un participante. JICA también contribuyó a los talleres mediante el patrocinio de viajes de varios de los participantes a Tokio, Dakar, y Lima. El Centro Africano de Estudios Superiores en Gestión también ayudó a organizar el taller de Senegal.

En el Centro de Japón para el Intercambio Internacional (JCIE), nos gustaría dar las gracias a Kana Yoshioka y Maya Wedemeyer por su apoyo en la elaboración de los estudios de caso y la organización de los eventos del proyecto. Kim Gould Ashizawa editó el informe con la ayuda de Serina Bellamy, y Pat Ishiyama diseñó el informe.

En la Organización Panamericana de la Salud (OPS), nos gustaría dar las gracias a Carlos Santos-Burgoa, ahora en la Universidad de George Washington, por iniciar la colaboración entre JCIE y la OPS en seguridad humana, Luis Augusto Galvão por su orientación y apoyo, Kirsten Brownstein por su ayuda en la organización de las reuniones e iniciar el proceso de investigación, y Francisca Flores, por su revisión técnica del documento en Español. También nos gustaría dar las gracias al personal de las oficinas de la OPS en Washington DC y Lima, Perú, que trabajaron fuertemente para organizar el taller en Lima en septiembre de 2012.

Por último, la inspiración original para este proyecto provino de Tadashi Yamamoto, presidente fundador de JCIE y uno de los primeros y principales proponentes en Japón del enfoque de la seguridad humana. Jugó un papel decisivo en el diseño del proyecto y participó en el primer taller del proyecto en Senegal en mayo de 2011. Tadashi falleció en abril de 2012, pero su espíritu sigue vivo en todos los que tuvimos la oportunidad de trabajar con él durante años.

Panorama

El año 2015 fue un hito importante en el mundo del desarrollo internacional y la salud mundial, con el vencimiento del plazo para los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y el lanzamiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Desde el punto de vista de la salud mundial, los ODM constituyeron un punto crítico, ya que tres de los ocho objetivos se centran explícitamente en la salud. Al abordar tres retos muy específicos y generalizados (salud del niño, salud materna y enfermedades transmisibles), estos objetivos atrajeron atención y recursos a los problemas, conduciendo a grandes mejoras en la salud de millones de personas en todo el mundo. Sin embargo, los ODM fueron objeto de críticas porque no abordaban las disparidades en los países en el progreso hacia su consecución y porque no tenían en cuenta las formas en que los desafíos que afrontaban se relacionaban entre sí o con otros retos que no estaban incluidos en la agenda.

La pregunta que muchos se hacen ahora es si el éxito de los ODM será duradero y se extenderá a todos los ciudadanos del mundo y si el éxito en estas áreas específicas llevará a un éxito más amplio. En otras palabras, ¿han ayudado los ODM a que las personas más vulnerables de nuestras sociedades tengan más resiliencia frente a los retos que afrontan diariamente? Solo el tiempo dirá.

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible ha tomado un enfoque más integral y ambicioso, con 17 objetivos, cada uno con varias metas. Aunque probablemente sea más difícil obtener apoyo y recursos para una agenda tan nebulosa, esta agenda trata de abordar las interconexiones entre los retos y promover explícitamente la equidad en el logro de las metas¹. La naturaleza integral de la nueva agenda y su énfasis en la equidad, a fin de que las personas más vulnerables de la sociedad tengan las mismas oportunidades para gozar del mismo nivel de medios, bienestar y dignidad que todos los demás, nos recuerda del concepto de la seguridad humana, que es el tema de esta guía. Si este enfoque se pone en práctica eficazmente, tiene el potencial para

crear comunidades con más resiliencia en todo el mundo.

La finalidad de este documento es explicar a los profesionales y técnicos en los campos del desarrollo y la salud en qué consiste un enfoque de la seguridad humana y mostrar cómo puede aplicarse a fin de encaminar a las personas y las comunidades hacia el logro de un ciclo virtuoso de buena salud, bienestar y resiliencia. En particular, en el documento se pone de relieve la forma en que el enfoque de la seguridad humana aborda los nexos entre diferentes fuentes de amenazas para la salud y asegura que las intervenciones sean integradas a fin de adquirir y mantener resiliencia en salud a nivel individual, comunitario e institucional como camino hacia la salud para todos mediante la cobertura universal de salud (CUS)². En el documento también se explica la forma en que la seguridad puede ayudar a plasmar los avances en la salud en mejoras del bienestar en mayor escala. En otras palabras, un énfasis en la seguridad humana puede ayudarnos a ir más allá de la supervivencia y abordar los medios de vida, el bienestar y la dignidad. Los responsables de la política y de la dotación de fondos se beneficiarán de una comprensión más clara no solo del valor agregado de la seguridad humana para las preocupaciones en el ámbito de la salud, sino también de las oportunidades para integrar los principios de la seguridad humana en las iniciativas de salud nuevas o en curso.

Este documento también permitirá a los profesionales y técnicos en salud y desarrollo hacer el mejor uso posible del enfoque de la seguridad humana en sus actividades. La mayoría de los profesionales en los campos de la salud pública y el desarrollo conocen uno o más aspectos del enfoque y probablemente estén utilizándolos, pero en general están poco familiarizados con el panorama completo, de manera que no están adoptando conscientemente el enfoque de una manera integral. En otras palabras, los componentes de los enfoques de la seguridad humana no son nuevos y muchos de ellos se encuentran en programas de salud. De hecho, en la investigación realizada durante la preparación de este

informe se observó que muchas intervenciones de salud incluyen componentes del enfoque de la seguridad humana aunque no usen necesariamente el término “seguridad humana” o ni siquiera conecten los componentes con el enfoque. Esperamos que este documento pueda usarse para acelerar el proceso de integración de los componentes de la seguridad humana en actividades nuevas y en curso al ofrecer a los lectores la posibilidad de aprender de la experiencia de las personas con experiencia en el terreno, acelerando de esta forma el progreso hacia una vida sin privaciones, sin temores y con dignidad para todos.

Este documento comienza con un panorama breve de la evolución de la seguridad humana y los principios rectores fundamentales en la materia. Después se describen tendencias recientes en el campo de la salud mundial, seguidas de un análisis del nexo entre la salud y la seguridad humana y la introducción de la idea de la resiliencia como meta clave de la seguridad

humana. En las secciones siguientes se aborda el valor agregado de la seguridad humana en el campo de la salud y se exploran situaciones que podrían beneficiarse de un enfoque de la seguridad humana. Por último, se presentan ejemplos concretos de enfoques de la seguridad humana basados en estudios de casos de actividades en el campo de la seguridad humana en África, América Latina y Asia. La mayoría de los casos descritos en la última parte fueron analizados por personas con experiencia que realizaron investigaciones en sus regiones de origen específicamente para este proyecto entre el 2011 y el 2014. Se incluyen asimismo varios proyectos patrocinados por el Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad Humana, con descripciones basadas en los resúmenes de proyectos preparados por el Fondo y en investigaciones anteriores sobre la seguridad humana realizadas por el Centro del Japón para el Intercambio Internacional (JCIE, por sus siglas en inglés).

Evolución del mundo de la seguridad humana

De acuerdo con la definición formulada en el 2003 por la Comisión de Seguridad Humana, la seguridad humana consiste en proteger la esencia vital de todas las vidas humanas de forma que se realcen las libertades humanas y la plena realización del ser humano.³ Más recientemente, en el 2012, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó una resolución sobre un concepto común de la seguridad humana (véase el recuadro 1)

Basándose en el trabajo de la Comisión y en su propia investigación posterior, el JCIE y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han señalado los siete principios siguientes que son fundamentales para la seguridad humana:

1. Abordar los nexos entre una vida sin temor, sin privaciones y con dignidad.
2. Prestar atención a las formas en que la gente experimenta vulnerabilidad en la vida cotidiana y reconocer que diferentes amenazas se exacerban mutuamente y por lo tanto deben abordarse de manera integral.
3. Fomentar la participación de los grupos más vulnerables de la población⁴ en todas las etapas de los programas a fin de abordar sus vulnerabilidades, desde la evaluación de sus necesidades hasta la formulación y ejecución de las fases de seguimiento y evaluación de las actividades.
4. Comprender el contexto propio del lugar y asegurarse de que se lo tome en cuenta en todas las decisiones e intervenciones.
5. Incluir a todos los sectores y agentes pertinentes en los procesos de planificación, adopción de decisiones y ejecución.
6. Centrarse en la prevención en la medida de lo posible.
7. Crear sinergias entre medidas de protección y de empoderamiento.

La seguridad humana puede desempeñar tres funciones (véase la figura 1). Primero, puede usarse como una filosofía fundamental adoptada tanto por los líderes políticos como por los ciudadanos para priorizar la mejora de la condición humana (una vida sin temor, sin privaciones y con dignidad) y la realización del ser humano en

todas las políticas del gobierno. Segundo, puede servir de concepto para la formulación de políticas que proporciona orientación concreta a los responsables de la política a nivel gubernamental e institucional en la elaboración de políticas que den a cada persona la posibilidad de aprovechar oportunidades y tomar decisiones para realizar su propio potencial. Por último, la seguridad humana puede ser una herramienta para guiar la programación diaria de los profesionales en el terreno a fin de reducir las fuentes de vulnerabilidad que enfrentan las personas, las comunidades y las instituciones, mitigar el impacto de las

Recuadro 1. Evolución de la definición de seguridad humana en las Naciones Unidas

El Documento Final de la Cumbre Mundial de 2005 contenía el siguiente párrafo sobre la seguridad humana, que representó el primer compromiso oficial de las Naciones Unidas de explorar el tema:

Subrayamos el derecho de las personas a vivir en libertad y con dignidad, libres de la pobreza y la desesperación. Reconocemos que todas las personas, en particular las que son vulnerables, tienen derecho a vivir libres del temor y las privaciones, a disponer de iguales oportunidades para disfrutar de todos sus derechos y a desarrollar plenamente su potencial humano. Con este fin, nos comprometemos a examinar y definir el concepto de la seguridad humana en la Asamblea General.

Como complemento de ese párrafo, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó una resolución* en el 2012 en la cual se define más claramente el enfoque de la seguridad humana. Esta resolución:

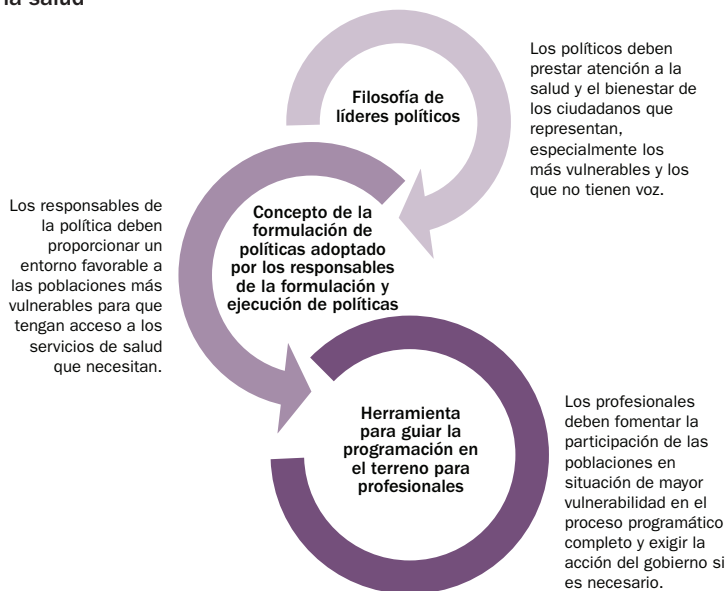
- reconoce que todos tienen derecho a vivir sin temor, sin privaciones y con dignidad;
- abarca los principios del carácter central de las personas y las comunidades, el análisis integral y contextualizado de las amenazas y la ejecución de respuestas, la prevención, y la sinergia entre la protección y el empoderamiento;
- reconoce las formas complejas en que la paz, el desarrollo y los derechos humanos están interrelacionados; y
- respeta el sentido de pertenencia nacional y la responsabilidad de los gobiernos nacionales.

* Véase en el apéndice el texto completo de la resolución 66/290 de las Naciones Unidas sobre la seguridad humana.

amenazas para su vida, sus medios de vida y su dignidad, y adquirir resiliencia para hacer frente a amenazas futuras.

Aunque en esta sección se describen brevemente las tres funciones, en este documento se examina la utilidad de la seguridad humana como enfoque para guiar la formulación de políticas de salud y la programación en la práctica. Es decir, en este documento se examinan las dos últimas funciones de la seguridad humana, como concepto para la formulación de políticas y como herramienta para guiar la programación, y se proporcionan sugerencias para integrar la seguridad humana en las iniciativas de salud actuales.

Figura 1: Las funciones de la seguridad humana en el campo de la salud



La seguridad humana como filosofía política

Han transcurrido 20 años desde la introducción de la seguridad humana en el “Informe sobre el desarrollo humano 1994” del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)⁵. Desde entonces, en diversas evaluaciones se ha tratado de examinar el desarrollo de la seguridad humana y de determinar dónde se encuadra entre muchos otros enfoques⁶. Para algunos, la seguridad humana se sitúa en un momento particular de la formulación de políticas a nivel mundial: los años noventa y principios del siglo XXI. En ciertos círculos incluso podría considerarse como un concepto que ya no está en boga. Sin embargo, persiste el ímpetu creado a su alrededor, por lo menos en las Naciones Unidas.

Durante la elaboración de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, algunos han

argumentado a favor de adoptar la seguridad humana como principio orientador fundamental de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. El Instituto de Estudios sobre el Desarrollo, del Reino Unido, señaló que la adopción de un marco de la seguridad humana mejoraría la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible al reconocer las interacciones entre diferentes amenazas, promover un pensamiento más interdisciplinario, abordar las desigualdades en los países, crear más nexos entre la gente y su gobierno y trascender las fronteras de todos los tipos⁷.

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible hace mucho hincapié en la inclusión y en los aspectos sociales, económicos y ambientales de la sostenibilidad. La seguridad humana no es parte explícita de la agenda, pero podría ser un principio orientador útil ya que considera las causas fundamentales de la vulnerabilidad a lo largo de todo el curso de vida y promueve el cambio estructural al integrar el empoderamiento y la protección.

La comunidad mundial reconoce que el marco de los ODM ha ayudado a galvanizar esfuerzos de desarrollo a nivel mundial y nacional; sin embargo, el progreso es desigual dentro de los países y las regiones y entre ellos⁸. Eso pone de relieve la importancia de priorizar la inclusión y prestar más atención a problemas estructurales. En el campo de la salud, que representa directamente tres de los ocho ODM e indirectamente los otros cinco como determinantes de la salud, se han producido muchas transiciones epidemiológicas y demográficas desde el 2000, de modo que es necesario abordar el problema de los sistemas de salud débiles y retos nuevos tales como la carga creciente de enfermedades no transmisibles, al mismo tiempo que se aceleran las actividades para alcanzar los objetivos pendientes. Al mismo tiempo, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible no se ha limitado a la agenda de los ODM sino que ahora está integrando aspectos económicos, sociales y ambientales como elementos esenciales e interconectados en la acción para alcanzar el desarrollo sostenible en todas sus dimensiones⁹.

El Equipo de Tareas del Sistema de las Naciones Unidas sobre la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015 sugirió tres valores fundamentales para la próxima agenda mundial para el desarrollo – derechos humanos, igualdad, y sostenibilidad – e identificó cuatro dimensiones claves para su progreso: el desarrollo social incluyente, el desarrollo económico incluyente, la sostenibilidad ambiental, y la paz y seguridad.¹⁰ En forma similar, la síntesis del informe del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la agenda para el desarrollo después del

2015 propuso seis elementos esenciales para ayudar a marcar y reforzar la naturaleza universal, integrada, y transformadora de la agenda para el desarrollo sostenible y para asegurar que la ambición expresada por los Estados Miembros es entregada al nivel del país (véase la figura 2).

La seguridad humana puede servir de marco fundamental para llevar a cabo esta agenda sobre la base de las esferas de importancia crítica y prácticas para el desarrollo antedichas. El énfasis en enfoques integrales que tienen en cuenta la naturaleza interconectada de las amenazas ayudará a unar los diversos valores y dimensiones. El énfasis en el carácter central de las personas ayudará a definir lo que cada uno de estos valores y dimensiones significa a nivel de la comunidad y a asegurar que las poblaciones más vulnerables de nuestras sociedades no queden rezagadas. El énfasis de la seguridad humana en la prevención será esencial para lograr resultados sostenibles en las cuatro dimensiones clave: el desarrollo social, el desarrollo económico, el medio ambiente y la paz y seguridad. El énfasis en la integración de la protección y el empoderamiento ayudará en particular a alcanzar la sostenibilidad y construir instituciones eficaces, abiertas y responsables. La seguridad humana puede ser una meta y principio común para los interesados directos en diversos sectores y en diversos niveles (comunitario, subnacional, nacional, regional y mundial) para facilitar la colaboración entre ellos haciendo hincapié en la inclusión.

Varios países han adoptado la seguridad humana también como parte de su filosofía política a nivel nacional. El primer ministro Keizo Obuchi, de Japón, se refirió a la seguridad humana por primera vez por su nombre cuando dijo: “Con la seguridad humana en mente, hemos proporcionado, como uno de los pilares más importantes de nuestro apoyo, asistencia a los pobres, los ancianos, los discapacitados, las mujeres, los niños y otros segmentos socialmente vulnerables de la población para los cuales las dificultades económicas constituyen la carga más pesada”¹¹. Desde entonces, sucesivos líderes japoneses han seguido utilizando esta filosofía política en su política exterior. En el contexto interno, Shinzo Abe y otros primeros ministros a menudo han recurrido a la retórica, proclamando la importancia de brindar asistencia pública y mutua a los sectores vulnerables, recalando al mismo tiempo la autoayuda y la autosuficiencia¹². De varias maneras, la seguridad humana encaja naturalmente en Japón, donde a menudo se la considera como un principio orientador para el enfoque pacifista del país en un entorno mundial de cambios constantes.

Figura 2. Las seis esferas de importancia crítica para la ejecución de la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015



Fuente: Asamblea General de las Naciones Unidas, *El camino hacia la dignidad para 2030: acabar con la pobreza y transformar vidas protegiendo el planeta* (informe de síntesis del Secretario General sobre la agenda de desarrollo sostenible después de 2015 [A/69/700], 2014), http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/69/700&Lang=S

La seguridad humana como concepto para la formulación de políticas

Algunos países y organizaciones intergubernamentales han adoptado la seguridad humana como concepto para la formulación de políticas, a fin de orientar tanto su acción dentro del país como su política exterior. En el 2010, la OPS se convirtió en la primera organización multilateral internacional en la cual su cuerpo directivo emitió un mandato para instar a los Estados Miembros a que consideraran cómo podían integrar el concepto de la seguridad humana en sus planes nacionales de salud¹³. En el 2012, la OPS compiló un documento técnico de referencia para facilitar el diálogo sobre la estrecha relación entre la salud y la seguridad humana¹⁴. Este documento fue un peldaño en el camino de las políticas sanitarias y las intervenciones orientadas a lograr que las personas y las comunidades vivan sin temor, sin privaciones y con dignidad.

El Salvador adoptó el enfoque de la seguridad humana como concepto para la formulación de políticas a fin de reducir la proliferación de armas de fuego, en parte como resultado de un proyecto en el Departamento de Sonsonate apoyado por el Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad Humana. Ecuador posteriormente adoptó la seguridad humana como filosofía política en su Constitución del

2008. Perú adoptó el enfoque de la seguridad humana en el desarrollo de sistemas locales de alerta anticipada de fenómenos súbitos, tanto naturales con antrópicos, como resultado de un proyecto financiado por Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad Humana en la región andina¹⁵.

La Unión Africana ha reconocido explícitamente la importancia de adoptar un marco de la seguridad humana para que los países de la región alcancen los ODM y otros objetivos futuros, y el Foro de las Islas del Pacífico incluso adoptó el Marco de Seguridad Humana para el Pacífico 2012-2015¹⁶. De manera análoga, como se señaló anteriormente, el Gobierno de Japón se ha mantenido firme en su apoyo a la seguridad humana a pesar de los cambios frecuentes de dirigentes políticos en el país¹⁷. En el 2003 incorporó la seguridad humana en su carta de asistencia oficial para el desarrollo, tras reconocer que la complejidad de los retos en el terreno requiere un enfoque integral, que se necesita un marco que vincule la paz y el desarrollo, y que la paz y el desarrollo en el mundo son posibles solo cuando las necesidades de los pueblos están satisfechas en todas partes¹⁸. Este concepto se mantuvo en la carta en la revisión del 2014.

Aunque muchos países, en particular Mongolia y Tailandia, han incorporado la frase “seguridad humana” en leyes, planes nacionales y estructuras administrativas, otros han adoptado los principios de la seguridad humana sin llamarlos necesariamente por nombre. Por ejemplo, Kenya ha hecho de la protección y el empoderamiento pilares centrales de su Visión 2030 y Lituania ha ampliado su estrategia de seguridad nacional para abarcar las tres condiciones esenciales. El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 de México es un plan integral y multisectorial que reconoce tanto las interconexiones entre diversas amenazas como la importancia vital de un énfasis en la prevención y en el aprovechamiento de la capacidad y los recursos locales¹⁹.

Una de las razones por las cuales la seguridad humana ha sobrevivido en el discurso de la política mundial posiblemente sea su énfasis

igual en las tres libertades esenciales: libertad para vivir sin temor, libertad para vivir sin privaciones y libertad para vivir con dignidad, así como el énfasis en la superación de una trama a menudo compleja de amenazas múltiples que enfrentan personas y comunidades, especialmente las poblaciones más vulnerables de nuestras sociedades.

La seguridad humana como herramienta para la programación

A pesar de este impulso al nivel mundial, los esfuerzos para reducir la brecha entre el concepto y su puesta en práctica son todavía relativamente nuevos e insuficientes. Una excepción notable es el Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad Humana, que ha proporcionado financiamiento desde 1999 a organismos de las Naciones Unidas y a sus asociados para proyectos que adopten explícitamente el enfoque de la seguridad humana. Con este financiamiento, el Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad Humana permite realizar una experimentación útil en el terreno con enfoque de la seguridad humana, al financiar proyectos que procuran reducir las amenazas para la supervivencia, los medios de vida y la dignidad de las comunidades vulnerables, integrar los enfoques de protección de arriba hacia abajo con enfoques de empoderamiento de abajo hacia arriba, promover las alianzas de sectores y organismos, y concentrarse en los recursos individuales y comunitarios y en las necesidades insatisfechas²⁰. En consonancia con el énfasis que pone en la seguridad humana en su política exterior, en el 2003 el Gobierno de Japón agregó una partida para “subvenciones para proyectos populares de seguridad humana” en su presupuesto para la asistencia oficial para el desarrollo. Estas subvenciones están dirigidas a organizaciones sin fines de lucro que llevan a cabo proyectos de desarrollo a nivel comunitario, principalmente con el fin de atender necesidades humanas básicas. Los adjudicatarios son ONG, autoridades públicas locales, instituciones de enseñanza y entidades médicas.

Evolución del mundo de la salud

El significado de salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la buena salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”²¹. En el 2011, Machteld Huber et al. propusieron cambiar esta definición a fin de recalcar “la capacidad de adaptarse y valerse por sí mismo para afrontar retos sociales, físicos y emocionales”, llevando la cuestión de la resiliencia directamente al campo de la salud²².

La salud es un concepto positivo que pone de relieve los recursos personales y sociales y la capacidad física. En 1946, los Estados Miembros de la OMS llegaron a un acuerdo sobre un principio internacional fundamental: “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”²³. En 1968, la 59.ª sesión del Comité Ejecutivo de la OPS comenzó a analizar la relación entre la salud y los instrumentos internacionales de derechos humanos en el contexto de la cooperación técnica que la OPS proporciona a sus Estados Miembros²⁴. En el 2007, los ministros y secretarios de salud de las Américas subrayaron su compromiso con el principio internacional antedicho en la Agenda de Salud para las Américas (2008-2017). De esta forma, colocaron los derechos humanos entre los principios y valores de este instrumento y reconfirmaron la importancia de asegurar el grado máximo de salud que se pueda lograr al declarar: “Con el propósito de hacer realidad este derecho, los países deben procurar el logro de la universalidad, accesibilidad, integralidad, calidad e inclusividad en los sistemas de salud dispuestos para individuos, familias y comunidades”²⁵. En el 2010, el 50.º Consejo Directivo de la OPS decidió trabajar para mejorar el acceso a la atención de salud para los grupos vulnerables, promoviendo y vigilando el cumplimiento de los tratados y las normas internacionales de derechos humanos²⁶.

La cobertura universal de salud para lograr una salud para todos inclusiva y sostenible

Desde la Declaración de Alma-Ata de 1978, los países han expresado la necesidad de una acción

urgente de todos los gobiernos, de todos los trabajadores en los campos de la salud y el desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo. Recientemente, el concepto de la Cobertura Universal de Salud (CUS) ha venido cobrando impulso en todo el mundo²⁷. (A efectos del presente documento, la CUS implica tanto el acceso

Recuadro 2. ¿Qué es el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud?

El acceso es la capacidad de las personas para usar servicios de salud integrales, apropiados, oportunos y de buena calidad cuando los necesiten. Esto requiere intervenciones apropiadas desde el punto de vista cultural, étnico y lingüístico. También requiere tener en cuenta las diferencias en las necesidades según el género, la etnicidad y otras características, a fin de promover la salud, prevenir las enfermedades y ofrecer la atención necesaria a corto, mediano y largo plazo.

El acceso universal es la ausencia de barreras geográficas, económicas, socioculturales, institucionales y de género. Se logra mediante la eliminación progresiva de las barreras que impiden que todos puedan usar de manera equitativa un conjunto integral de servicios de salud.

La cobertura de salud es la capacidad del sistema de salud para atender las necesidades de la población. Abarca la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluidos los medicamentos) y recursos financieros. La cobertura universal de salud (CUS) implica que los mecanismos institucionales y el financiamiento son suficientes para cubrir a toda la población. La cobertura universal en sí no es suficiente para garantizar una buena salud para todos, pero sienta las bases. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y comunidades tienen acceso, sin discriminación, a servicios de salud y medicamentos integrales, apropiados, oportunos y de buena calidad que respondan a sus necesidades, asegurando al mismo tiempo que el uso de tales servicios no exponga a los usuarios, especialmente las poblaciones en situaciones de vulnerabilidad, a dificultades económicas. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requieren la formulación y ejecución de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y promover un compromiso de toda la sociedad con el fomento de la salud y el bienestar.

Fuente: OPS, “Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud”, 2014.

universal a la salud como la cobertura universal de salud tal como se definen en el recuadro 2.) En efecto, en el 2014, los Estados Miembros de la OPS adoptaron por consenso la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud²⁸. En la estrategia se señala explícitamente no solo la capacidad de un sistema de salud para atender las necesidades de todas las personas, sino también la ausencia de barreras geográficas, económicas, socioculturales, institucionales o de género. Cabe destacar que, desde hace mucho tiempo, varios países miembros de la OPS también han sido proponentes de la seguridad humana, entre ellos Costa Rica, Chile, Ecuador y Panamá.

Independientemente de su nivel de desarrollo, las naciones de todo el mundo están reconociendo en medida creciente que la CUS es un peldaño importante e incluso indispensable en el camino hacia un futuro más viable y sostenible. De hecho, Japón ha adoptado la CUS como elemento fundamental de su nueva estrategia mundial de diplomacia sanitaria, debido en parte a su propia experiencia con el logro de la CUS en 1961 y los beneficios que este logro trajo aparejados para Japón como país que en esa época todavía estaba en desarrollo²⁹. La CUS consiste en la posibilidad de que los ciudadanos tengan acceso a servicios de salud, independientemente de su posición social o económica y sin riesgo de atravesar dificultades económicas. Por otro lado, la CUS es un motor del desarrollo social y económico porque las personas más sanas alcanzan niveles más altos de productividad y emprendimiento y tienen un mejor rendimiento educativo. De esta forma, la CUS es en sí un reconocimiento de la salud como elemento clave del bienestar humano y del desarrollo social y económico sostenido³⁰.

Aunque la CUS no es un concepto nuevo, ha vuelto a reconsiderarse recientemente en países que están tratando de que sus sistemas de salud estén más integrados y centrados en la persona y sean más sostenibles. La CUS requiere un enfoque tanto técnico como político de la atención de salud equitativa. Técnicamente, debe tratar de ofrecer acceso a servicios eficaces y adecuados para responder a todas las amenazas para la salud en todas las dimensiones de la atención de salud: preventiva, de promoción, curativa, de rehabilitación y paliativa. Políticamente, la CUS requiere políticas, planes y programas de salud equitativos y eficaces que respeten las necesidades diferenciadas de la población. La **equidad en salud** es la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, el acceso a servicios de salud integrales y oportunos de buena calidad, los copagos y el acceso a espacios saludables. El género, la orientación sexual, la discapacidad, la etnicidad,

la edad y la posición económica y social son determinantes sociales específicos que tienen efectos positivos o negativos en las inequidades en materia de salud³¹.

Aunque el camino hacia la CUS está sembrado de retos, ha resultado ser un derrotero viable para alcanzar la justicia social y erradicar las inequidades que dan lugar a resultados en materia de salud diferenciados entre poblaciones³². Su factibilidad depende del compromiso firme y concertado de una amplia gama de agentes y sectores y, de hecho, exige un compromiso de este tipo³³, ya que la CUS se enfrenta con varios problemas en su ejecución: 1) los servicios no siempre son apropiados desde el punto de vista cultural o lingüístico; 2) los sistemas de salud suelen estar fragmentados, con poca comunicación o colaboración entre diferentes partes del sistema; 3) los sistemas no suelen estar estructurados para responder a diferentes necesidades de salud de diferentes comunidades y personas de las comunidades; 4) hay grandes desequilibrios y brechas en la disponibilidad, la distribución, la composición, la competencia y la productividad de los recursos humanos para la salud, en particular en el primer nivel de la atención; 5) el acceso y el uso racional de medicamentos seguros, eficaces, de buena calidad, así como de otras tecnologías de la salud, son limitados; 6) el financiamiento es insuficiente y los recursos a menudo se usan de manera ineficiente; y 7) hay poca coordinación efectiva con otros sectores, en parte debido a la poca capacidad de liderazgo para llevar a cabo iniciativas intersectoriales que aborden los determinantes sociales de la salud³⁴.

No obstante, a pesar de los muchos retos para la CUS, hay ejemplos alentadores en los países de ingresos bajos y medianos que muestran que el logro de la cobertura universal es posible y no es una prerrogativa exclusiva de los países de ingresos altos. Por ejemplo, en el marco del Programa de Colaboración entre el Japón y el Grupo del Banco Mundial para la Cobertura Universal de la Salud, se analizaron 11 países de ingresos bajos, medianos y altos que han asumido un compromiso con la CUS como aspiración nacional clave. No todos los países incluidos en el estudio (Bangladesh, Brasil, Etiopía, Francia, Ghana, Indonesia, Japón, Perú, Tailandia, Turquía y Viet Nam) han alcanzado plenamente la cobertura universal de salud, pero están encarándola de diferentes maneras y se encuentran en puntos diferentes del camino para alcanzarla o mantenerla: algunos están buscando y probando nuevas formas de ampliar la cobertura, mientras que otros están implantando sistemas nuevos y utilizándolos para obtener el apoyo del público y de los dirigentes políticos o están manteniendo sistemas maduros de CUS³⁵.

Equidad en salud:

La ausencia de diferencias evitables en el estado de salud, en el acceso a servicios de salud integrales y oportunos de alta calidad, en los copagos y en el acceso a espacios saludables.

Salud y seguridad humana

Retos para la seguridad que se extienden a otros ámbitos

Encuadrar la salud como tema de seguridad no es nada nuevo. Primero se incluyó en la Declaración de Alma-Ata en la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud (APS) en 1978: “La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial”³⁶. También se incorporó, como una de las dimensiones clave de la seguridad humana, en el Informe sobre el desarrollo humano 1994, obra seminal del PNUD³⁷. En el 2000, el entonces vicepresidente de Estados Unidos, Al Gore, planteó en la escena política mundial la idea de que los retos para la salud son retos para la seguridad cuando habló apasionadamente ante el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas acerca del costo del sida³⁸. Desde entonces, la estrecha relación entre la salud y la seguridad de las naciones ha adquirido un mayor reconocimiento, en particular en el caso de las pandemias, que hacen caso omiso de las fronteras nacionales y pueden devastar sociedades enteras cuando se propagan cepas virulentas.

Los retos para la salud amenazan no solo a naciones y sociedades, sino también a personas y comunidades. No afrontar los desafíos para la salud oportunamente puede amenazar la seguridad de los pueblos, los derechos humanos y las libertades fundamentales, así como su capacidad para llevar una vida productiva y plena con dignidad. Las amenazas en gran escala para la salud pueden tener repercusiones en las sociedades que no están bien preparadas para hacerles frente, llevando a veces a una inestabilidad social generalizada. La infección por el VIH, por ejemplo, tiende a afectar a sus víctimas durante los años más productivos, y el sida devastó la fuerza laboral en muchas comunidades duramente golpeadas, especialmente al principio, antes que hubiera un tratamiento eficaz al alcance de todos. El manejo de la epidemia también socavó la confianza del público en el gobierno cuando se tardó demasiado en poner el tratamiento anti-retroviral al alcance de varias de las poblaciones

más vulnerables del mundo que lo necesitaban. El descontento del público con la forma en que estaba manejándose la epidemia llevó a la creación del movimiento en pro de la salud más visible de nuestra generación y al reconocimiento de la necesidad de adoptar los principios de la seguridad humana en la lucha contra la infección por el VIH y sus efectos.

El brote de ébola de 2014-2015 en África occidental es otro ejemplo descarnado de un reto para la salud cuyos efectos se sienten mucho más allá del sector de la salud. El temor de la transmisión paralizó la actividad económica en los tres países donde se concentraba la epidemia: Guinea, Liberia y Sierra Leona³⁹. La incapacidad de los sistemas de salud de estos tres países para tratar a las personas infectadas por el virus y prevenir la continuación de la transmisión provocó disturbios, el saqueo de establecimientos de salud y ataques violentos contra los trabajadores de salud.

Las enfermedades, las deficiencias y la falta de bienestar físico, mental y social pueden llevar a la estigmatización, la exclusión, las desigualdades y la discriminación. En consecuencia, la salud también está estrechamente relacionada con la dignidad y el goce de los derechos humanos básicos. Por ejemplo, las personas con enfermedades transmisibles a menudo son estigmatizadas y se les niegan oportunidades y derechos económicos, educacionales, habitacionales y sociales, en tanto que las personas que tienen enfermedades no transmisibles u otras deficiencias físicas o mentales suelen ser excluidas debido a que se supone que su enfermedad o deficiencia les impide ser miembros productivos de la sociedad. Según expertos en salud pública y organismos especializados de las Naciones Unidas y del sistema interamericano de protección de los derechos humanos, así como de órganos creados en virtud de tratados internacionales de derechos humanos, la violación o la inobservancia de los derechos humanos pueden tener efectos adversos en el bienestar físico, mental y social de todas las personas⁴⁰.

En términos generales, la capacidad para alcanzar el grado máximo de salud que se pueda

Figura 3. Los principales determinantes de la salud



Fuente: G. Dahlgren y M. Whitehead, *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health* (Estocolmo: Instituto de Estudios sobre el Futuro, 1991).

lograr varía según la edad, el sexo y los factores constitucionales, factores relacionados con el modo de vida individual, las redes sociales y comunitarias y las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales generales (véase la figura 3). Por lo tanto, a fin de mitigar los retos para la salud que enfrentan las personas y las comunidades, la sociedad tiene que superar los retos no solo en el ámbito de la salud sino también en otros ámbitos.

Seguridad humana y salud pública

Los marcos de la seguridad humana y la salud pública tienen mucho en común. Ambos contienen conceptos y principios compatibles cuyo uso es mutuamente beneficioso. La salud pública crea un punto de acceso para el enfoque de la seguridad humana, al ofrecer intervenciones científicas, guiadas por datos probatorios, que en la práctica también conducen a una vida más segura⁴¹. Lo que es más importante, la salud pública puede ofrecer la disponibilidad, aceptabilidad y accesibilidad de servicios de buena calidad para todos, especialmente en el contexto de la atención primaria de salud, que es necesaria para lograr la seguridad humana⁴². Por el contrario, cuando se niegan servicios de salud a muchos, en particular a los grupos más desfavorecidos, se pone en peligro la seguridad humana⁴³. Las deficiencias en la calidad y el acceso a los servicios de salud pueden tener efectos incluso peores, desestabilizando seriamente las estructuras sociales, económicas y políticas de los países y las comunidades⁴⁴. En consecuencia, las amenazas para la salud son elementos centrales de la inseguridad humana. Asegurar la disponibilidad de servicios de salud aceptables, accesibles y de

buena calidad basados en la autosuficiencia y la autodeterminación de los grupos más vulnerables de la población es una de las metas máximas de la seguridad humana en el campo de la salud.

Seguridad humana y cobertura universal de salud: una alianza complementaria

El enfoque de la seguridad humana puede ser una herramienta útil para ayudar a superar los retos en el camino a la CUS. Introduce la promoción de la resiliencia en el proceso de implementación de la CUS. En particular, puede guiar a todos los interesados directos a fin de que estén mejor preparados para hacer frente a las amenazas para la salud y puedan recuperarse con mayor rapidez y salir más fuertes de estas amenazas en cada etapa de su desarrollo con un espíritu de autosuficiencia⁴⁵.

Conceptualmente, hay muchos puntos de convergencia entre la seguridad humana y la CUS. En vista de que la CUS es un proceso para lograr el acceso universal a servicios de salud de buena calidad, concuerda con la búsqueda fundamental de la seguridad humana, que consiste en vivir sin privaciones⁴⁶, sin temor⁴⁷ y con dignidad⁴⁸. Por otro lado, en el trayecto para alcanzar esas metas, la CUS y el paradigma de la seguridad humana comparten muchos principios: ambos procuran centrarse en las personas, ser multisectoriales, integrales, contextualizados y preventivos y estar orientados a la promoción, fomentando al mismo tiempo una mayor sinergia entre la protección de arriba hacia abajo y el empoderamiento de abajo hacia arriba⁴⁹.

A pesar de que la CUS y la seguridad humana tienen objetivos conceptuales comunes y enfoques compatibles, cuando se los analiza de manera detenida se observan ciertas limitaciones en la aplicación de ambos paradigmas. Esas limitaciones están relacionadas con el alcance de cada paradigma. En el caso de la CUS, las limitaciones consisten en la gama parcial de servicios de salud que se ofrecen y son accesibles, en particular para los grupos marginados⁵⁰. Por ejemplo, hasta hace poco, los servicios de salud en Estados Unidos se centraban principalmente en atención médica para enfermedades específicas. Estos servicios, a pesar de que son necesarios, tienden a ser más costosos e ineficientes y no pueden abarcar a los grupos más marginados de la población⁵¹. Con la aprobación de la Ley de Protección del Paciente y Atención Asequible en el 2010, se espera que la cobertura se extienda a ciertos grupos marginados, en particular los pobres y los trabajadores subempleados o del sector informal, lo cual constituye un paso importante hacia la CUS⁵².

A fin de alcanzar la meta de salud y servicios de salud sostenibles para todos, los sistemas nacionales de salud deben garantizar la atención **orientada al paciente**. También deben mantener un equilibrio entre los servicios centrados en la persona (preventivos, de promoción, curativos, de rehabilitación y paliativos) y los servicios centrados en poblaciones (fundamentalmente preventivos y de promoción). Además, los sistemas nacionales de salud deben tener en cuenta la protección económica y la equidad en la prestación de los servicios necesarios, así como la inclusión de los grupos más desfavorecidos de la población⁵³. La atención primaria de salud, tanto individual como comunitaria, es la clave para el logro de equidad en salud para todos en la nueva agenda para el desarrollo⁵⁴.

En el caso de la seguridad humana, la limitación principal es la falta de ejemplos de una puesta en práctica eficaz y de la medición de su impacto. La seguridad humana ha llegado a un umbral en el cual sus principios deben plasmarse en la acción y usarse como marco para la política orientada a las personas y a las comunidades y para la formulación y ejecución de programas⁵⁵. Además, se ha criticado el concepto porque su carácter integral no es útil para priorizar los problemas que deben abordarse en situaciones de escasez de recursos. Sin embargo, es posible reducir la brecha. El breve análisis que se presenta a continuación, de situaciones ideales en las cuales se deben adoptar enfoques de la seguridad humana, es un paso hacia esa meta.

El énfasis de la seguridad humana en un equilibrio entre las intervenciones individuales y comunitarias proporciona un marco que puede facilitar el trabajo para ampliar el alcance de la CUS. Además, la seguridad humana puede facilitar la CUS al hacer explícita la importancia de incluir estrategias que reduzcan los riesgos de amenazas económicas, así como un enfoque basado en las necesidades, los recursos y los derechos humanos que ofrezca a los grupos más desfavorecidos la atención de salud culturalmente competente que requieren y necesitan usando sus propios recursos y capacidades en la medida de lo posible. Al mismo tiempo, el componente de empoderamiento ayuda a las poblaciones desfavorecidas a adquirir agencialidad propia y colectiva. La seguridad humana también puede ayudar a extender las interconexiones entre la salud y otros retos y a adoptar un enfoque más amplio de la resiliencia frente a las amenazas futuras para los objetivos de la CUS. Por otra parte, el camino hacia la CUS ofrece un área concreta donde se pueden aplicar el concepto y los principios de la seguridad humana en la práctica.

Resiliencia y salud

La meta máxima de la seguridad humana es ayudar a preparar a la gente en todo el mundo para hacer frente a una amplia gama de amenazas súbitas y generalizadas, tanto naturales como antrópicas, que pueden tener importantes consecuencias para la salud. Las personas, las comunidades y las instituciones resilientes pueden manejar las adversidades cotidianas y una gama amplia e impredecible de incidentes que podrían afectar en forma negativa su vida, sus medios de vida y su dignidad, como brotes de enfermedades infecciosas, cambio climático, degradación del medio ambiente, presiones migratorias, servicios de salud limitados, violencia, agitación política y muchos otros. Con los adelantos en las ciencias y la tecnología y la creación de instituciones de gobernanza mundial, los Estados y sus habitantes están en mejores condiciones de prevenir estas amenazas y prepararse para hacerles frente. Sin embargo, los gobiernos no pueden proteger a los habitantes de todas las adversidades que amenazan a la supervivencia del pueblo, sus medios de vida y su dignidad, y han tendido a centrarse en amenazas concretas. Por consiguiente, a fin de que las comunidades estén mejor preparadas para afrontar todas las amenazas posibles para la salud, tienen que centrarse en el desarrollo del máximo grado posible de autosuficiencia individual y comunitaria y participar en todos los aspectos de la acción sanitaria (planificación, organización, ejecución, seguimiento y evaluación), aprovechando plenamente los recursos locales y nacionales, entre otros.

Aunque es crucial prevenir y prepararse para los desastres y otras crisis que puedan preverse hasta cierto punto, la resiliencia no se limita a eso sino que denota un estado de preparación más completa para afrontar “lo que no se sabe que no se sabe”. A fin de protegerse de los efectos negativos de una amplia gama de amenazas

El cuidado de la salud orientado al paciente:

Cuidado de la salud que se centra en el paciente como ser humano en lugar de en las condiciones de salud específicas del mismo, tomando en consideración las preferencias y creencias del paciente en el desarrollo de su diagnóstico y plan de tratamiento.

Recuadro 3. Definición de resiliencia en el ámbito de la salud

En el contexto de la salud y el bienestar, la resiliencia significa en este documento la capacidad o posibilidad de las personas, las comunidades y los sistemas de aprovechar diversos recursos para cuidar de su salud y bienestar, en particular la salud y el bienestar de los grupos más desfavorecidos, adaptándose a eventos súbitos (por ejemplo, desastres naturales, enfermedades agudas graves, hambrunas o conflictos violentos) y a la persistencia de retos generalizados (por ejemplo, efectos graduales del cambio climático, enfermedades crónicas, altibajos en las oportunidades de empleo, abusos de derechos humanos y violencia doméstica).

Fuente: Adaptado de Rockefeller Foundation, “City Resilience Framework” (2014), <http://www.rockefellerfoundation.org/uploads/files/0bb537c0-d872-467f-9470-b20f57c32488.pdf>.

conocidas y desconocidas, los países también deben prestar atención a la capacidad sostenida de sus habitantes, comunidades e instituciones para resistir la adversidad, mitigar sus efectos y recuperarse rápidamente. Esto requiere un enfoque preventivo que nutra esas cualidades antes de que se produzcan eventos adversos⁵⁶. Independientemente del tipo de amenaza (generalizada o súbita, antrópica o natural, conocida o desconocida) para la cual se adquiera resiliencia, el proceso comienza con un inventario de los recursos que hay en cada comunidad⁵⁷. Aprovechar los recursos existentes tiende a ser más eficiente que crear sistemas y procesos nuevos y puede ser más aceptable para las comunidades que traer soluciones de afuera. Al mismo tiempo, los numerosos recursos de una comunidad se interrelacionan y pueden apoyarse mutuamente. Por consiguiente, al identificarlos, las comunidades pueden proteger los recursos que no están amenazados a fin de compensar por aquellos que lo están cuando se producen crisis⁵⁸.

La salud forma parte del concepto más amplio de resiliencia, en la cual muchos sectores contribuyen al bienestar de las personas, las comunidades y las instituciones (véase el recuadro 3). Sin embargo, también es importante recordar que la resiliencia en la esfera de la salud es solo una parte de la ecuación. Si la gente no tiene resiliencia en otros aspectos de la vida, su resiliencia frente a las amenazas para la salud sigue en riesgo, del mismo modo que la poca

resiliencia en lo que respecta a la salud debilita la resiliencia en otras áreas. Al fin y al cabo, no pueden separarse.

Estos componentes de la resiliencia, es decir, la preparación para efectos adversos antes de que se produzcan eventos súbitos, el fortalecimiento de los recursos y el examen de la interrelación y el apoyo mutuo entre los recursos, pueden lograrse aplicando los principios de la seguridad humana. En mayo del 2006, poco antes de que lo nombraran Secretario General de la Asociación de Naciones del Asia Sudoriental (ASEAN), Surin Pitsuwan dijo que la seguridad humana consiste en prestar especial atención a las “redes de protección blandas” que complementan a las redes de protección social, las cuales están orientadas principalmente a proveer a las necesidades materiales del pueblo. Entre las redes de protección blandas que son fundamentales para la seguridad humana incluyó “la actitud, la voluntad, la calidad y la capacidad [de las personas, comunidades e instituciones] para participar en la solución de [sus] problemas”. Señaló que la seguridad humana consiste en buscar un “sistema [que] pueda resolver los problemas de la gente con su propia participación y sus aportes. Tiene que ser un sistema que pueda funcionar en piloto automático”⁵⁹. Esta capacidad interna para resolver los problemas a medida que van surgiendo es lo que buscamos al fomentar la resiliencia.

Valor agregado de la seguridad humana en el campo de la salud

El enfoque de la seguridad humana nos ayuda al avance hacia la salud para todos al transformar el liderazgo y promover la gobernanza equitativa de los sistemas de salud. En concreto, el enfoque de la seguridad humana aborda los determinantes sociales de la salud a nivel local, tiene por objeto el establecimiento de la gobernanza con participación en el poder para la salud y promueve la autosuficiencia y la autodeterminación de las personas y las comunidades.

La seguridad humana puede moldear la resiliencia en lo que respecta a la salud al señalar los recursos existentes en la comunidad y al abordar la forma en que se toman, se interpretan, se ejecutan y se impugnan las decisiones colectivas⁶⁰. Las oportunidades de la gente para tener una vida sana están estrechamente vinculadas a las condiciones de su entorno. Las personas, las comunidades y las instituciones resilientes responden de manera proactiva a situaciones nuevas o adversas, se preparan para los cambios sociales y ambientales y afrontan mejor las crisis y otras inseguridades. Con las estrategias de salud pública comprendidas en la CUS (atención primaria de salud⁶¹, promoción de la salud⁶² y salud en todas las políticas⁶³) se ha logrado señalar y afrontar los retos para la salud. Sin embargo, estas estrategias han resultado poco eficaces para comprender la interconexión entre las fuentes de esos retos e integrar las respuestas. El enfoque de la seguridad humana agrega valor a los esfuerzos de lograr la salud para todos al centrarse en un sistema de gobernanza que reconoce la interconexión entre la paz, el desarrollo y los derechos humanos. El enfoque de la seguridad humana requiere que un gobierno (o sistema político) sea flexible para que se puedan ajustar las prioridades de política y se puedan abordar asuntos nuevos según la realidad de las poblaciones destinatarias. También es necesario proporcionar un entorno propicio para otros agentes, especialmente las organizaciones de la sociedad civil, a fin de abordar las amenazas interconectadas que el gobierno no pueda manejar plenamente. Esto ayudará a mejorar la rendición de cuentas y la capacidad de respuesta de los sistemas de gobernanza.

La seguridad humana y la salud pública, como paradigmas compatibles, tienen varios principios en común que se aplican en medida variable en cada uno de estos dos ámbitos. Estos principios proporcionan a los agentes en el campo del desarrollo un conjunto de “herramientas operativas”⁶⁴ y pueden guiar y complementar un trayecto incluyente hacia el logro de la CUS con equidad. Tres de estos principios son la adopción de un enfoque centrado en la persona que coloca a la persona en el centro del análisis, el énfasis en la comprensión del contexto para proponer respuestas contextualizadas a una situación dada y una orientación hacia la prevención y la promoción que señala y aborda las causas fundamentales de las amenazas que llevan a la mala salud. Ambos paradigmas también requieren perspectivas y respuestas integrales, multisectoriales y pluriinstitucionales sustentadas en análisis en varios niveles con la finalidad de resolver problemas complejos y realizar grandes avances en la salud. Además, procuran establecer un marco armonioso de protección y empoderamiento, en el cual las personas y las comunidades puedan ocuparse de su propia protección y fortalecer su propia resiliencia⁶⁵.

Es importante señalar que algunas de estas características ya han sido estudiadas a fondo a nivel conceptual y están incorporándose en varias iniciativas de salud en todo el mundo. Sin embargo, los sistemas nacionales de salud todavía no las emplean plenamente como acciones deliberadas a pesar de su naturaleza complementaria y del amplio reconocimiento de que

Recuadro 4. Gobernanza para la salud

La gobernanza para la salud es el complejo de instituciones, mecanismos, relaciones y procesos formales e informales entre los ciudadanos y las organizaciones, tanto gubernamentales como no gubernamentales, por medio del cual se enuncian los intereses colectivos relacionados con la salud, se establecen derechos y obligaciones y se media en diferencias.

Fuente: Adaptado de Ramesh Thakur y Thomas G. Weiss, *The UN and Global Governance: An Idea and its Prospects* (Bloomington, IN: Indiana University Press, 2006).

Recuadro 5. Mecanismos para la formulación de programas

Los profesionales del desarrollo han creado varias herramientas y mecanismos que pueden usarse para organizar acciones específicas basadas en los principios de la seguridad humana:

- El proceso SEED-SCALE (autoevaluación para la toma de decisiones efectivas y sistemas de adaptación del aprendizaje y expansión para comunidades) consiste en basar la acción en los éxitos de la comunidad, realizar una acción fundamentada en datos objetivos, establecer alianzas tripartitas entre gobiernos, comunidades y expertos, y promover cambios en el comportamiento de la comunidad⁶⁷.
- El “enfoque de la desviación positiva” examina por qué algunas personas tienen éxito mientras que otras no logran los mismos resultados. Puede propiciar un cambio conductual y social sostenible al señalar soluciones contextuales que ya existen en una sociedad⁶⁸.
- El “enfoque basado en recursos” puede ayudar a encontrar los recursos o las aptitudes que existen en una comunidad y usar el talento de la gente para resolver los problemas propios de su contexto⁶⁹.
- El “enfoque de los medios de vida” puede ayudar a señalar las cualidades y los recursos de índole primordialmente familiar, así como las actividades necesarias para que una familia cuente con medios para ganarse la vida⁷⁰.
- Se puede aprovechar la influencia que las relaciones sociales y el capital social pueden tener en el poder de decisión individual y comunitario por medio de las redes sociales e intervenciones de apoyo social, como el uso de trabajadores de la comunidad y ayudantes como miembros importantes del personal de salud⁷¹, o una estrategia de “salud contagiosa” por medio de las redes sociales⁷².
- El método participativo analítico Fotovoz⁷³, que combina la fotografía con actividades comunitarias locales, puede desarrollar las dotes de liderazgo, empoderar a la gente y aumentar la competencia de la comunidad.

El enfoque de la seguridad humana sirve de marco fundamental en el cual estas herramientas y mecanismos basados en datos probatorios, entre otros, deben usarse en conjunto, siguiendo la hoja de ruta elaborada por la Unidad de Seguridad Humana de las Naciones Unidas⁷⁴.

desempeñan un papel clave en el trayecto hacia la salud para todos. De hecho, de manera deliberada o involuntaria, los servicios de salud han recalado las acciones orientadas a la persona y a enfermedades particulares, en vez del enfoque de seguridad humana, lo cual ha llevado a servicios de salud limitados y a dificultades económicas para las personas⁶⁶. Es raro que los servicios de salud equilibren las intervenciones individuales y comunitarias o que sean integrales en todas las dimensiones de la atención de salud (promoción, prevención, atención clínica, rehabilitación y cuidados paliativos). Con demasiada frecuencia son inasequibles para las poblaciones

más marginadas. En consecuencia, es más difícil para los servicios de salud ser sostenibles y seguros para todos.

A continuación se presenta una descripción de las cinco características de un enfoque basado en la seguridad humana, en función de su relación con la salud:

Enfoque centrado en las personas

La seguridad humana impulsa la noción de un enfoque *centrado en las personas* en cuanto a seguridad, desarrollo y derechos humanos⁷⁵. El hecho de hacerlo centrado en las personas implica reconocer que las personas enfrentan una multiplicidad de amenazas más allá de una sola enfermedad. Ello puede cambiar el marco mediante el cual se establecen prioridades para poder usar de manera más eficaz y equitativa unos recursos limitados. Sin embargo, para poder colocar a las personas en la parte medular de las políticas que promueven la cobertura universal de salud es necesario reconocer que las inequidades en el acceso a los servicios de salud efectivamente existen, especialmente para los grupos de población más desfavorecidos. Los grupos de población vulnerables afrontan grandes inequidades en lo relativo a las oportunidades para alcanzar su pleno potencial, debido a las limitaciones que sufren en cuanto a servicios de salud adecuados. Además, dichos grupos no suelen participar en el proceso decisorio. Por ejemplo, hay indicios de que las falencias de los sistemas de salud privan a las mujeres de la atención de salud debido a barreras económicas⁷⁶, y de que los migrantes no documentados tal vez carezcan de acceso a servicios de salud y sociales debido a su situación legal⁷⁷. Por lo tanto, en el camino hacia la cobertura universal de salud, un enfoque centrado en las personas, como la APS centrada en las personas⁷⁸, entraña planes que contengan los mecanismos necesarios para alcanzar a todos los grupos de población, haciendo hincapié en los que históricamente han sido objeto de exclusión y discriminación. Además, deben asegurarse de que la comunidad haga suyo el proceso decisorio y que en dicho proceso se empodere a los grupos de población más marginados.

Enfoque dependiente del contexto específico

Un enfoque centrado en las personas implica reconocer que un criterio de aplicación general tal vez no ayude a solucionar los problemas en la forma prevista. Por ende, en su respuesta a las inseguridades el paradigma de la seguridad humana pone de relieve la importancia de los enfoques *dependientes del contexto específico*⁷⁹ que requieren de sistemas descentralizados y de capacidad a nivel local. Merced a sus características

de “flexible” y “dinámico,” el marco de seguridad humana es aplicable a distintos países y comunidades donde las inseguridades varían en función de su configuración singular por fuerzas complejas. Como las inseguridades se manifiestan de distinta manera en diferentes comunidades y países, un “enfoque flexible” basado en las percepciones y experiencias de las personas en cuanto a vulnerabilidad y amenazas resulta de la mayor eficacia⁸⁰, pues permite a las comunidades, por heterogéneas que sean, identificar sus necesidades específicas y elaborar respuestas adecuadas asentadas en las realidades locales. Por lo tanto, las comunidades se basan en la utilización de recursos locales, más allá de políticas nacionales o internacionales que podrían contradecir con sus prioridades, prácticas culturales y éxitos pasados. Para resolver la contradicción entre la realidad local y las políticas nacionales y aun mundiales se necesita un mecanismo político o administrativo capaz de reducir la brecha y mejorar la capacidad de respuesta de la gobernanza a las realidades locales.

Perspectiva integral y marco multisectorial

Así como las maneras en que las personas experimentan inseguridades en sus vidas varían según el contexto y la persona, sus inseguridades rara vez provienen de una sola fuente de vulnerabilidad. La *perspectiva integral* en el paradigma de seguridad humana es aquella que busca analizar y abordar las amenazas e inseguridades de manera integrada, trayendo a primer plano la seguridad, el desarrollo y los derechos humanos. Una perspectiva integral incluye la identificación y comprensión de los determinantes sociales de la salud, lo cual se refiere a las condiciones que dan forma a las maneras en que las personas “nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen”⁸¹. Dicha perspectiva sirve para identificar lo que está en juego en una situación determinada, el “umbral para considerar que la vida humana se encuentra amenazada de forma intolerable”⁸² y los sectores y agentes a los que hay que involucrar en un determinado curso de acción. Además, una perspectiva integral también sirve para identificar la manera en que la salud de una comunidad afecta su desarrollo social y económico⁸³. Por ejemplo, una perspectiva integral para abordar la alta prevalencia de casos de infección por el VIH/sida en una comunidad se centraría no solamente en superar la amenaza directa para la salud sino también en permitir a las personas dejar atrás otras amenazas como la pobreza y la discriminación.

Conforme los agentes procuran abordar toda la gama de determinantes sociales susceptibles de transformarse en amenazas e inseguridades

potenciales, resulta indispensable un *marco multisectorial*, que comprende una respuesta conceptual e integrada que involucre en la acción a todos los sectores y agentes que se necesitan para responder a una amenaza y por lo tanto “asegura[r] la supervivencia, los medios de vida y la dignidad de las personas y las comunidades”⁸⁴ utilizando un idioma común. Dicho marco procura garantizar “la coherencia y la coordinación de las políticas en campos y doctrinas tradicionalmente no vinculados” mediante “un intercambio de conocimientos y un aprendizaje orientado hacia los resultados”⁸⁵.

La importancia de los principios relativos al carácter integral y la participación multisectorial emana de la comprensión de que la cobertura universal de salud se logrará cuando todas las dimensiones de los servicios de salud se aborden de manera interdependiente y a partir de una visión multidisciplinaria a los niveles de persona y de comunidad—es decir, una visión que asegure activamente una cooperación y un pie de igualdad entre todos los agentes para alcanzar o restablecer una cobertura de salud equitativa. No obstante, por conceptualmente desarrollados y entendidos que esos dos principios puedan estar, su práctica o adopción en aras de la consecución de la cobertura universal de salud ha sido limitada.

Enfoque orientado a la prevención y la promoción

Mientras que las secciones anteriores tratan las inseguridades existentes, siempre es mejor impedir que las amenazas se conviertan en fuentes de inseguridad, antes que abordar sus consecuencias con posterioridad. Una característica definitoria del paradigma de seguridad humana es su preferencia por la “prevención temprana” antes que por la “intervención tardía”⁸⁶. Este enfoque *orientado a la prevención y la promoción* se manifiesta como preocupación por abordar las causas fundamentales de las inseguridades humanas y elaborar mecanismos que sean preventivos o que ayuden a atenuar los efectos perjudiciales al suscitarse una crisis. Un enfoque orientado a la prevención y la promoción centrado en las personas y las comunidades comprende una serie de acciones o “niveles”, que van desde el fortalecimiento del conocimiento y las aptitudes de las personas hasta la promoción de la educación de las comunidades; la educación de los proveedores; el fomento de redes de relaciones sociales, coaliciones y alianzas; el cambio de prácticas dentro de las organizaciones; y la influencia en la legislación y las políticas⁸⁷. Ese espectro de prevención ayuda a los sistemas de salud a trascender la percepción de que la prevención y la promoción a nivel comunitario

constituyen principalmente intervenciones de educación basadas en enfermedades específicas y también orientadas a las personas.

Para este tipo de enfoque es necesario fortalecer las instituciones existentes de manera que las haga más resilientes a los retos futuros. A menudo, ante crisis imprevistas, las instituciones existentes se ven en el imperativo de trabajar de maneras que van más allá de su misión establecida, debido a las relaciones que tienen con las comunidades afectadas. Tal fue el caso, por ejemplo, del Grupo Haitiano de Estudios del Sarcoma de Kaposi e Infecciones Oportunistas (GHESKIO) en las postrimerías inmediatas del terremoto que golpeó a Haití en enero del 2010. Si bien el ámbito de enfoque principal de dicho grupo desde su fundación en 1982 ha sido el de abordar el sida y las infecciones oportunistas, el hecho de que ya tuviera fuertes vínculos con la comunidad local (a lo cual se añade que su personal está constituido casi totalmente por haitianos) le permitió comprender las necesidades de la comunidad y las oportunidades de movilización, y, hecho muy importante, se había granjeado la confianza de las comunidades de Puerto Príncipe más necesitadas de servicios de salud tras el devastador terremoto. Como la gente conocía al GHESKIO y confiaba en él, acudía a la entidad no solamente en procura de servicios de salud sino también en busca de alimentos, agua y albergue, y el grupo pudo aprovechar su orientación comunitaria para vincular a los necesitados con quienes acudían de afuera para proporcionar distintas formas de apoyo.

Marco de protección y empoderamiento

Para alcanzar todos los componentes descritos anteriormente se requiere una acción deliberada por las propias personas y comunidades, así como por los agentes cuya responsabilidad es la de proteger a las comunidades y prestarles servicios. Entre los elementos básicos para alcanzar la seguridad humana cabe mencionar la armoniosa protección y empoderamiento de las comunidades y las personas en relación con un “doble marco de políticas” o “enfoque híbrido”. Tal enfoque hace hincapié en la necesidad de asegurar y proteger los derechos humanos mediante el establecimiento del imperio de la ley y

la implantación de instrumentos de protección social por parte de los gobiernos, al tiempo que promueve el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades de las personas y las comunidades a fin de que se vuelvan más autosuficientes y tengan más autodeterminación. La sinergia resultante entre las medidas tomadas por el gobierno y las tomadas por las personas se manifiesta en un sistema de gobernanza incluyente en el que el gobierno y las personas se responsabilizan y tienen capacidad de respuesta⁸⁸.

El doble marco de políticas o enfoque híbrido tiene la posibilidad de asegurar la sostenibilidad de los programas a través de la capacidad de las personas y las comunidades para actuar preventivamente por sí y contra las amenazas, volviéndose así más resilientes. No obstante, vistos tanto el enfoque fragmentado de la cobertura universal de salud como la limitada integración de todas sus dimensiones, la protección y el empoderamiento pueden llegar a carecer de coherencia. Por ende, si, dentro del ámbito de la seguridad humana, los pilares de protección y empoderamiento han de revestir una importancia fundamental para la cobertura universal de salud, será merced a su capacidad para fortalecer la resiliencia ante las amenazas para la salud de los grupos de población más desfavorecidos. En particular, el marco de protección-empoderamiento debe concentrarse en lo siguiente:

- Factores personales: habilitar y apoyar a las personas desfavorecidos para que desarrollen su **eficacia individual, grado de conciencia y pautas para afrontar situaciones**.
- Factores comunitarios: habilitar y apoyar a los grupos de población desfavorecidos para que desarrollen una **eficacia colectiva**; participen en la sociedad civil, en alianzas público-privadas y en redes de relaciones sociales; y desarrollen capacidad para abordar las preocupaciones de salud y determinar soluciones.
- Factores atinentes a la sociedad o a las instituciones: favorecer y apoyar la participación de los grupos de población desfavorecidos en los procesos de toma de decisiones, velar por que se comparta con el público una información completa y sistemática y asegurarse de que se cuente con recursos humanos, técnicos y financieros⁸⁹.

Eficacia individual:

Creencia de una persona en su propia capacidad para adoptar los comportamientos necesarios para alcanzar logros de desempeño específicos

Grado de conciencia:

El conocimiento de una persona acerca de sus propios derechos y responsabilidades

Pautas para afrontar situaciones:

Modelos de una persona para controlar, tolerar, reducir o bajar al mínimo los hechos estresantes.

Eficacia colectiva:

Creencia compartida de un grupo en sus propias capacidades conjuntas para organizar y adoptar los comportamientos necesarios para alcanzar logros de desempeño específicos

Aplicación de la seguridad humana a la salud

Si bien un enfoque de seguridad humana puede ser valioso en algunas situaciones, no es necesariamente el mejor en todas las situaciones. El mismo tiene probabilidades de ser más exitoso que otros enfoques existentes en aquellas situaciones en las que es necesario abordar simultáneamente las libertades para vivir sin privaciones, vivir sin temores y llevar una vida digna.

En esas situaciones, la naturaleza integral de la seguridad humana y su enfoque en las interrelaciones entre distintas causas de vulnerabilidad—independientemente de qué libertad(es) se aborde(n)—pueden ser más eficaces a la hora de mejorar las tres libertades simultáneamente. Teniendo en cuenta lo anterior, a continuación se presentan varias situaciones, de ninguna manera exhaustiva, en las que un enfoque de seguridad humana puede aportar valor agregado.

Poblaciones marginadas: Cuando la discriminación contra un grupo de población en particular es la principal fuente subyacente de su vulnerabilidad

Un enfoque de seguridad humana es particularmente útil para abordar las necesidades de las personas y comunidades que han quedado al margen de los servicios y marcos de políticas existentes. Pueden estar marginadas por muchos motivos, tales como los de raza, origen étnico, convicciones religiosas o políticas, discapacidades, género, edad, ocupación, ubicación geográfica, orientación sexual o enfermedad. También pueden ser migrantes sin condición legal en el lugar en el que están viviendo. Esos tipos de poblaciones son los principales objetivos de un enfoque de seguridad humana.

En esas situaciones, un enfoque de seguridad humana no crea sistemas paralelos para tratar las necesidades de esas poblaciones desfavorecidas. Antes bien, el énfasis radica en crear nexos entre los grupos de población desfavorecidos y los sistemas públicos existentes y en asegurarse de que las necesidades actuales se satisfagan, al tiempo de fomentar la responsabilidad del sector público a más largo plazo. El reconocimiento, por parte del sector público, de las poblaciones

desfavorecidas vulnerables está implícito en el principio de integrar la protección y el empoderamiento. Sin embargo, convencer a los gobiernos de que adopten un enfoque de equidad y prioricen las necesidades de las personas más vulnerables de sus sociedades es algo que toma tiempo y que tal vez nunca se logre plenamente. Por ello, el énfasis en fortalecer la resiliencia mediante la integración de la protección y el empoderamiento resulta especialmente crítico para que las comunidades marginadas no dependan totalmente de gobiernos que no responden adecuadamente a sus necesidades o bien que no pueden hacerlo. En esos casos, los movimientos sociales pueden resultar especialmente idóneos para ayudar a establecer esos nexos entre las poblaciones vulnerables y los líderes políticos. En Brasil, por ejemplo, el infatigable activismo del movimiento sanitarista (salud pública) fue mayormente responsable en última instancia de la introducción de los principios del universalismo en la constitución de 1988. En Tailandia, una organización de profesionales de la salud rurales abogó con éxito por la ampliación del acceso a la atención de salud durante las elecciones de 2001⁹⁰.

Tal vez el mejor ejemplo que se conozca al respecto sea el movimiento relativo al sida en los años ochenta, cuya piedra angular fue un movimiento por los derechos de los homosexuales que demostró al mundo el sufrimiento humano que puede provocarse cuando ciertos segmentos de la población se ven excluidos de los servicios de atención de salud y de las decisiones sobre la formulación de las políticas sanitarias. A pesar de las grandes mejoras registradas en muchos lugares en cuanto a inclusión, ciertos grupos que padecen desproporcionadamente de la infección por el VIH/sida—hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, profesionales del sexo, consumidores de drogas inyectables, mujeres y adolescentes—siguen afrontando obstáculos para poder recibir servicios adecuados y apropiados de prevención, tratamiento y atención. Incluso allí donde los servicios están al alcance de todos, algunas personas en esos grupos vulnerables no los usan por distintas

razones, incluidas las de no tener conocimiento de dichos servicios y sentirse discriminadas e incomprendidas por los proveedores de servicios de atención de salud establecidos. En esos casos, un enfoque de seguridad humana puede resultar eficaz si involucra a las comunidades marginadas en un proceso dirigido a identificar las barreras que las mismas enfrentan y elaborar soluciones que tengan la probabilidad de funcionar bien en ellas. El hincapié que la seguridad humana hace tanto en la protección como en el empoderamiento es necesario para asegurarse de que las poblaciones vulnerables obtengan los servicios culturalmente competentes que requieren, utilizando los activos que poseen, y de que tomen decisiones acerca de su propio comportamiento que reduzcan la transmisión de la enfermedad y aseguren que quienes están infectados se ciñan a su tratamiento.

La lepra es otro ejemplo de un reto de salud que se caracteriza por la exclusión y que podría ser mejor abordado a través del enfoque de la seguridad humana. Las personas aquejadas de lepra, y a menudo sus familiares también, pueden tener dificultades no solo para acceder a servicios de atención de salud sino también para ser aceptadas en la escuela o conseguir un empleo. La exclusión con respecto a la educación y el empleo incrementa sus dificultades, haciéndoles difícil ganarse su sustento y efectuar contribuciones a la sociedad. Si bien la meta en última instancia puede ser la de eliminar la discriminación y derribar las barreras que se yerguen frente a su plena participación en instituciones establecidas, en el ínterin también se necesitan actividades que se focalicen explícitamente en las comunidades afectadas por la lepra, con servicios de atención de salud y oportunidades de generación de ingresos.

Los migrantes no documentados son otro ejemplo de una población marginada que puede beneficiarse de un enfoque de seguridad humana. En casi todas partes, a cualquier persona indocumentada le cuesta obtener acceso a los servicios de salud. Sin embargo, un criterio de salud pública hace imperativo prestar servicios de salud preventivos tanto primarios como secundarios a todos, independientemente de su situación de residencia. Ello es bien claro en el caso de las enfermedades transmisibles, que no discriminan entre migrantes y ciudadanos, pero también es cierto en el caso de las enfermedades no transmisibles, dado que la prevención y el tratamiento temprano a menudo resultan ser menos costosos, en términos tanto de vidas humanas como de costos de atención de salud, que el tratamiento tardío. El asegurarse de que las poblaciones de inmigrantes tengan conocimiento de los servicios preventivos y estén

empoderadas para acceder a ellos sin temor a ser deportadas es algo que beneficia a todos los miembros de una sociedad.

Tramas complejas de múltiples amenazas: Cuando múltiples fuentes de vulnerabilidad interactúan de manera compleja

Varios de los retos que enfrentan las personas tienen soluciones claras que se logran mediante respuestas focalizadas que no requieren un enfoque integral. De hecho, en muchos casos, el tiempo y esfuerzo que insume involucrar a todos los interesados directos en las tareas de identificar necesidades y activos, elaborar estrategias y coordinar actividades multisectoriales es una cosa contraproducente capaz de exacerbar los retos que enfrenta la comunidad. Pero cuando una comunidad afronta una multiplicidad de desafíos que se alimentan entre sí, tales como la pobreza extrema, la degradación ambiental o los conflictos, el hecho de abordar solamente una amenaza puede ser ineficaz pues otros retos que han quedado sin tratar amenazan con echar por tierra cualquier avance que se haya registrado. En esas situaciones, el hincapié de la seguridad humana en abordar simultáneamente una multiplicidad de amenazas de manera coordinada y flexible resulta de valor inestimable.

Con frecuencia, enfermedades crónicas comunes como la diabetes, la cardiopatía y muchos cánceres no se pueden atribuir a una única causa, sino que, por el contrario, obedecen a una serie compleja de factores físicos, biológicos, ambientales, sociales y de comportamiento. Para reducir la cardiopatía no resulta eficaz centrarse exclusivamente en la dieta alimentaria haciendo caso omiso de los efectos del estrés, el tabaquismo, un modo de vida sedentario, el entorno edificado y otras condiciones de vida y de trabajo. De manera análoga, si el cáncer se aborda solamente en un entorno médico sin tener en cuenta los factores conductuales, sociales y ambientales, ello apenas si hará mella en la morbilidad o la mortalidad. Aunque se ha trabajado mucho en torno a los determinantes sociales de la salud, es menos lo que se ha hecho acerca de la manera en que todos ellos interactúan entre sí. Si las amenazas se analizan desde la perspectiva de la persona, no desde la de un organismo o sector, sus complejas interrelaciones se vuelven más claras.

El asma es otro ejemplo de una afección crónica que no se puede abordar exclusivamente desde el punto de vista médico. Un diagnóstico y un tratamiento adecuados son cruciales para controlar dicha enfermedad y mitigar sus efectos, pero para poder reducir la incidencia y gravedad de los ataques asmáticos es esencial

empoderar a los pacientes y sus familias a fin de que puedan identificar los factores desencadenantes y evitarlos en la medida de lo posible. A un nivel comunitario y de políticas más amplio, para reducir la incidencia del asma en una determinada población es necesario disminuir la contaminación del aire.

Las enfermedades agudas y crónicas que se vinculan con la pobreza obligan a prestar una atención especial a las maneras en que se interrelacionan distintas amenazas. Someterse a exámenes médicos periódicos, aprender acerca de una alimentación saludable y de la práctica de ejercicios y optar por un modo de vida saludable son todos pasos importantes para conservar la salud. Pero a una persona que no puede costearse una alimentación saludable o que vive en un lugar en el que no es seguro salir a caminar le seguirá costando alcanzar un modo de vida saludable, independientemente de su empeño por lograrlo. Un enfoque de seguridad humana reconoce esa realidad y aborda los desafíos de salud en el entorno local y en el contexto de otros retos conexos.

Desastres provocados por el ser humano y desastres naturales: Cuando las causas básicas de la vulnerabilidad obedecen a cambios fundamentales en la comunidad o a sucesos súbitos

Cuando una comunidad sufre un trastorno de gran magnitud, puede requerir un enfoque de seguridad humana conforme se prepara para afrontar los nuevos desafíos provocados por ese cambio. Por ejemplo, después de un desastre natural, las tareas iniciales de socorro y recuperación se centran en las necesidades inmediatas que pueden plantear una amenaza para la vida, y rara vez incluyen el enfoque de seguridad humana. Sin embargo, a más largo plazo la comunidad afectada tiene que adaptarse a la pérdida de infraestructura y de instituciones y al cambio producido en su propia estructura como resultado del desastre, pero sin dejar de poder acceder a servicios de atención de salud para afecciones agudas y crónicas. Esa fase puede beneficiarse de un enfoque de seguridad humana y de su énfasis en el desarrollo de procesos sostenibles que fructifiquen a largo plazo. El énfasis puesto en involucrar a las comunidades en la identificación de necesidades y activos y en movilizar capacidades y conocimientos especializados a nivel local para abordar desafíos persistentes puede ayudar a infundir ánimo y orgullo a quienes se enfrentan a la naturaleza angustiosa de una gran pérdida súbita. Frente a la pérdida de instituciones y la interrupción de

hábitos diarios, las personas deben ser más autosuficientes y tener más autodeterminación, ya sea en cuanto a comportamientos preventivos, a saber cuándo buscar servicios de atención, o a manejar medicamentos.

Por ejemplo, después del terremoto y maremoto que azotó al nordeste de Japón en 2011, la respuesta médica inicial radicó en buscar a quienes se habían lesionado en el desastre o que se habían enfermado en los albergues, y brindarles servicios curativos. Pero muy pronto quedó claro que el enfoque tenía que ampliarse, pues las personas, especialmente las de edad con afecciones crónicas, tenían que aprender formas de manejar sus afecciones en un entorno que había sufrido un cambio drástico. Ese énfasis en fortalecer e integrar la protección y el empoderamiento de manera que vuelva a las personas y las instituciones más resilientes ante los retos futuros es imprescindible en las comunidades que se están recuperando de esos cambios de gran magnitud. Pero el ejemplo ofrece otras lecciones para la seguridad humana, pues de alguna manera la salud ha ayudado a hacer posible que las entidades de prestación de servicios de salud aprendan más acerca de otras necesidades, no relativas a la salud, de las personas desplazadas por el desastre. Las entidades que realizaban encuestas sobre las necesidades de salud de las poblaciones desplazadas descubrieron que, conforme iban conociendo a quienes estaban entrevistando, las conversaciones pasaban de manera muy natural a versar sobre otros retos, como la falta de transporte y de acceso a escuelas, hospitales, centros comerciales y lugares de trabajo, así como el aislamiento social, la pérdida de ingresos y la falta de conocimientos jurídicos. Se trata de preocupaciones que no se habrían expresado si las conversaciones no hubieran partido del punto de vista de la salud⁹¹.

De manera análoga, las comunidades que aceptan a poblaciones de migrantes que huyen de un conflicto violento o de un desastre natural suelen afrontar retos ante el consiguiente aumento de la presión sobre la infraestructura y los servicios públicos locales, las diferencias idiomáticas y culturales y las desigualdades que pueden surgir cuando se ofrecen servicios especiales únicamente a los recién llegados a una comunidad para instalarse en ella. En esos casos, un enfoque de seguridad humana puede ayudar tanto a la comunidad original como a la de migrantes a identificar las necesidades que experimentan en el contexto de la nueva situación, y a buscar maneras que permitan aprovechar los recursos y capacidades de ambas para afrontar esos retos.

Mensajes clave

En muchos casos, el diseño de los programas de salud usando el lente de la seguridad humana puede ayudar a hacerlos más eficaces y sostenibles. Pero la integración adecuada del enfoque de la seguridad humana en las intervenciones de salud requiere que los políticos y gestores de programas sean conscientes de los criterios principales del enfoque en las fases del diseño, implementación y evaluación-incluyendo las metas generales de la seguridad humana y su valor agregado, los siete principios de la seguridad humana a los que se refiere el presente informe, así como las características clave de las experiencias exitosas que han aplicado el enfoque.

La siguiente sección comprende una serie de estudios de caso que el equipo analizó para explorar la implementación del enfoque de la seguridad humana en proyectos concretos. En particular, los siete principios resultan útiles para evaluar cuando el enfoque de la seguridad humana se integra con éxito. Si bien ninguna de las iniciativas descritas a través de estos estudios de caso logran incorporar plenamente cada uno de los principios, el grado en que aplican algunos de ellos es un punto de referencia útil para evaluar qué tan probable es que los proyectos tengan éxito y conducir a una mejora sostenible en el bienestar de la población beneficiada. Esperamos que estos principios, así como las principales características que se describen a continuación, puedan proporcionar a los legisladores y directores de los programas de la salud con una guía para aplicar con mayor eficacia el enfoque de la seguridad humana en su trabajo.

Meta de la seguridad humana en el campo de la salud: Incrementar la resiliencia de los grupos de población más vulnerables permitiéndoles gozar de buena salud

- Asegurar de que haya servicios de salud de buena calidad disponibles, aceptables y accesibles, promoviendo para ello la autosuficiencia y la autodeterminación de los grupos de población más vulnerables, es una de las grandes metas de la seguridad humana.
- Promover la salud a través de la comprensión de las causas básicas de la vulnerabilidad, que varían según el contexto local y que por lo general suelen abarcar toda una malla de amenazas interconectadas.

Valor agregado de la seguridad humana al sector de la salud

1. Un énfasis en la seguridad humana puede ayudar a trascender el enfoque en la supervivencia para pasar a un enfoque en los medios de vida, el bienestar y la dignidad. Para ello es necesario involucrar a interesados directos ajenos al ámbito de la salud, como los que se ocupan de temas atinentes al bienestar, el empleo, etc.

2. El enfoque de seguridad humana aborda los determinantes sociales de la salud a nivel local, busca el establecimiento de una gobernanza de poder compartido para los sistemas de salud y promueve la autosuficiencia y la autodeterminación de las personas y las comunidades.

Los siete principios de la seguridad humana

1. Abordar las vinculaciones entre la libertad del miedo, la libertad de la miseria, y la libertad para vivir en dignidad
2. Centrarse en las formas en que la gente experimenta la vulnerabilidad en su vida cotidiana y reconocer que las amenazas diferentes se potencian entre sí y por lo tanto deben ser abordadas de manera integral
3. Involucrar a los grupos de población en mayor condición de vulnerabilidad en todas las etapas de los programas para hacer frente a sus vulnerabilidades, desde el análisis de las necesidades, pasando por el diseño y la implementación hasta las fases de seguimiento y evaluación de las actividades.
4. Comprender el contexto local específico y garantizar que todas las decisiones e

intervenciones toman en cuenta ese contexto

5. Incluir todos los sectores y actores relevantes en la planificación, toma de decisiones y los procesos de ejecución, seguimiento y evaluación.

6. Concentrarse en la prevención en la medida de lo posible

7. Crear sinergia entre las acciones de protección y empoderamiento

Características del enfoque de seguridad humana

1. Utiliza recursos existentes

La seguridad humana puede dar forma a la resiliencia dando cabida a las comunidades en la identificación de necesidades y activos y en la movilización de capacidades y conocimientos especializados a nivel local para abordar los desafíos persistentes. Ese proceso puede ayudar a infundir ánimo y orgullo a quienes se enfrentan a la naturaleza angustiosa de una gran catástrofe súbita o insidiosa.

2. Ofrece el enfoque óptimo para ciertos tipos de situaciones

El enfoque de seguridad humana tiene probabilidades de ser más exitoso que otros enfoques existentes en aquellas situaciones en las que es necesario abordar simultáneamente las libertades para vivir sin privaciones, vivir sin temores y llevar una vida digna, como, por ejemplo, cuando (a) la discriminación contra un determinado grupo de población es la principal fuente subyacente de su vulnerabilidad, (b) múltiples fuentes de vulnerabilidad interactúan de manera compleja y (c) las causas básicas de la vulnerabilidad obedecen a cambios fundamentales en la comunidad o a eventos catastróficos súbitos.

3. Mejora la capacidad de respuesta y la rendición de cuentas

El enfoque de seguridad humana hace hincapié en la creación de nexos entre los grupos de población desfavorecidos y los sistemas públicos existentes. El enfoque requiere que un gobierno (o sistema político) se responsabilice de velar por que las necesidades actuales se satisfagan y de dotarse de un mecanismo que permita efectuar ajustes en las prioridades de políticas o determinar nuevos temas en función de la realidad enfrentada por las poblaciones desfavorecidas escogidas como objetivo. También requiere de un entorno propicio para otros agentes, especialmente las organizaciones de la sociedad civil, a fin de abordar las

amenazas interrelacionadas que el gobierno no puede abordar de manera integral.

Los grupos de población desfavorecidos necesitan un mayor conocimiento político y un mayor grado de conciencia sobre sus derechos y obligaciones, para lo cual es necesario establecer mecanismos que incluyan tanto procesos verticales descendentes (como elecciones, audiencias y consultas) y estrategias verticales ascendentes (como la presupuestación participativa, la movilización social y la supervisión por parte de los ciudadanos). Los movimientos sociales pueden resultar especialmente idóneos para ayudar a establecer esos nexos entre las poblaciones vulnerables y los líderes políticos.

4. Reduce al mínimo las inequidades mediante enfoques centrados en las personas

Los gobiernos deben adoptar un enfoque incluyente y equitativo y priorizar las necesidades de las personas más vulnerables de sus sociedades. Las políticas, los programas, los planes y los proyectos han de contener los mecanismos necesarios para llegar a todos los grupos de población. En el proceso decisorio es necesario asegurar el liderazgo de las comunidades, su sentido de identificación y la supervisión por parte de las mismas, así como la participación y el empoderamiento de los grupos de población más marginados. Ante las limitaciones de recursos y la rigidez de los sistemas políticos, los enfoques de seguridad humana destacan que fortalecer la resiliencia mediante la integración de la protección y el empoderamiento es algo que resulta especialmente crítico para que las comunidades marginadas no deban depender totalmente de gobiernos que no responden adecuadamente a sus necesidades o bien que no pueden hacerlo.

5. Promueve la descentralización

Los enfoques dependientes de un contexto específico requieren sistemas descentralizados y capacidad a nivel local, incluido un mecanismo capaz de reducir la brecha entre las realidades locales y las políticas nacionales y de aumentar la capacidad de respuesta de la gobernanza a las realidades locales.

6. Identifica los determinantes sociales de la salud

Una perspectiva integral emana de la comprensión de los determinantes sociales de la salud en una comunidad dada y lleva a la elaboración de un marco multisectorial. Para ello se requiere un mecanismo que asegure una coherencia de políticas y una coordinación entre ámbitos, sectores, doctrinas y límites administrativos tradicionalmente separados, a

través del intercambio de conocimientos y de un aprendizaje orientado a la consecución de resultados. En muchos lugares, las entidades no gubernamentales están mejor equipadas que los gobiernos para implantar un marco multisectorial e integral.

7. Aplica un enfoque preventivo a diversos niveles

Un enfoque orientado a la prevención y la promoción centrado en las personas y las comunidades aumenta la sostenibilidad de los programas y la resiliencia de la comunidad. El enfoque comprende una serie de acciones o “niveles”, que van desde el fortalecimiento del conocimiento y las aptitudes de las personas hasta la promoción de la educación de las comunidades; la educación de los proveedores; el fomento de redes de relaciones sociales, coaliciones y alianzas; el cambio de prácticas dentro de las organizaciones; la influencia en la legislación y las políticas; y el fortalecimiento

de las instituciones existentes en forma que las vuelva más resilientes a los retos futuros.

8. Promueve una sinergia entre la protección y el empoderamiento para el cambio estructural

Un enfoque de seguridad humana supone considerar las causas básicas de la vulnerabilidad a lo largo de toda la vida y promover un cambio estructural mediante la integración del empoderamiento y la protección.

Un marco de protección y empoderamiento requiere que se reconozcan la función de los gobiernos nacionales y locales y su responsabilidad de establecer una estructura protectora, incluida la prestación de los servicios de atención de salud necesarios. Al mismo tiempo, requiere del desarrollo de capacidades en las personas y las comunidades a fin de que puedan tomar decisiones fundamentadas y actuar por sí, lo cual es clave para la sostenibilidad de los programas.

Estudios de caso: Ejemplos de enfoques de seguridad humana en el campo de la salud

En el resto de este documento se presentan distintas ilustraciones de intervenciones donde el enfoque de seguridad humana fue usado para hacer frente a amenazas para la salud. Algunas de ellas se basan en estudios de casos elaborados específicamente para este proyecto y escogidos para brindar ejemplos de la manera en que los principios de la seguridad humana descritos anteriormente se aplican en la vida real. Las otras se basan en descripciones de proyectos financiados por el Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad Humana, todos los cuales pasaron por un riguroso proceso de examen por dicho fondo fiduciario con la finalidad de asegurarse de que todos ellos promovieran la causa de la seguridad humana. Los proyectos están en distintas etapas de ejecución, y para algunos de ellos no se contó con información integral disponible. Por consiguiente, no todos los análisis de casos pueden demostrar una repercusión real en las comunidades escogidas como objetivo, pero se espera que cada uno arroje ciertas perspectivas acerca de la manera en que los principios de la seguridad humana se integran en actividades relacionadas con la salud a nivel comunitario.

Los análisis de casos procuran, donde sea posible, responder a las siguientes preguntas acerca de cada proyecto:

1. ¿Cómo se vinculan las tres libertades (las de vivir sin temor, vivir sin miseria y vivir con dignidad) y cómo se abordan esos nexos?
2. ¿De qué maneras se alimentan mutuamente las amenazas a la salud y otras amenazas, y cómo se abordan de manera integral?
3. ¿Cómo participan los grupos de población desfavorecidos en el proceso decisorio en materia de salud?
4. ¿Cuál es el contexto local específico y de qué forma se lo toma en cuenta en las decisiones en materia de salud?
5. ¿Cómo están incluidos los sectores y agentes pertinentes en la planificación, la toma de decisiones y los procesos de ejecución en materia de salud?
6. ¿Cómo se llevan a cabo las intervenciones sanitarias de promoción y prevención?
7. ¿Existe un vínculo entre las acciones de protección y de empoderamiento, y en su caso, cuál es?

Estudios de casos

Poblaciones marginadas

* *Resúmenes basados en informes del Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad Humana*⁹²

- CASO 1: Seguridad humana para las adolescentes: Empoderamiento y protección contra la violencia, el embarazo precoz, la mortalidad materna y la infección por el VIH/sida (Bolivia) *
- CASO 2: Programa de control de la lepra (Indonesia)
- CASO 3: Proyecto de salud mental y desarrollo comunitarios en la ciudad capital de Vientián (República Democrática Popular Lao)
- CASO 4: Vigilancia del acceso a servicios de atención de salud de calidad para grupos vulnerables (Uganda)
- CASO 5: Proyecto de prevención de la infección por el VIH/sida en Vietnam

Tramas complejas de amenazas múltiples

- CASO 6: Programa de Salud, Nutrición y Población de BRAC (Bangladesh)
- CASO 7: Proyecto de Municipio Saludable en el Noreste de Brasil (Brasil)
- CASO 8: Programa de Ambientes Verdes y Saludables (PAVS): Construcción de políticas públicas integradoras en São Paulo (Brasil)
- CASO 9: Mejora de las condiciones de seguridad humana en Soacha mediante un sistema integrado, participativo y sostenible de protección social (Colombia)
- CASO 10: Rostros, Voces y Lugares: Estrategia de seguridad alimentaria y nutrición en procesos de desarrollo locales, Boca de Mao (República Dominicana)
- CASO 11: Fortalecimiento de capacidades locales para la paz y el desarrollo mediante un enfoque de seguridad humana en la frontera norte de Ecuador (Ecuador) *
- CASO 12: Coexistencia pacífica y mayor seguridad ciudadana en tres municipios del departamento de Sonsonate (El Salvador) *
- CASO 13: Reducción de vulnerabilidades para contribuir al proceso de desarrollo rural en los municipios de las cuencas de los ríos Coatán y Alto Suchiate en el departamento de San Marcos (Guatemala)
- CASO 14: Asociación para la Salud Reproductiva y Familiar (Nigeria)
- CASO 15: Iniciativa Oriade (Nigeria)
- CASO 16: Mejora de la calidad del agua, la salud y la nutrición en Vietnam—Proyecto SWAM (Vietnam)
- CASO 17: Iniciativa sobre dignidad humana: Redes de seguridad comunitarias como herramientas para el desarrollo humano (Camboya, Indonesia, Laos, Tailandia y Vietnam)**
- CASO 18: Proyecto para fortalecer el sistema comunitario de promoción de la salud infantil en zonas urbanas (Zambia)

** *Sobre la base de un estudio de caso elaborado por JCIE en 2004*⁹³

Desastres producidos por el hombre y desastres naturales

- CASO 19: Mejora de la salud y recuperación de la comunidad después de un desastre natural devastador (Japón)
- CASO 20: Desastres naturales en la cordillera de los Andes de Perú: De la limitación de daños al manejo y la prevención de riesgos (Perú) *

Pregunta 1 (las tres libertades)	Pregunta 2 (carácter integral)	Pregunta 3 (grupos desfavorecidos)	Pregunta 4 (contexto local)	Pregunta 5 (carácter multisectorial)	Pregunta 6 (orientación a la prevención)	Pregunta 7 (protección y empoderamiento)
Caso 1: Seguridad humana para las adolescentes (Bolivia)						
✓	✓	✓		✓		✓
Caso 2: Programa de control de la lepra (Indonesia)						
	✓	✓		✓	✓	✓
Caso 3: Proyecto de salud mental y desarrollo comunitarios en la ciudad capital de Vientián (República Democrática Popular Lao)						
	✓	✓			✓	✓
Caso 4: Vigilancia del acceso a servicios de atención de salud de calidad para grupos vulnerables (Uganda)						
			✓	✓		
Caso 5: Proyecto de prevención de la infección por el VIH/sida en Vietnam (Vietnam)						
	✓		✓	✓		
Caso 6: Programa de Salud, Nutrición y Población de BRAC (Bangladesh)						
✓	✓	✓		✓		
Caso 7: Proyecto de Municipio Saludable en el Noreste de Brasil (Brasil)						
✓	✓			✓		✓
Caso 8: Programa de Ambientes Verdes y Saludables (PAVS) (Brasil)						
✓	✓		✓	✓		
Caso 9: Mejora de las condiciones de seguridad humana en Soacha mediante un sistema integrado, participativo y sostenible de protección social (Colombia)						
✓	✓		✓	✓		
Caso 10: Rostros, Voces y Lugares (República Dominicana)						
✓	✓	✓		✓	✓	
Caso 11: Fortalecimiento de capacidades locales para la paz y el desarrollo mediante un enfoque de seguridad humana en la frontera norte de Ecuador (Ecuador)						
✓			✓			✓
Caso 12: Coexistencia pacífica y mayor seguridad ciudadana en tres municipios del departamento de Sonsonate (El Salvador)						
✓	✓	✓	✓			✓
Caso 13: Reducción de vulnerabilidades para contribuir al proceso de desarrollo rural en los municipios de las cuencas de los ríos Coatán y Alto Suchiate en el departamento de San Marcos (Guatemala)						
✓	✓	✓				
Caso 14: Asociación para la Salud Reproductiva y Familiar (Nigeria)						
		✓	✓			✓
Caso 15: Iniciativa Oriade (Nigeria)						
		✓	✓			✓
Caso 16: Mejora de la calidad del agua, la salud y la nutrición en Vietnam—Proyecto SWAN (Vietnam)						
	✓	✓		✓		
Caso 17: Iniciativa sobre dignidad humana: Redes de seguridad comunitarias como herramientas para el desarrollo humano (Asia Sudoriental)						
✓	✓	✓	✓			✓
Caso 18: Proyecto para fortalecer el sistema comunitario de promoción de la salud infantil en zonas urbanas (Zambia)						
	✓	✓	✓		✓	✓
Caso 19: Mejora de la salud y recuperación de la comunidad después de un desastre natural devastador (Japón)						
✓	✓	✓				
Caso 20: Desastres naturales en la cordillera de los Andes de Perú: De la limitación de daños al manejo y la prevención de riesgos (Perú)						
✓	✓	✓				

Poblaciones marginadas

CASO 1

Seguridad humana para las adolescentes: Empoderamiento y protección contra la violencia, el embarazo precoz, la mortalidad materna y la infección por el VIH/sida

(BOLIVIA)

Resumen

Este proyecto estaba dirigido a mejorar la capacidad de los trabajadores de salud para ofrecer a las adolescentes capacitación integrada, sensible a los aspectos de género y cultura, sobre derechos humanos, salud y sexo. También buscaba elaborar políticas públicas para fortalecer los mecanismos de protección social para los jóvenes. Los adolescentes se cuentan entre los grupos de población más desfavorecidos en Bolivia, y cerca de un tercio de ellos ha sido víctima de violencia o presenciado actos de violencia.

El proyecto fue una colaboración entre la OPS/OMS, UNFPA, UNICEF, el Ministerio de Salud y Deportes, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Asuntos Indígenas, el Ministerio de Desarrollo Sostenible, organizaciones no gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil, y fue financiado por el Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad Humana del 2008 al 2010.

Análisis de la situación

- Amenazas a la salud: desnutrición, ITS e infección por el VIH/sida, embarazo precoz
- Temores: violencia doméstica y sexual
- Privaciones: pobreza
- Dignidad: violencia doméstica y sexual, discriminación étnica

¿De qué manera se alimentan las amenazas para la salud de otras amenazas o viceversa?

En Bolivia, uno de los países más pobres en América Latina, los adolescentes se cuentan entre los grupos más desfavorecidos, y enfrentan altos niveles de violencia y de discriminación basada en el género y el origen étnico. También carecen de acceso adecuado a servicios básicos. Se determinó que la violencia sexual ocurre principalmente en las escuelas, y las niñas y las adolescentes indígenas son especialmente vulnerables en los distritos más pobres de Beni y Cochabamba donde la desnutrición, la exclusión social, la violencia doméstica y sexual, la infección por el VIH/sida y otras ITS y los embarazos precoces complican aún más sus vidas.

Acciones

¿Existe un vínculo entre las acciones de protección y de empoderamiento, y en su caso, cuál es?

El proyecto colaboró con trabajadores de salud para ofrecer servicios respetuosos de las culturas de las adolescentes indígenas y sensibles a sus necesidades particulares. Al mismo tiempo, el proyecto proporcionó educación sexual para que las adolescentes en las capitales distritales pudieran tomar decisiones más fundamentadas acerca de su propia sexualidad. El proyecto también tuvo por objeto la formulación de políticas públicas para proteger a las adolescentes

de la violencia, las ITS y el embarazo precoz, y empoderarlas para que hagan valer sus derechos en esos ámbitos.

¿Cómo se incluye a los sectores y agentes pertinentes en la planificación, la toma de decisiones y los procesos de ejecución en materia de salud? ¿Cómo se ejecutan las intervenciones orientadas a la promoción y la prevención?

El proyecto capacitó a más de 500 líderes jóvenes y alrededor del mismo número de docentes escolares en temas tales como prevención de la violencia, ITS, control de la natalidad y embarazo precoz. Los participantes también aprendieron acerca del concepto de la seguridad humana. Los líderes jóvenes que participaron en la capacitación luego elaboraron un plan para llegar a sus coetáneos en 20 municipios. Los docentes también procuraron ampliar la base de conocimientos sobre prácticas sexuales sin riesgos, organizando para ello actividades con más de 100 madres y padres en sus comunidades.

Cambios

El proyecto ayudó a incrementar las actividades de promoción de la causa y aumentar los conocimientos sobre prácticas sexuales sin riesgos, prevención de la violencia y de la explotación y peligros del consumo de sustancias psicoactivas y otras prácticas de alto riesgo no solo entre los participantes del proyecto sino también entre sus compañeros y en sus escuelas, dispensarios e instituciones públicas locales.

CASO 2

Programa de control de la lepra

(INDONESIA)

Resumen

En el 2011, Indonesia tuvo el tercer mayor número de nuevos casos de lepra del mundo después de India y Brasil. El Programa Nacional de Control de la Lepra logró una prevalencia de menos de un caso por 10.000 personas en el 2003 como parte de su meta de eliminación de dicha enfermedad. Sin embargo, en el 2012 el número de nuevos casos ascendió a 17.980 y la tasa de detección de nuevos casos se situó en 7,35/100.000 personas. Entre los nuevos casos, la proporción con discapacidades de grado 2—definidas como la parte afectada o como la presencia de cambios visibles—fue del 11,5%, y los casos en niños, del 10,9%. Cabe destacar que para los afectados por lepra, la enfermedad representa una amenaza no solamente para su salud sino también para su dignidad. El estigma que pesa sobre las personas afectadas por lepra y la discriminación que sufren les impiden participar en las actividades educativas, sociales y económicas. Se ven en dificultades para llevar adelante pequeñas empresas, obtener empleo y acudir a la escuela, y su acceso a los medios de transporte público y las instalaciones públicas es limitado. Esas situaciones se traducen en exclusión social y pobreza, y el bajo estatus social que tienen las personas afectadas por lepra promueve un mayor estigma y discriminación.

El gobierno indonesio ratificó la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en el 2011, reconociendo con ello la importancia de los enfoques basados en los derechos para las personas con discapacidades en Indonesia, incluidas las que padecen discapacidades relacionadas con la lepra. En observancia de la estrategia mundial mejorada para 2011-2015, el gobierno indonesio amplió el Programa Nacional de Control de la Lepra. Esa estrategia retoma la finalidad de la estrategia mundial anterior de detectar nuevos casos de manera oportuna y proporcionar tratamiento gratuito con una polifarmacoterapia. Además, hace hincapié en mantener la prestación de atención de gran calidad al paciente y reducir la carga de morbilidad al reducir las discapacidades, el estigma y la discriminación y brindar rehabilitación social y económica a las personas afectadas por lepra. Si bien al Ministerio de Salud le resulta relativamente fácil reducir la carga de morbilidad debida a la lepra, no está bien

equipado reducir el estigma y la discriminación, y esto último es lo que lo llevó a crear la red con los ministerios pertinentes y otros agentes.

Análisis de la situación

- Amenazas a la salud: lepra
- Privaciones: oportunidades limitadas en materia de empleo y negocios
- Dignidad: discriminación, exclusión de la sociedad

Acciones

¿Cómo se ejecutan las intervenciones orientadas a la promoción y a la prevención?

Si bien el Ministerio de Salud tuvo éxito a la hora de reducir la lepra en Indonesia, comprobó que no estaba bien equipado para prevenir el estigma y la discriminación contra las personas afectadas por dicha enfermedad, los cuales han subsistido incluso después de que la lepra fuera eliminada en el 2000 de conformidad con las normas de la OMS. Ahora el ministerio se encuentra fomentando un enfoque orientado a la prevención y la promoción, en cuyo marco está a la cabeza de una red constituida por el Ministerio de Bienestar Social, la OMS, ONG y gobiernos locales para efectuar un mapeo de los temas correspondientes y compartir la responsabilidad de reducir el estigma y la discriminación. Compartiendo responsabilidades con todos esos organismos, ahora el Programa Nacional de Control de la Lepra está en condiciones de promover y fomentar la labor de autopromoción de la causa por parte de las personas que viven con la enfermedad, para que puedan gozar de sus derechos en las esferas educativa, social y económica. Además, en el 2007 se estableció la Asociación de Personas Afectadas por la Lepra (*PerMaTa*) con 12 representantes provenientes de Java y de Nusa Tenggara Oriental, para abordar los problemas provocados por el estigma de la enfermedad. La misión de dicha asociación comprende la promoción de la causa, el logro de igualdad y el mejoramiento de la calidad de vida de las personas afectadas por la lepra. Por otra parte, en el Plan Estratégico Nacional sobre Lepra, que sigue las directrices de la OMS emitidas en el 2011, se incluyó la meta de incrementar la participación de las personas afectadas por la lepra. Sobre la base de esa política, el Ministerio de Salud, en colaboración con *PerMaTa*, *Nippon Foundation*, *Netherlands Leprosy* y la OMS, pudo utilizar experiencias y conocimientos especializados anteriores para reducir el estigma.

¿Existe un vínculo entre las acciones de protección y de empoderamiento, y en su caso, cuál es?

Las asociaciones de pacientes no han escatimado esfuerzos para llevar sus retos de salud a la atención del gobierno. Las personas afectadas por la lepra establecieron 192 grupos de autoayuda con el estímulo del gobierno indonesio; de ellos, la cuarta parte evolucionó para convertirse en grupos de autoayuda centrados no solamente en gestionar su propia salud sino también en crear actividades generadoras de ingresos, las cuales comprenden pequeñas empresas, la cría de pollos y cabras, el cuidado de estanques de cangrejos y la oferta de servicios de carpintería y de mantenimiento electrónico. A las personas afectadas por la lepra se les ha impartido capacitación sobre promoción de la causa para que puedan comunicar mejor sus necesidades a los responsables de la formulación de políticas y a otros interesados directos. Por otra parte, funcionarios de los gobiernos locales suelen invitar a los miembros de los grupos de autoayuda para que participen en talleres. Al encontrarse por primera vez ante la oportunidad de hacerse oír por el gobierno, las personas afectadas por la lepra comparten sus experiencias en público, lo cual refuerza el sentimiento de su propio valor dentro de su comunidad. Se prevé que esas personas se convertirán en importantes interesados directos para presionar al gobierno a que proteja los derechos de las personas afectadas por la lepra y los de sus familias.

Cambios

Las actividades grupales han empoderado a las personas afectadas por la lepra no solo para que gestionen su propia salud y su discapacidad sino también para que exijan sus derechos sociales, económicos y educativos. Ahora, tanto ellas como sus familias pueden plantear sus temas ante los funcionarios de gobierno a través de las asociaciones de pacientes, y su participación en la vida social ha aumentado su autoconfianza y eficacia individual allí donde pueden efectuar contribuciones a sus comunidades.

CASO 3

Proyecto de salud mental y desarrollo comunitarios en la ciudad capital de Vientián

(REPÚBLICA DEMOCRÁTICA POPULAR LAO)

Resumen

Los laosianos creen mucho en los espíritus, y a menudo piensan que las enfermedades mentales obedecen a la posesión por espíritus malos. Como en la comunidad el estigma y la discriminación existen, las personas aquejadas de trastornos mentales se sienten mortificadas y no quieren que la comunidad se entere de sus enfermedades.

Las únicas dos unidades de salud mental disponibles en el país son las unidades psiquiátricas en el hospital de Mahosot y en el Hospital Militar 103 en Vientián, que ofrecen servicios ambulatorios y de hospitalización a quienes sufren de enfermedades mentales. Hay solamente dos psiquiatras, un neurólogo, 10 médicos generales, 18 enfermeras y otros 11 trabajadores de salud incluidos personal auxiliar, proveedores de APS no médicos, asistentes sanitarios, asistentes médicos y consejeros psicosociales profesionales y paraprofesionales, que actualmente proporcionan servicios de salud mental para toda la población. Debido a ello, el acceso a los establecimientos de salud mental es desparejo en todo el país. Además, a la mayoría de los profesionales médicos no se les imparte capacitación adecuada para que puedan reconocer los problemas de salud mental, por lo cual muchos síntomas psicosomáticos son desatendidos por considerárselos carentes de toda importancia. Muchas personas aquejadas de una enfermedad mental, así como sus familias, también se encuentran en situación desventajosa en cuanto a la obtención de información adecuada sobre el tratamiento y los efectos colaterales de los medicamentos, lo cual da lugar a recaídas y a la falta de observancia del tratamiento. Los curanderos espirituales y tradicionales desempeñan un papel importante en la búsqueda de cuidados por parte de las personas aquejadas de una enfermedad mental y sus familias.

El Proyecto de salud mental y desarrollo comunitarios fue puesto en marcha en el 2007 por *BasicNeeds Lao PDR*, con financiamiento del Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido. El proyecto procura satisfacer las necesidades básicas de las personas que padecen enfermedades mentales y promover el respeto de sus derechos básicos, mediante el suministro de asistencia para mejorar la calidad de vida de los que sufren dolencias mentales, a través del modelo de salud mental y desarrollo elaborado por *BasicNeeds*. Dicho modelo consiste en cinco módulos interrelacionados: establecimiento de capacidad, salud mental de la comunidad, promoción de medios de sustento sostenibles, política de investigación y promoción de la causa y gestión y administración de programas.

Análisis de la situación

- Amenazas a la salud: enfermedades mentales, falta de acceso a tratamiento
- Privaciones: falta de oportunidades laborales
- Dignidad: discriminación

Acciones

¿Cómo se abordan las amenazas para la salud de manera integral?

En primer lugar, antes de la ejecución, el proyecto sentó las bases de una alianza con los servicios de salud gubernamentales y las estructuras de gobernanza dentro del Ministerio de Salud, incluida la unidad de salud mental del Hospital Mahosot y el Departamento de Salud de la Ciudad Capital de Vientián. Además, se organizó una reunión comunitaria con distintos interesados directos como funcionarios de distrito, jefes de aldeas, sindicatos de mujeres, sindicatos de jóvenes, sindicatos de personas mayores, trabajadores de salud, voluntarios comunales, personas con trastornos mentales y quienes les brindaban cuidados, para incluirlos en el proyecto. A los participantes en dicha reunión se les informó acerca de los cinco módulos del proyecto y acerca de la salud mental, tras lo cual se los dividió en grupos pequeños para que participaran en talleres interactivos. Allí tuvieron que identificar síntomas y aspectos psiquiátricos, tales como ilusiones, alucinaciones, comportamientos de las personas con trastornos mentales, tratamiento, y modos de sentir posibles. Luego, se les preguntó acerca de sus necesidades, puntos

fuertes y problemas y acerca de la manera en que la comunidad podría apoyar a las personas aquejadas de trastornos mentales.

El proyecto también impartió capacitación en salud mental a médicos, enfermeras y voluntarios comunales en los hospitales de distrito para establecer servicios de atención de salud mental y proporcionar tratamiento de salud mental y servicios de extensión a nivel comunitario. Asimismo, se impartió capacitación a personal de los hospitales de distrito en cuanto a supervisión, evaluación y seguimiento. Ahora, los servicios de atención de salud mental están integrados en los servicios de atención de salud generales. Conforme se va estableciendo la capacidad del sistema de salud, todos los equipos de salud mental distritales en 12 hospitales de distrito en lugares del proyecto proporcionan semanalmente y de manera independiente prácticas psiquiátricas ambulatorias. También se han generado actividades espontáneamente en el distrito. Los médicos que recibieron capacitación y empoderamiento en el marco del proyecto han comenzado a capacitar a otros médicos y enfermeras en su tiempo libre para ampliar los servicios de atención de salud mental en sus hospitales. Esa capacitación espontánea se originó debido al aliento y la motivación infundidos a esos médicos por los directores de las oficinas distritales de salud. Como resultado, el personal sanitario que trabaja en salud mental aumentó en número de 14 a 20 funcionarios.

Después del tratamiento, el proyecto brinda apoyo a los participantes, casi todos los cuales viven en una situación de real pobreza, para que regresen al trabajo o participen en otras actividades domésticas productivas como la agricultura. El proyecto se involucró en una amplia gama de sectores como los de agricultura, educación y formación profesional con la finalidad de promover medios de sustento sostenibles. Por ejemplo, a algunos de los participantes se les impartió capacitación agrícola y se les brindó apoyo no monetario, como semillas, equipos, aves de corral y cabras, a través de una colaboración con el sector agropecuario distrital. Actualmente tres estudiantes también están aprendiendo aptitudes de computación en un centro de formación profesional en Vientián. La escuela ha reconocido a uno de ellos, que tiene esquizofrenia, como un estudiante sobresaliente. Ello permite a los participantes volver a contribuir productivamente a la familia y la vida de la comunidad. Algunos de ellos se han convertido en voluntarios y apoyan las actividades en curso en el marco del proyecto.

Cambios

Después de que a una mujer, llamada Tip, se le diagnosticó correctamente una enfermedad mental y se le brindó tratamiento en un dispensario de salud mental organizado por *BasicNeeds* en el distrito Xaythani de Vientián, sus síntomas de enfermedad mental disminuyeron claramente. Ahora Tip puede comunicarse con otras personas y ha comenzado a cuidar de sí misma. Además, también está realizando trabajos productivos con su familia, ayudando a su madre a cocinar arroz y haciendo algunas tareas de limpieza. El programa de *BasicNeeds* le suministró dos cabras y ahora ella tiene seis. Hasta ahora ha logrado ganar cerca de 3 millones de kips (aproximadamente US\$370) con la venta de dos de esas cabras, y ya puede ayudar a su familia a atender su pequeña tienda familiar y cuidar a sus sobrinas y su sobrino. Además, actualmente la responsable de vender frutas en el mercado local es ella.

CASO 4

Vigilancia del acceso a servicios de atención de salud de calidad para grupos vulnerables

(UGANDA)

Resumen

La política sanitaria nacional de Uganda para 2011-2020 asegura el derecho de las personas a los servicios de salud y la rendición de cuentas, pero no todas las políticas del gobierno se ponen en práctica y a menudo no se cuenta con establecimientos infraestructurales en los lugares donde las comunidades más vulnerables podrían acceder a los mismos. Los grupos de población más

vulnerables comprenden a los huérfanos y niños, los ancianos, las mujeres (especialmente las viudas), las personas con discapacidades, quienes viven en casas grandes, los jóvenes, los grupos afectados por conflictos, las personas desplazadas en el interior del país y los refugiados que huyen de guerras. La ejecución de este proyecto corre por cuenta del (AGHA), que se dedica a mejorar la salud de las personas de 65 años o más, las mujeres de todas las edades, las personas con discapacidades, y las personas que viven con el VIH en los distritos de Pallisa y Lyantonde, a fin de que puedan acceder a los servicios de salud que necesitan. Las zonas y poblaciones objetivo se determinaron en función de la Política Sanitaria Nacional y el Plan Estratégico y de Inversión para el Sector de la Salud. El AGHA también realiza encuestas básicas y tareas de promoción de la causa en apoyo al derecho a la salud y los derechos humanos de los grupos vulnerables.

Análisis de la situación

- Amenazas a la salud: falta de acceso a los servicios de atención de salud, malaria, tuberculosis y tasas elevadas de ausentismo por parte del personal de salud
- Temores: violencia, conflictos entre los responsables de la formulación de políticas, los trabajadores de salud y sus pacientes
- Privaciones: N/A
- Dignidad: las personas con discapacidades son estigmatizadas

Acciones

¿De qué manera se alimentan las amenazas para la salud de otras amenazas o viceversa y cómo se abordan de una manera integral?

El AGHA está colaborando con organizaciones de la sociedad civil en otros sectores como los de educación, género, agua, medio ambiente y medios de difusión, para abogar por la salud y la seguridad humana en Uganda mediante la organización de reuniones de coordinación y el establecimiento de distintos comités sectoriales sobre temas como los de recursos humanos e infraestructura.

¿Qué grupos de población desfavorecidos existen y cómo participan en el proceso decisorio en materia de salud?

El proyecto moviliza comunidades para que aprendan acerca de los problemas de salud que enfrentan y las empodera a través de actividades de establecimiento de capacidad, campañas en los medios de difusión y divulgación de información, materiales educativos y de comunicación sobre sus derechos a la salud y sus derechos humanos, aporte de insumos sobre políticas y leyes y talleres de capacitación. Se da participación a las comunidades y el personal de salud en las evaluaciones de los establecimientos de salud, creándose así un punto de interacción importante entre los trabajadores sanitarios y los consumidores más vulnerables de los servicios de salud.

¿Se orientan principalmente las intervenciones sanitarias hacia la promoción y la prevención? ¿Cuáles son y cómo se llevan a cabo?

El proyecto promueve el aumento de conciencia a nivel comunitario y organiza diálogos y reuniones de sensibilización. También colabora con los medios de difusión para fortalecer la capacidad de las personas de utilizar los servicios de salud, vigilarlos, emprender prácticas seguras y saludables y abogar por una mayor inversión del gobierno en intervenciones de prevención de enfermedades en lugar de intervenciones curativas. También propugna una mejor remuneración para los trabajadores de salud.

¿Existe un vínculo entre las acciones de protección y de empoderamiento, y en su caso, cuál es?

Mediante este proyecto, el AGHA propugna la integración de temas relacionados con la salud, como la infección por el VIH/sida, las respuestas ante situaciones de emergencia, la desigualdad en materia de género, en la planificación y los procesos de presupuestación, y propugna asimismo el suministro de servicios de salud de calidad para los grupos vulnerables y una utilización de recursos eficaz. Sobre la base de las evaluaciones de establecimientos de salud hechas por las comunidades se organizan reuniones de retroalimentación con los responsables de la formulación de políticas, a los niveles de distrito y nacional, para identificar temas emergentes y las medidas correctivas que se han de tomar.

Cambios

El presupuesto para el ejercicio fiscal 2012-2013 incluía una inversión de US\$49.500 millones para contratar a 6.172 trabajadores de salud. Al promediar el ejercicio se había contratado a un total de 5.707 de dichos trabajadores y se habían aumentado los sueldos de los médicos. El proyecto también condujo a una mayor colaboración entre el parlamento y las organizaciones de la sociedad civil en el proceso de formulación de políticas. A nivel de distrito, se establecieron nuevos comités de salud para vigilar la prestación de servicios de salud a los grupos vulnerables, y concejales locales brindaron información a sus comunidades sobre el presupuesto a fin de que pudieran utilizarlo para exigir una rendición de cuentas acerca de la prestación de servicios de salud. A nivel de comunidad, el grado de conciencia de los trabajadores de salud y los grupos vulnerables en cuanto a los derechos del paciente ha aumentado, habiéndose elaborado además mecanismos de rendición de cuentas en los establecimientos de salud. Por ejemplo, los pacientes están usando cajas receptoras de sugerencias para manifestar sus necesidades de salud y sus quejas, lo cual ha proporcionado una plataforma para que los grupos vulnerables puedan hacerse escuchar. Algunos centros de salud informaron que las comunidades que atienden pudieron contribuir con sus propios recursos hacia la construcción de un tanque de captación de agua de lluvia en subsuelo.

CASO 5**Proyecto de prevención de la infección por el VIH/sida en Vietnam**

(VIETNAM)

Resumen

Hace mucho que quienes se inyectan drogas constituyen el grupo de población en mayor riesgo de contraer la infección por el VIH/sida en Vietnam. En el 2007 vivían con dicha infección 292.930 personas, en tanto que la prevalencia de la misma entre los adultos se estimaba en 0,54%. De todos los casos de infección por el VIH/sida notificados, 78,9% correspondían al grupo de los 20 a los 39 años de edad, en tanto que los hombres representaban 85,2%. La seroprevalencia más elevada entre las poblaciones clave en situación de mayor riesgo se registraba en quienes se inyectan drogas, las profesionales del sexo y los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, registrándose la mayor prevalencia entre quienes se inyectan drogas—un promedio nacional de 20%. Aunque el surgimiento del consumo de drogas como problema social se remonta a los años noventa, sigue causando estragos, especialmente entre las generaciones más jóvenes. A fines de junio del 2012 el número de registrados como consumidores de drogas inyectables llegaba en el país a una cifra tan elevada como 172.000 personas.

Anteriormente, el consumo de drogas inyectables se definía como un “mal social” en Vietnam. Las personas que se inyectaban drogas solían afrontar las amenazas planteadas por la pobreza, el desempleo y la falta de acceso a la atención de salud, pues eran objeto de una gran estigmatización y discriminación por parte de la comunidad en general. En el 2004, con un importante financiamiento del Banco Mundial, se lanzó un programa de reducción de daños al aprobarse la Ley sobre sida, que, entre otras cosas, brindó apoyo a esa reducción. Para el 2007 se había dado inicio a varios componentes del conjunto esencial de servicios para la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH/sida en personas que se inyectan drogas, incluidos los de actividades de extensión, programas de intercambio de agujas y jeringas y el programa de 100% de condones. Tras el lanzamiento del Programa Nacional de Tratamiento de Mantenimiento con Metadona (TMM) en Vietnam, las personas que consumen drogas comenzaron a aumentar su dignidad como seres humanos. El programa se ensayó en Ho Chi Minh City y Hai Phong en el 2008, y ahora ya se ha hecho extensivo a un total de 20 provincias, suministrándose metadona a casi 12.400 personas que se inyectaron drogas en 60 sitios con el decidido apoyo del Partido Comunista, ministerios y gobiernos a todos los niveles. Como parte del Programa de TMM, el Proyecto de Prevención de la Infección por el VIH/sida en Vietnam, con financiamiento del Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido y el Organismo Noruego de Cooperación para el Desarrollo, efectuó intervenciones de prevención y de reducción de daños

contra dicha infección en 21 de 64 provincias y posteriormente se fusionó con un proyecto del Banco Mundial. Al principio estaba bajo la gestión conjunta del Ministerio de Salud y la OMS, pero dicho ministerio es plenamente responsable del proyecto desde el 2006. Desde el 2013, las actividades de reducción de daños son financiadas por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria y el Plan de Emergencia para el Alivio del Sida, lanzado por el Presidente de EE.UU. (principalmente TMM), y en su marco el gobierno vietnamita va asumiendo una parte cada vez mayor de la responsabilidad financiera.

Análisis de la situación

- Amenazas a la salud: farmacodependencia, infección por el VIH/sida
- Privaciones: oportunidades de trabajo limitadas
- Dignidad: discriminación

Acciones

¿Cómo están incluidos los sectores y agentes pertinentes en la planificación, la toma de decisiones y los procesos de ejecución en materia de salud?

El éxito del proyecto se ha atribuido a su énfasis en la participación multisectorial. En su carácter de mayor órgano decisorio, el Grupo Coordinador Conjunto—presidido por el Viceministro de Salud y constituido por representantes del Ministerio de Trabajo, Inválidos de Guerra y Asuntos Sociales; el Ministerio de Seguridad Pública; el Ministerio de Finanzas; el Ministerio de Planificación e Inversión; el Ministerio de Relaciones Exteriores; e importantes donantes—ha organizado reuniones bianuales y proporcionado orientación estratégica, encargándose asimismo de la aprobación del presupuesto. A nivel nacional, el proyecto estableció la unidad central de gestión del proyecto para dar seguimiento a sus avances e informar al respecto. A su vez, en cada ciudad y provincia se establecieron comités provinciales de coordinación del proyecto, encargados de examinar y avalar planes y presupuestos. Cada unidad provincial de gestión del proyecto ejecutó los planes de trabajo, colaborando al mismo tiempo con organizaciones masivas y ONG, y brindando apoyo al Centro Distrital de Medicina Preventiva (CDMP) por medio de asesoramiento técnico. El CDMP coordinó sus actividades con otros ministros y ONG locales e internacionales a través del personal de la estación de salud comunitaria (principalmente médicos y enfermeras) encargado de supervisar a los educadores compañeros dedicados a educar a las profesionales del sexo y los consumidores de drogas inyectables. Esa modalidad de educación por compañeros permitió al proyecto identificar las poblaciones de difícil acceso, y las autoridades locales en general aceptaron la participación de los consumidores de drogas inyectables y de las profesionales del sexo. El liderazgo del gobierno central para la integración de intervenciones sensibles tales como las de extensión por compañeros, distribución de agujas y jeringas y promoción del uso de condones, permitió aumentar rápidamente la escala del proyecto. Además, al permitirse en su marco que los gobiernos distritales y comunales llevaran ellos mismos la gestión del proyecto, cada gobierno local se encargó de llevar a cabo actividades específicas según su región, como centros de acogida, planes de comprobantes en el programa de distribución de agujas y jeringas, y reclutamiento de personas que actualmente consumen drogas inyectables. Como el proyecto dio lugar a un aumento de la demanda de agujas, jeringas y condones, las farmacias privadas se comprometieron a ponerse al alcance del consumidor a nivel local. En ello participaron tanto organizaciones relacionadas con el ámbito de la salud como organizaciones ajenas a ese ámbito, y el programa nacional de TMM proporcionó no solo equipos y servicios médicos sino también oportunidades de trabajo y apoyo a los educadores compañeros, que a su vez empoderaron de manera efectiva a las poblaciones destinatarias de la acción. Si bien el proyecto se centraba en un conjunto de objetivos complejo, en vista de la amenaza planteada para la salud por la farmacodependencia, la responsabilidad de gestión general se asignó al Ministerio de Salud. La estrategia de nombrar líderes a los niveles nacional, provincial, distrital y local permitió movilizar insumos necesarios, tales como profesionales médicos y otros elementos (incluidos condones).

Cambios

En todo el país, los partes policiales locales muestran que la seguridad ha aumentado en las comunidades donde funcionan consultorios de TMM. A su vez, en el seno de las familias y los

vecindarios, el porcentaje de conflictos provocados por el consumo de drogas inyectables ha descendido, pasando de 41% antes del comienzo del programa de tratamiento, a menos de 1%. Por otro lado, muchos pacientes que utilizan metadona volvieron a tener empleo remunerado, y manifestaron sentir que sus familias los valoran, aceptan y confían en ellos.

Redes complejas de múltiples amenazas

CASO 6

Programa de Salud, Nutrición y Población de BRAC

(BANGLADESH)

Resumen

BRAC comenzó su intervención en 1972 como organización de socorro y rehabilitación para ayudar a los refugiados a que restablezcan los medios de vida que se habían destruido durante la guerra de liberación de Bangladesh. Desde sus inicios, la visión de BRAC ha sido fomentar una sociedad “justa, tolerante, sana y democrática... sin hambre, pobreza, degradación del medio ambiente y ninguna forma de explotación basada en la edad, el sexo, la religión y la etnicidad”⁹⁴. Como reconocimiento de que la salud es un derecho fundamental, la intervención sanitaria ha sido un aspecto integral del enfoque de un desarrollo holístico y basado en derechos que adoptó BRAC a partir de su creación. Dos objetivos principales del programa de salud de BRAC son mejorar la salud materna, neonatal e infantil y reducir la vulnerabilidad a enfermedades infecciosas y otros padecimientos comunes. La capacidad de respuesta a las necesidades de los clientes, la adaptación de tecnología comprobada, la costo-eficacia y la prestación de servicios mediante una alianza con las comunidades y el gobierno han sido los principios rectores de sus programas de salud, y es por ello que ha ampliado la cobertura y el alcance de las actividades. Para observar estos principios rectores, el programa de salud de BRAC adoptó un modelo de epidemiología-experimentación-expansión-evaluación para la elaboración y ejecución de programas. Con base en las enseñanzas extraídas de experiencias anteriores, el programa amplió los servicios sanitarios de prevención, promoción, corrección y rehabilitación a 100 millones de personas en el país. El programa adquirió su forma actual al integrar todas las intervenciones sanitarias comprobadas en un sistema único con diferentes componentes. Estos incluyen la atención de salud esencial; el control de la tuberculosis y la malaria; la salud materna, neonatal e infantil, y el abastecimiento de agua, el saneamiento y la higiene. También se incorporaron al programa centros de salud y centros de rehabilitación con prótesis. El programa se focaliza principalmente en las mujeres de hogares pobres (con menos 2.023 m² de tierra o que venden por lo menos 100 días de trabajo manual al año para ganarse el sustento). Actualmente atiende a 113 millones de personas. BRAC ha recibido apoyo financiero de la Embajada del Reino de los Países Bajos, el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido, el Organismo Australiano de Desarrollo Internacional, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, el Organismo Suizo para el Desarrollo y la Cooperación, la University Research Company, el Banco Mundial, el Programa Mundial de Alimentos, las Iniciativas de Micronutrientes, la Fundación Aga Khan y el Fondo mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria.

Análisis de la situación

- Amenazas a la salud: inseguridad alimentaria, efectos del cambio climático en la salud (enfermedades infecciosas y transmitidas por el agua y por vectores), desnutrición
- Temor: cambio climático
- Privaciones: pérdida de cultivos
- Dignidad: falta de medios de vida sostenibles

¿De qué maneras se alimentan mutuamente las amenazas a la salud y otras amenazas?

Los nuevos retos para la salud en Bangladesh incluyen los precios de los alimentos y la seguridad alimentaria; el cambio climático y sus efectos sobre la salud; la discapacidad, y la disparidad regional. Las proyecciones indican que Bangladesh puede sufrir más que cualquier otro país por el cambio climático, sobre todo como resultado del aumento de la temperatura y del nivel del mar. El incremento de la temperatura exagera los desastres naturales y los efectos subsecuentes sobre la salud. Dado que Bangladesh se ubica cerca del mar, la situación será más grave en lo que concierne a la seguridad del pueblo. Además, con un clima más cálido aumentará la incidencia de golpes de calor y deshidratación, y se agravarán las enfermedades cardiovasculares en los adultos mayores. Mientras tanto, la pérdida de los cultivos como resultado de esos cambios hará que se eleve el número de personas malnutridas en el país, lo que las hace aún más vulnerables a enfermedades infecciosas y transmitidas por el agua y por vectores. Por otra parte, la mayor frecuencia de inundaciones costeras acelerará el desplazamiento de las poblaciones que residen en estas zonas y exacerbará los problemas de salud, como el cólera, la diarrea, la desnutrición y las enfermedades de la piel.

Acciones

¿Cómo se abordan de manera integral las amenazas a la salud?

Para hacer frente a estos retos, BRAC trabaja con grupos de población en situación de pobreza extrema (las personas que viven con US\$1,25 o menos al día) para ayudarlos a crear una base de recursos que les proporcionen medios de vida sostenibles; asegurarse de que tengan acceso a servicios de salud, educación, bienestar social y legales, entre otros; sensibilizar al público; ayudar en la formulación y adopción de políticas y programas de protección social; ocuparse de la investigación con fines adaptativos para afrontar los problemas que surjan en el sector agropecuario; demostrar a los agricultores tecnologías de cultivo y de gestión de recursos naturales más productivas, costoeficaces y sostenibles desde el punto de vista ambiental, y desarrollar capacidad para responder ante los desastres naturales. Estas diversas actividades están coordinadas por un comité asesor integrado por académicos, obstetras, pediatras, especialistas en salud pública, epidemiólogos, especialistas en investigación y especialistas en género y administración, quienes brindan apoyo técnico y administrativo al proyecto. El comité es una entidad voluntaria que trabaja con diversos organismos profesionales para adoptar conocimientos actuales y prácticas innovadoras en la gestión de proyectos. Además, se creó una unidad de gestión de proyectos a nivel central con un jefe de proyecto, que es responsable de la coordinación y administración de las operaciones sobre el terreno y las actividades de los centros de salud.

¿Cómo participan los grupos de población desfavorecidos en el proceso decisorio en materia de salud?

Los programas de BRAC promueven la participación, la movilización y la interacción a nivel de la comunidad para fomentar una mayor concientización de la población y crear grupos de presión. También moviliza a los medios de comunicación para sensibilizar a personalidades influyentes, proveedores de servicios y la sociedad civil mediante la promoción de la causa. Utiliza el poder de los medios para dar voz a quienes de otro modo pasarían inadvertidos, como los trabajadores migratorios y las personas que viven en la extrema pobreza.

¿Cómo están incluidos los sectores y actores pertinentes en la planificación, la toma de decisiones y los procesos de ejecución en materia de salud?

Toda vez que sea posible, BRAC actúa como complemento y suplemento del gobierno. Su intervención para facilitar la ejecución del Programa Ampliado de Inmunización, la planificación familiar y el programa nacional de nutrición son ejemplos notables de esta tendencia. El Programa de Salud, Nutrición y Población, por medio de los mecanismos de control de la tuberculosis y la malaria, trabaja directamente con dependencias sanitarias del gobierno. Esta alianza ha coadyuvado a una rápida ampliación a mayor escala, al fortalecimiento de los sistemas sanitarios, a la planificación conjunta y a la movilización de recursos. Y para lograr eficiencia en esta alianza, se están creando capacidades en cada uno de sus integrantes.

Cambios

BRAC contribuyó a reducir la mortalidad materna a 194 defunciones por 100.000 nacimientos, elevar la tasa de alfabetización a 56,7% y alcanzar una tasa de crecimiento del PIB de más de 6%. Los programas de BRAC también han empoderado a los pobres, especialmente a las mujeres, movilizándolas a las comunidades a pasar de la concientización a la acción. Con la intervención se han atendido 950.000 familias, que recibieron herramientas para incrementar su activo humano, social y político a fin de reclamar sus derechos, resistir la explotación y desempeñar una función activa en la vida pública. Una red integrada de programas de desarrollo, empresas, e inversiones ha dado lugar a una sinergia particular que sustenta un enfoque holístico para aliviar la pobreza y mejorar la salud.

CASO 7**Proyecto de Municipio Saludable en el Noreste de Brasil**

(BRASIL)

Resumen

Las deficientes condiciones naturales que prevalecen en el estado de Pernambuco, en Brasil, produjeron altas disparidades sociales, y las comunidades que allí residen obtienen bajos ingresos y padecen elevados niveles de abuso de estupefacientes y de violencia doméstica y contra los niños, además de condiciones ambientales adversas que se exacerban por el uso indebido de productos químicos agrícolas. Se registran en la comunidad tasas elevadas de mortalidad y morbilidad por enfermedades no transmisibles, en particular relacionadas con el modo de vida. Si bien Brasil se ha comprometido a implementar la cobertura universal de salud como un derecho humano, muchos adultos mayores de Pernambuco carecen de acceso a servicios de salud.

Este proyecto emplea el “Método Bambú”, un enfoque participativo para atraer a las personas a un diálogo dirigido a la identificación de las necesidades de las comunidades, tomando en consideración los recursos existentes, desarrollando estrategias para el uso de estos recursos en la resolución de los problemas comunitarios, y desarrollando propuestas para iniciativas que requieren asistencia de fuera de la comunidad.

Esta iniciativa surgió de una alianza entre el Centro de Salud Pública y Desarrollo Social de la Universidad Federal de Pernambuco, la Secretaría de Planificación del Gobierno del Estado de Pernambuco y el Organismo del Japón de Cooperación Internacional (JICA). Este método se elaboró con base en las filosofías y los conceptos de promoción de la salud y ciudades y municipios saludables que promueve la OMS. En Brasil, el componente de municipios saludables formaba parte de una estrategia para lograr un desarrollo sostenible y se han creado diversas redes de municipios saludables teniendo en cuenta el contexto local de cada región. El Departamento de Planificación del estado participó en esa iniciativa y, por ello, el estado de Pernambuco terminó incorporándolo en su plan oficial de desarrollo comunitario. La red estatal está coordinada por este departamento, aunque también participan otros. El Centro de Salud Pública y Desarrollo Social de la universidad se encarga de la capacitación, el seguimiento, la evaluación y el apoyo técnico de la red. El JICA fue un catalizador para elaborar y ampliar a mayor escala este método y administró el proyecto con la universidad y el gobierno estatal; el equipo del JICA mantuvo su presencia durante el período quinquenal del proyecto. El JICA facilitó el intercambio de experiencias entre expertos de Japón, Brasil y otras zonas, y también aportó los fondos iniciales para esta nueva iniciativa.

Análisis de la situación

- Amenazas a la salud: tasas elevadas de mortalidad y morbilidad por enfermedades no transmisibles, falta de acceso a servicios de salud
- Temor: condiciones ambientales adversas
- Privaciones: bajos ingresos
- Dignidad: abuso de estupefacientes, violencia doméstica y de niños

Acciones**¿Cuál es el vínculo entre las acciones de protección y de empoderamiento?**

En la aplicación del Método Bambú participan miembros locales de la comunidad señalando las necesidades, los recursos y los conocimientos técnicos que existen en la comunidad, así como las estrategias que se están generando para atender esas necesidades usando los recursos y la tecnología existentes. Es un enfoque gradual en el que se emplea un proceso flexible y evolutivo para responder ante contextos cambiantes. Hace mucho hincapié en fortalecer el capital social, la solidaridad y la unidad. La meta del espacio bambú es integrar los esfuerzos desde arriba hacia abajo y desde abajo hacia arriba al permitir aportaciones locales en la formulación de políticas con la finalidad de que estas sean más receptivas a las necesidades locales. Ha demostrado ser muy eficaz para reunir a miembros de la comunidad con funcionarios de gobierno.

En el marco del proyecto se ofrece capacitación a residentes y a funcionarios de gobierno de todos los sectores para que aprendan a aplicar el Método Bambú. Se los concientiza sobre la importancia de la preservación de la comunidad, pero también se les enseñan aptitudes para la cooperación intersectorial, la movilización comunitaria, la coordinación de reuniones y la promoción de un intercambio respetuoso de opiniones. Los facilitadores capacitados organizan posteriormente reuniones en sus comunidades para identificar los puntos fuertes, determinar juntos la clase de comunidad que desean crear, formular y priorizar metas, y crear un plan de trabajo. Los participantes de la reunión proceden a ejecutar el plan de trabajo y a vigilar el progreso. Cuando el plan de trabajo requiere asistencia externa, el facilitador analiza la posibilidad de recibir apoyo con las autoridades municipales.

Cambios

Este proyecto reforzó la toma de conciencia sobre la salud y las condiciones de vida de los miembros de la comunidad; alentó una mejor sensibilidad al ambiente natural --ahora clasifican la basura para reciclaje-- y elevó los ingresos de los grupos de mujeres que confeccionaban y vendían artesanías populares. Se ha analizado la posibilidad de introducir este modelo en otros estados y difundirlo mediante programas de capacitación en otros países.

CASO 8**Programa de Ambientes Verdes y Saludables (PAVS): Construcción de políticas públicas integradoras en São Paulo**

(BRASIL)

Resumen

El Programa PAVS se creó en el año 2005 mediante un acuerdo firmado por las Secretarías Municipales del Verde y Medio Ambiente, de Salud, y de Asistencia y Desarrollo Social de São Paulo. Estos organismos señalaron la necesidad de poner en práctica políticas integradas que incluían temas ambientales en las acciones de promoción de la salud. Se tomó en cuenta la integración de la salud, la cultura y el medio ambiente con la participación activa de la comunidad. Para comprender los ambientes locales físicos y sociales que reinan en las comunidades y para llevar a cabo intervenciones específicas para el contexto, en el marco del PAVS se capacitaron y utilizaron agentes comunitarios de las estrategias de salud familiar y de protección social.

En sus orígenes, el proyecto contaba con recursos financieros del Municipio de São Paulo, el Banco Interamericano de Desarrollo, la Secretaría de Salud y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente. Entre los años 2005 y 2008, más de 5.000 agentes de la comunidad fueron capacitados por 80 instructores generales y 12 especialistas en medio ambiente. Se organizaron mesas redondas de planificación comunitarias en las que participaban delegados regionales y locales de instituciones del gobierno y la sociedad civil. Los temas incluían: contaminación ambiental, agua, energía, diversidad biológica, coexistencia sana con animales, consumo responsable y una cultura de paz. En el 2008 se identificaron y priorizaron los problemas ambientales y de salud y se realizaron cerca de 400 proyectos locales para resolverlos.

- Análisis de la situación**
- Amenazas a la salud: contaminación ambiental, zoonosis, enfermedades transmitidas por el agua, desnutrición
 - Temor: violencia interpersonal
 - Privaciones: pobreza
 - Dignidad: la población más vulnerable de São Paulo (45% de la zona metropolitana), énfasis en los niños y adolescentes pobres.

Acciones

Los miembros de la comunidad que participaron en el proyecto decidieron en conjunto cuáles eran las necesidades más urgentes y qué se debía hacer para satisfacerlas. Se encargaron del diseño y la realización de los propios proyectos. Una vez concluido el proceso de capacitación en el 2008, el PAVS se incluyó dentro de la Estrategia de Salud Familiar de la Coordinación de Atención Primaria de Salud de la Secretaría Municipal de Salud. El objetivo del programa ha sido fortalecer la colaboración intersectorial e intersecretarial entre los sectores de salud, medio ambiente y protección social a fin de fortalecer y empoderar a las comunidades locales para atender los problemas ambientales y sanitarios mediante intervenciones integradas de promoción de la salud.

El 3 de agosto del 2011, la Secretaría Municipal de Salud puso en práctica una ordenanza innovadora para aplicar el programa como una política pública integrada del Municipio de São Paulo. En diciembre del 2011, el programa coordinaba 1.454 proyectos locales específicos del contexto, como alimentación sana, educación ambiental y una cultura de paz, manejo de residuos sólidos y proyectos de recuperación de espacios públicos. En el 2011, 251 unidades de atención primaria de salud participaron en el programa.

CASO 9

Mejora de las condiciones de seguridad humana en Soacha mediante un sistema integrado, participativo y sostenible de protección social

(COLOMBIA)

Resumen

Este proyecto tenía por objeto mejorar las condiciones de vida de las personas que habían sido desplazadas por conflictos violentos y residían en comunidades no planificadas y superpobladas. El proyecto fue diseñado mediante un proceso participativo en el que participaron representantes del gobierno, la sociedad civil, empresas y particulares locales de la comunidad seleccionada. El objetivo principal fue mejorar el acceso a los servicios de salud y educación y preparar tierras para cultivo a fin de reducir la desnutrición y elevar los ingresos de los agricultores. La cohesión social que se creó gracias al proyecto ayudó a reducir la violencia en la comunidad seleccionada, en tanto que la adopción de mejores prácticas agrícolas contribuyó a reducir la degradación del medio ambiente, lo que dio como resultado una menor vulnerabilidad a desastres naturales.

El proyecto fue un esfuerzo colaborativo entre la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (OCAH), la OPS/OMS, el UNICEF, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), el UNIFEM, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), la FAO, el Programa Mundial de Alimentos (PMA), el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), dependencias gubernamentales locales y otras organizaciones de la sociedad civil. Fue establecido por el Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad Humana en el período 2010-2012.

- Análisis de la situación**
- Amenazas a la salud: poco acceso a servicios básicos de atención de salud, saneamiento e higiene deficientes, inseguridad alimentaria
 - Temores: conflicto armado, reclutamiento forzado de pandillas, crímenes violentos y robos

- Privaciones: extrema pobreza, condiciones deficientes de vivienda, acceso limitado a capacitación, falta de oportunidades para conseguir un empleo formal
- Dignidad: poco acceso a la educación, población históricamente excluida y marginada

¿Cómo se vinculan las tres libertades?

Después de casi 50 años de conflicto armado, Colombia tiene alrededor de 3 millones de personas desplazadas en su país. Estas personas han sido históricamente excluidas y marginadas, y su asentamiento en las comunidades informales en las afueras de Bogotá las volvía aún más vulnerables a incidentes naturales súbitos, enfermedades y desnutrición. Muchas de ellas se encontraban en un círculo vicioso de pobreza, bajos niveles de educación y pocas oportunidades de seguir una profesión. Se cometían crímenes violentos y se intimidaba a la población de manera descontrolada en esas comunidades informales, dejando a los residentes aún más empobrecidos e incapaces de mejorar su situación.

Acciones

¿Cómo se abordan los nexos entre las tres libertades?

Miembros locales de la comunidad y otros interesados directos intervinieron en un proceso participativo para determinar las fuentes de vulnerabilidad en la comunidad escogida como meta. Seguidamente, los asociados en el proyecto trabajaron directamente con los miembros de la comunidad para desarrollar sus aptitudes y oportunidades vocacionales, construir escuelas y brindar más flexibilidad en sus ofertas, cultivar huertas en escuelas y hogares e instalar un sistema para captar agua de lluvia que se utilizaba para mejorar el riego y la higiene.

¿Cuál es el contexto local específico y de qué forma se lo toma en cuenta en las decisiones en materia de salud?

La mejora de las condiciones de seguridad humana en Soacha se limitó a la Comuna 6, beneficiando principalmente a mujeres, adolescentes y niños desplazados en su país. Al incluir a miembros de la comunidad en el diseño y la ejecución de las intervenciones, se logró que las actividades del proyecto se orientaran a satisfacer las necesidades que la comunidad consideraba como las mayores amenazas a su vida cotidiana.

¿Cómo se abordan las amenazas para la salud de manera integral?

En el proyecto se tuvieron en cuenta los diversos retos que amenazaban a la comunidad y se diseñaron programas para ayudar a mejorar los niveles de educación, las aptitudes vocacionales, el rendimiento de las cosechas y la higiene, todo al mismo tiempo. Los sistemas de captación de agua de lluvia ayudaron a mejorar la productividad agrícola y el saneamiento en la comunidad, y ambos, en definitiva, dieron lugar a mejores resultados sanitarios gracias a una mayor seguridad alimentaria y a una menor transmisión de enfermedades. El aumento de los ingresos también ayudó a reducir la violencia, porque se redujo el número de personas que recurrían a la criminalidad.

Cambios

Los índices de criminalidad en la comunidad descendieron dado que 520 participantes jóvenes que se encontraban en riesgo de involucrarse en situaciones ilegales optaron por emplear su tiempo participando en actividades extraescolares y generadoras de ingresos. Las familias locales obtuvieron fuentes más fiables de alimentos e ingresos gracias a las huertas y al sistema de riego. El proyecto también ayudó a iniciar el diálogo y la cooperación entre la comunidad y el gobierno local, y demostró a ambos que podrían lograr mejoras sostenibles en la comunidad trabajando juntos.

CASO 10

Rostros, Voces y Lugares: Estrategia de seguridad alimentaria y nutrición en procesos de desarrollo locales, Boca de Mao

(REPÚBLICA DOMINICANA)

Resumen

Esta estrategia fue un esfuerzo de la OPS mediante la iniciativa Rostros, Voces y Lugares. Su objetivo era reducir las desigualdades de salud en la región de Boca de Mao de la República Dominicana por medio de un proceso participativo. Boca de Mao es un distrito ubicado en el municipio rural de Valverde, una de las zonas más pobres del país, cercana a la frontera con Haití. El proyecto promovió actividades intersectoriales e interinstitucionales con miras a cumplir los ODM. Además de llevar a cabo actividades a nivel de la comunidad, en el marco de la iniciativa se elaboró un plan de capacitación en salud, medio ambiente, seguridad alimentaria, vigilancia sanitaria y nutricional.

Análisis de la situación

- Amenazas a la salud: infección por el VIH/sida, falta de acceso a servicios básicos de salud
- Temores: amenazas ambientales naturales
- Privaciones: pobreza, falta de servicios básicos mínimos
- Dignidad: exclusión de la sociedad

Acciones

¿Cómo participan los grupos de población desfavorecidos en el proceso decisorio en materia de salud?

Los habitantes de Boca de Mao son principalmente inmigrantes haitianos que trabajan, en general, en la producción de plátanos y arroz. Son jóvenes (38% de ellos son menores de 15 años) y existe una alta prevalencia de infección por el VIH/sida. El distrito carece de servicios básicos mínimos y es sumamente vulnerable a amenazas ambientales naturales como ciclones, inundaciones y sequías.

La autoridad más alta del distrito es el Consejo de Desarrollo, integrado por los representantes de las juntas vecinales. El consejo incluye a un representante de la comunidad haitiana elegido democráticamente para asegurarse de que se satisfagan las necesidades de esa población local. La práctica común de la religión católica contribuyó a fortalecer la trama social del distrito. Además, la presencia de una asociación local de mujeres en el consejo ayudó a aclarar los temas de identidad de género en el proceso decisorio.

¿Cómo se llevan a cabo las intervenciones sanitarias hacia la promoción y la prevención?

A medida que se fue haciendo evidente la necesidad de reducir la desnutrición, mejorar las condiciones sanitarias y prevenir enfermedades de transmisión sexual o por vectores, la comunidad de Boca de Mao empezó a asumir una mayor responsabilidad para lograr condiciones de vida más saludables mediante esta iniciativa. Gracias a la participación activa de la comunidad en los Comités de Salud, comenzó a venir un médico a su centro de salud. Se instalaron sistemas de abastecimiento de agua potable y se controló el uso de letrinas con el apoyo de la Asociación de Productores de Plátano. Por el lado del gobierno, participaron el sector agrícola y el sector salud en la iniciativa a nivel nacional, regional y local. El sector agropecuario brindó asistencia técnica para cultivar huertas familiares y comunitarias. El sector salud se encargó del manejo y mantenimiento del sistema de abastecimiento de agua en las clínicas rurales; la capacitación de promotores locales de salud, alimentación y nutrición, y del suministro de información. Las autoridades escolares locales también ofrecieron sus establecimientos para organizar un laboratorio de tratamiento de agua para consumo humano. Asimismo, intervinieron los medios locales, informando sobre los eventos realizados en el marco del proyecto, como una feria de salud, actividades hortícolas, dragado de canales y otras actividades.

Cambios Esta participación ayudó a los residentes haitianos y a las mujeres a vivir con dignidad y fortaleció la cohesión social en la comunidad de la zona dominicana fronteriza con Haití.

CASO 11

Fortalecimiento de capacidades locales para la paz y el desarrollo mediante un enfoque de seguridad humana en la frontera norte de Ecuador

(ECUADOR)

Resumen

Esta iniciativa fue financiada por el Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad Humana (UNTFHS) en el marco de dos proyectos, uno que tuvo lugar desde el 2006 al 2009 y el segundo del 2013 al 2015. Estos proyectos tenían por objeto fortalecer la paz y el desarrollo en una zona cercana a la frontera norte de Ecuador donde comparten un mismo territorio refugiados del conflicto armado de Colombia, grupos criminales, poblaciones indígenas y afroecuatorianos. Los actuales conflictos armados y sociales, unidos al aislamiento geográfico y la debilidad de las instituciones públicas, han provocado niveles más altos de desempleo e inseguridad alimentaria, menos acceso a servicios sociales básicos, y mayor trata de personas, prostitución, explotación sexual y tráfico ilícito de drogas y armas. Los proyectos se centraban en limitar la reaparición de la violencia y la criminalidad en la región, poner en práctica planes de preparación para la comunidad ante situaciones adversas, y crear comunidades más resilientes.

Esta iniciativa fue un esfuerzo colaborativo a largo plazo del PNUD, el ACNUR, el UNICEF, la UNESCO, el PMA, el UNFPA, el Ministerio Coordinador de Seguridad, el Servicio Ecuatoriano de Capacitación Profesional, el Instituto de la Niñez y la Familia, los Ministerios de Salud y Educación, gobiernos locales y diversas organizaciones de la sociedad civil.

Análisis de la situación

- Amenazas a la salud: inseguridad alimentaria, falta de acceso a atención de salud esencial
- Temores: violencia armada y criminalidad, trata de personas, tráfico ilícito de drogas y armas
- Privaciones: altos niveles de pobreza, desempleo
- Dignidad: exclusión de la educación, discriminación contra refugiados, prostitución y explotación sexual

¿Cómo se vinculan las tres libertades?

En los últimos años, varios grupos armados ilegales y redes criminales de Colombia han estado cruzando hacia Ecuador. En consecuencia, varias provincias fronterizas han experimentado un aumento de la violencia y la criminalidad, y una incorporación creciente de jóvenes marginados a grupos de delincuentes. Esta proliferación de la criminalidad y la violencia exacerbó las vulnerabilidades sociales y económicas existentes, como la competencia por el uso del suelo; altos niveles de pobreza, desempleo e inseguridad alimentaria, y poco acceso a la atención sanitaria y a la educación. Además, los refugiados (sobre todo los menores no acompañados) suelen carecer de acceso a los servicios básicos. Por otro lado, muchas mujeres y niñas—principalmente refugiadas y migrantes—han quedado atrapadas en redes de prostitución y explotación sexual.

Acciones

¿Cuál es el vínculo entre las acciones de protección y de empoderamiento?

Un ejemplo de la manera en que los proyectos armonizaron las acciones de protección y empoderamiento es que se impartió capacitación a las fuerzas del orden, personal de salud y profesionales de la educación para prevenir la trata de personas, apoyar la consolidación de la paz y mejorar la asistencia a víctimas. Se ofreció también capacitación vocacional a mujeres, refugiados y jóvenes marginados. Además, se invitó a participar a las comunidades y organizaciones de la sociedad civil locales en el proceso decisorio para ampliar el acceso a servicios de salud y educación—principalmente para niños refugiados no acompañados—y elaborar planes de preparación de la comunidad.

Cambios

Los proyectos reunieron a instituciones locales públicas y organizaciones de la sociedad civil para vigilar que se respeten los derechos de los niños y los adolescentes de recibir servicios sociales básicos. Se establecieron centros de integración de refugiados para garantizar la inserción de niños refugiados en las escuelas. Por otro lado, ayudaron a las autoridades y a las comunidades locales a prepararse para responder oportunamente ante una posible afluencia de refugiados.

CASO 12**Coexistencia pacífica y mayor seguridad ciudadana en tres municipios del departamento de Sonsonate**

(EL SALVADOR)

Resumen

El objetivo de este proyecto era desarrollar la capacidad de las autoridades locales para enfrentar la violencia y la criminalidad y hacer participar a las comunidades en la regeneración de zonas urbanas en el departamento más pobre de El Salvador. Sonsonate registraba una de las tasas de homicidio más elevadas del país y una proliferación de pandillas juveniles (maras), tráfico de drogas, armas de fuego y violencia por razones de género. Además, tenía acceso limitado a los servicios de salud y educación.

Esta iniciativa fue un esfuerzo colaborativo del PNUD, el UNICEF, la OPS/OMS, la OIT, el Consejo Nacional de Seguridad Pública de El Salvador y municipios locales, y contó con financiamiento del Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad Humana (UNTFHS) desde el 2008 al 2011. El proyecto se fue llevando a cabo a través de unidades de coordinación integradas por instituciones del gobierno, organismos de las Naciones Unidas y organizaciones de la sociedad civil, y recalcó la importancia de fortalecer las relaciones entre el Estado y la sociedad.

Análisis de la situación

- Amenazas a la salud: poco acceso a la atención primaria de salud, altas tasas de homicidio
- Temor: pandillas juveniles, tráfico de drogas, armas de fuego, violencia por razones de género
- Privaciones: altos niveles de pobreza, poco acceso a servicios sociales
- Dignidad: violencia por razones de género, poco acceso a servicios legales y educativos

¿De qué manera se alimentan mutuamente las amenazas a la salud y otras amenazas?

Los residentes de Sonsonate han experimentado los niveles más altos de pobreza del país y acceso limitado a los servicios sociales, como la atención primaria de salud, educación y a la protección ciudadana. Además, mientras que en otras partes del país se reducía la criminalidad y los conflictos y mejoraba el desarrollo humano, estas tendencias positivas no llegaron con rapidez a esta zona. La situación dio lugar a una proliferación de pandillas juveniles, tráfico de drogas, armas de fuego y violencia por razones de género. Como resultado, en Sonsonate se registraba una de las tasas de homicidio más elevadas del país en el 2005.

¿Qué grupos de población desfavorecidos existen?

Los niños, los jóvenes y las mujeres se vieron sumamente afectados por la proliferación de pandillas juveniles, tráfico de drogas, armas de fuego y violencia por razones de género en tres municipios del departamento de Sonsonate.

Acciones**¿Cómo se abordan las amenazas para la salud de manera integral?**

El proyecto impulsó la coordinación entre instituciones nacionales y organizaciones de la sociedad civil al impartir capacitación en mecanismos de vigilancia policial de la comunidad y al mejorar la seguridad y la protección de los espacios urbanos mediante la construcción y

restauración de un centro comunitario, escuelas secundarias, campos deportivos y juegos infantiles. Asimismo, propició una reducción de la violencia mediante la prohibición municipal de portar armas de fuego y actividades de sensibilización sobre los peligros que encierran. Se adoptaron también medidas para prevenir la violencia familiar, la explotación sexual y la trata de personas, haciendo esfuerzos al mismo tiempo para reducir desigualdades en materia de género.

¿Cuál es el contexto local específico y de qué forma se lo toma en cuenta en las decisiones en materia de salud?

Las unidades de coordinación integradas locales adaptaron su apoyo a las necesidades y las capacidades de cada municipio con base en los resultados de los análisis de situación, que incluían datos locales y políticas, planes y estrategias municipales.

¿Cuál es el vínculo entre las acciones de protección y de empoderamiento?

El proyecto mejoró la capacidad de las fuerzas del orden y de las organizaciones de la sociedad civil para proporcionar vigilancia policial en la comunidad y mejorar las aptitudes de liderazgo de los alcaldes locales para establecer procesos de toma de decisiones más incluyentes. También logró que las comunidades se involucraran en la aprobación de prohibiciones municipales de portar armas de fuego y en campañas locales de sensibilización sobre los peligros que estas acarrear.

Cambios

La creación de unidades de coordinación locales dio como resultado soluciones más adecuadas al contexto, coherentes y eficientes que integraban la salud, la educación y la seguridad pública. Se fortalecieron, además, las relaciones entre el Estado y la sociedad, con una visión más amplia e integral de la manera en que las instituciones y las comunidades identificaban sus funciones y responsabilidades respectivas para crear seguridad ciudadana y mantener una coexistencia pacífica. Estos cambios contribuyeron a una reducción de 16% de los índices de criminalidad entre el 2009 y el 2010.

CASO 13

Reducción de vulnerabilidades para contribuir al proceso de desarrollo rural en los municipios de las cuencas de los ríos Coatán y Alto Suchiate en el departamento de San Marcos

(GUATEMALA)

Resumen

Este proyecto tenía por objeto mejorar las condiciones de salud y vivienda de comunidades rurales de la zona, ampliar la participación de la mujer en el desarrollo local y mejorar la capacidad de los municipios, los Consejos Municipales de Desarrollo (COMUDE) y los Consejos Comunitarios de Desarrollo (COCODE) para efectos de planificación del desarrollo local. Las cuencas de los ríos Coatán y Alto Suchiate han sido zonas marginadas, afectadas por conflictos armados, donde hubo una débil presencia de instituciones públicas nacionales y locales. Alrededor de 90% de los residentes viven sumidos en la pobreza, con poco acceso a servicios sociales básicos, alimentos adecuados, ni vivienda.

Este caso fue un esfuerzo colaborativo del PNUD, la OPS/OMS, la FAO, la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, los COMUDE, los COCODE y organizaciones de la sociedad civil. Fue financiado por la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo en el período 2010-2013.

Análisis de la situación

- Amenazas a la salud: desnutrición infantil crónica, altos niveles de mortalidad materna, embarazo precoz, prácticas curativas tradicionales

- Temores: contrabando, sequías cíclicas, violencia familiar
- Privaciones: pobreza
- Dignidad: adicción, violencia familiar, embarazo precoz y aborto, exclusión de la mujer

¿De qué maneras se alimentan mutuamente las amenazas a la salud y otras amenazas?

Los residentes de las Cuencas de los ríos Coatán y Alto Suchiate, en San Marcos, Guatemala, se han dedicado principalmente a la agricultura y a actividades ilegales como el contrabando y la producción de adormidera. La zona tiene una larga historia de cultura maya con actitudes excluyentes de la mujer y recurren a prácticas curativas tradicionales. La aplicación de prácticas agrícolas inapropiadas, la falta de planificación de los asentamientos humanos y las sequías y heladas cíclicas han deteriorado el entorno social y físico local. Como consecuencia de estas vulnerabilidades sociales y ambientales y de las prácticas culturales, los niños presentan altos niveles de desnutrición crónica y se registran tasas elevadas de mortalidad materna, adicción, violencia familiar, embarazo precoz y aborto.

Acciones

¿Cómo se abordan las amenazas para la salud de manera integral?

El proyecto fortaleció la capacidad de los COMUDE, los COCODE y las organizaciones comunitarias para participar en los sistemas de planificación, la gestión de riesgos, la prevención de situaciones de emergencia y la implementación de mecanismos de alerta temprana. Además, estableció enfoques participativos para mejorar los centros de salud, la producción de alimentos, el abastecimiento de agua y el saneamiento, y la vivienda, así como a realzar el papel de la mujer en oficinas municipales.

Cambios

El proyecto mejoró las condiciones de abastecimiento de agua, el saneamiento y la vivienda para 700 familias; facilitó la producción sostenible de alimentos para 2.600 familias, y reforzó la gestión de recursos acuáticos locales en 10 microcuencas. Asimismo, fortaleció el proceso de planificación participativa y los mecanismos de alerta temprana de los COMUDE y los COCODE.

CASO 14

Asociación para la Salud Reproductiva y Familiar

(NIGERIA)

Resumen

El objetivo de este proyecto era mejorar la salud de la mujer al darle mayor acceso a los métodos de planificación familiar en zonas subatendidas. En el marco del proyecto se impartió capacitación a parteras tradicionales y a personal de salud voluntario para que ofrecieran información clara y precisa sobre la anticoncepción y concientizaran a hombres y mujeres de la comunidad acerca de los beneficios de la paternidad planeada. También se apoyó al personal de salud en el aprendizaje de técnicas de cultivo y cría de aves de corral para mantener su entusiasmo y para que puedan seguir donando su tiempo al proyecto. La Asociación para la Salud Reproductiva y Familiar recibió financiamiento del UNFPA para este proyecto y trabajó en estrecha relación con dependencias gubernamentales y ONG locales.

Análisis de la situación

- Amenazas a la salud: embarazos involuntarios, infecciones de transmisión sexual, morbilidad y la mortalidad maternas
- Temor: actos delictivos contra el personal de salud fuera de la comunidad
- Privaciones: poco acceso a servicios de salud
- Dignidad: control limitado de la salud reproductiva propia en la mujer

¿Qué grupos de población desfavorecidos existen?

África subsahariana representa más de la mitad de la carga mundial de mortalidad materna, neonatal e infantil, y más del 90% de muertes por malaria. Dado que Nigeria es la nación más poblada de África, su desarrollo tiene implicaciones significativas para su propio progreso y para el de toda la región hacia el desarrollo socioeconómico y el cumplimiento de los ODM. Entre los indicadores de salud más preocupantes de Nigeria cabe mencionar una razón de mortalidad materna de 545 por 100.000 nacidos vivos, superada únicamente por India en las estimaciones mundiales. Por cada caso de mortalidad femenina, otras 20 a 30 mujeres quedan afectadas por discapacidades de corto o largo plazo relacionadas con la salud reproductiva, como fístulas obstétricas, rupturas del útero o dolor pélvico crónico debido a la enfermedad pélvica inflamatoria. Además, la epidemia nacional de infección por el VIH perjudica a las mujeres de manera desproporcionada.

Acciones

¿Cómo se abordan los nexos entre las tres libertades?

A los miembros de la comunidad que se ofrecen voluntariamente a colaborar como parteras tradicionales o personal de salud se les presentan “proyectos de autoayuda,” como cría de aves de corral y cultivos para mantener su entusiasmo, ya que se reconoce la necesidad de buscar formas creativas para seguir contando con trabajadores profesionales en ambientes donde no siempre se dispone de recursos financieros para remunerarlos.

¿Cuál es el vínculo entre las acciones de protección y de empoderamiento?

Los obstáculos a la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos no se deben únicamente a la falta de acceso. Las barreras también incluyen obstáculos sociales, culturales o religiosos, así como un conocimiento incompleto o incorrecto de los diferentes métodos y el temor a sufrir efectos colaterales. La Asociación para la Salud Reproductiva y Familiar subraya la importancia de la sensibilización y el empoderamiento de los miembros de la comunidad e interesados directos locales para estimular la aceptación y un mayor uso de servicios de planificación familiar y salud reproductiva. Para ello es menester que participen quienes toman las decisiones en la familia y en la comunidad para que alienten a las mujeres a que escojan métodos eficaces de planificación familiar. Al hacer participar a un conjunto diverso de interesados directos tanto en la planificación como en la ejecución, el programa ha dado lugar a una coordinación formal y más estrecha con dependencias e instituciones de salud locales de gobierno, que se encargan de la supervisión y ofrecen establecimientos del gobierno para llevar adelante los programas a un costo asequible.

¿Cómo participan los grupos de población desfavorecidos en el proceso decisorio en materia de salud?

La Asociación para la Salud Reproductiva y Familiar se ha fijado como objetivo apoyar a las mujeres y facilitarles el acceso a servicios de planificación familiar que las puedan proteger de los peligros que acarrea un parto. Tras reconocer que existe una trama compleja de obstáculos para obtener acceso a ese tipo de servicios, en cada etapa del proyecto se organizan talleres de planificación para los diferentes interesados directos de la comunidad en los que pueden expresar las dificultades que enfrentan para intensificar la planificación familiar. Las ONG locales ayudan a identificar las comunidades vulnerables.

¿De qué forma se toma en cuenta el contexto local específico en las decisiones en materia de salud?

Originalmente, este proyecto, cuyo objetivo era fomentar el uso de métodos de planificación familiar para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas, se orientaba principalmente a capacitar a las parteras tradicionales para que desempeñaran esa función. Pero descubrieron que, debido a las sólidas tradiciones religiosas de la comunidad, eran los hombres los que tomaban las decisiones sobre la planificación familiar. Como resultado, el proyecto comenzó a dar más importancia a actividades de sensibilización dirigidas a los varones y a capacitar a trabajadores de salud voluntarios de sexo masculino, aunque la meta principal del proyecto sigue siendo mejorar la salud de la mujer.

Cambios El proyecto coadyuvó a fortalecer la capacidad de las mujeres del grupo destinatario para mejorar sus medios de vida, convenciéndolas de que pueden mantenerse por sí mismas y hacer una mayor contribución a su comunidad.

CASO 15

Iniciativa Oriade

(NIGERIA)

Resumen Este programa ayuda a estructurar e implementar la administración y el financiamiento conjuntos de programas de desarrollo sanitario local que son adaptables, factibles y basados en prácticas locales. Pueden participar comunidades que ya vienen aplicando medidas de autoayuda, cuentan con una sociedad civil activa, están dispuestas a colaborar con las autoridades del sector público y obtienen el consentimiento de sus líderes tradicionales. Los miembros de la comunidad efectúan pequeñas contribuciones voluntarias a un fondo de financiamiento que se utiliza para sufragar operaciones en pro del desarrollo en la comunidad. Este programa está operado por el Centro de Capacitación, Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud.

Análisis de la situación

- Amenazas a la salud: falta de acceso a servicios de atención de salud y agua potable
- Privaciones: pobreza
- Dignidad: recursos limitados para mantener a la familia

Acciones *¿Qué grupos de población desfavorecidos existen y cómo participan en el proceso decisorio en materia de salud?*

Aproximadamente 40% de la población de Nigeria vive sumida en la pobreza absoluta, y cerca de 80% de los pobres reside en zonas rurales. Casi la mitad de la población carece de acceso a servicios de atención de salud, y más de la mitad no tiene abastecimiento de agua potable. Con el objeto de corregir estos indicadores tan desalentadores, la Iniciativa Oriade elaboró un programa de cofinanciamiento comunitario, en el marco del cual las comunidades aportan pequeñas contribuciones voluntarias a un fondo para financiar actividades de desarrollo local.

¿Cuál es el vínculo entre las acciones de protección y de empoderamiento?

Un mecanismo importante financiado por el fondo comunitario es el Perfil de Pobreza y Desarrollo Sanitario, una encuesta transversal anual de miembros registrados que da seguimiento a indicadores de salud y de acceso a recursos sociales como agua potable, saneamiento y servicios de atención de salud. Los datos recopilados se utilizan para mapear la distribución de la pobreza y la desigualdad en las comunidades, así como para evaluar y planificar programas comunitarios actuales y futuros. La evaluación de la pobreza se basa en una combinación de indicadores de salud pública, sociales y económicos establecidos por la comunidad. De esta manera, ahora los miembros tienen voz, contrariamente a lo que sucedía antes, que a menudo no se tenían en cuenta al definir su propia situación de pobreza y el panorama de retos físicos, sociales y económicos que enfrentan. La encuesta se realiza todos los años, financiada con aportes de la comunidad y un subsidio del gobierno local o de un socio en el desarrollo. Se convocan reuniones de consulta popular trimestralmente a fin de que los comités de gestión locales presenten un informe a la comunidad y se analicen nuevos retos y prioridades.

Cambios Al invitar a los miembros de la comunidad a que determinen sus propias prioridades, con base en un análisis transversal anual de las diferentes dimensiones de la pobreza en la comunidad, el fondo de financiamiento se utiliza así para atender una amplia gama de problemas, reflejo de las verdaderas amenazas que se ciernen sobre la comunidad.

CASO 16

Mejora de la calidad del agua, la salud y la nutrición en Vietnam— Proyecto SWAN

(VIETNAM)

Resumen

Debido a la falta de infraestructura física y capacidad financiera que padece Vietnam, la población tiene acceso limitado al suministro de agua salubre, lo que ha dado lugar a una escasez de agua potable en todo el país. Aunque Vietnam ha mejorado su situación al construir más de 8.000 instalaciones para tratamiento de agua en los últimos decenios, muchas de ellas no estuvieron bien administradas. Como resultado, los consumidores bebían agua contaminada sin saber los riesgos que esto entrañaba para la salud. Dada la índole compleja de la situación, una mejor calidad del agua por sí sola tiene beneficios limitados para los vietnamitas. Se vuelven cada vez más cruciales otros problemas, además del acceso al agua potable, como la salud y la nutrición—especialmente en los niños—que afectan el bienestar de la comunidad.

El Proyecto de Agua Potable y Nutrición (SWAN, por sus siglas en inglés) fue lanzado en el 2001 por el Instituto Internacional de Ciencias de la Vida (ILSI, por sus siglas en inglés) con el financiamiento del JICA con el fin de crear modelos de abastecimiento sostenible de agua, higiene alimentaria y mejoras nutricionales al desarrollar las capacidades de las autoridades locales en los sectores de agua, salud y nutrición en zonas rurales y suburbanas. En un principio, las actividades estaban dirigidas por un equipo de proyecto (ILSI Japón y el Instituto Nacional de Nutrición), pero a partir de la segunda mitad del proyecto, entidades locales de administración del agua condujeron las actividades en sus zonas con el apoyo del equipo de proyecto y los esfuerzos de la comunidad.

Análisis de la situación

- Amenazas a la salud: diarrea infantil y peso inferior al normal
- Privaciones: falta de infraestructura física y capacidad financiera en las instalaciones de tratamiento de agua
- Dignidad: falta de conocimiento sobre los riesgos de consumir agua contaminada

Acciones

¿Qué grupos de población desfavorecidos existen y cómo participan en el proceso decisorio en materia de salud?

Este proyecto persuadió a los líderes comunitarios a que comprendieran y priorizaran el proyecto de agua potable y obtuviesen el financiamiento necesario. Para ello, se optó por aplicar un enfoque participativo con los siguientes objetivos: (1) ampliar el conocimiento sobre la importancia del agua potable, la inocuidad de los alimentos y la nutrición en el hogar; (2) optimizar la operación de las instalaciones de tratamiento de agua y abastecimiento de agua potable, y (3) establecer sistemas de administración eficaces para asegurar la sostenibilidad de los enfoques participativos comunitarios. Otro aspecto singular fue el mapeo de recursos, mediante el cual los miembros de la comunidad identificaban su potencial de crecimiento. El proyecto SWAN ayudó a la comunidad a adquirir mayores conocimientos para identificar las amenazas invisibles, al detectar la falta de seguridad que padecían los habitantes y llevar a cabo actividades de promoción de la salud.

¿De qué maneras se alimentan mutuamente las amenazas a la salud y otras amenazas, y cómo se abordan de manera integral?

El proyecto contenía un concepto particular porque reunía al sector del agua (Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural) con el de la salud y la nutrición (Ministerio de Salud), adoptando así un enfoque multisectorial para crear un marco de seguridad humana.

Cambios

Como resultado de todo esto, la comunidad cobró más conciencia de la necesidad de contar con agua limpia. Disminuyó la incidencia de diarrea infantil y casos de niños con peso inferior al normal a la vez que aumentó el número de hogares que recibían agua tratada. Se desarrollaron

capacidades en los gobiernos locales para que pudieran evaluar mejor los problemas de abastecimiento de agua y la situación de salud en las comunidades, implementar soluciones, evaluar sus actividades y compartir los resultados y comentarios recibidos con las comunidades. En el 2013, el gobierno local formuló un plan trienal para aplicar el modelo SWAN en otras comunidades utilizando su propio presupuesto.

CASO 17

Iniciativa sobre dignidad humana: Redes de seguridad comunitarias como herramientas para el desarrollo humano

(CAMBOYA, INDONESIA, LAOS, TAILANDIA Y VIETNAM)

Resumen

Esta iniciativa comenzó en el año 2000 y se llevó a cabo en cinco etapas, enfocándose en dos clasificaciones de comunidades pobres: geográfica (con base en su proximidad física) y no geográfica (con base en situaciones o condiciones similares). Las actividades que se realizaron en Tailandia, Camboya, Vietnam y Laos tuvieron como finalidad mejorar las condiciones sociales y económicas de las comunidades pobres utilizando herramientas y mecanismos basados en la movilización social y la participación de los residentes. Esta iniciativa fue concebida por la Comisión Económica y Social de las Naciones Unidas para Asia y el Pacífico (CESPAP) y fue financiada por el Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad Humana.

Análisis de la situación

- Amenazas a la salud: discapacidad, infección por el VIH/sida, acceso limitado a la atención de salud
- Temores: falta de vías peatonales seguras, desastres naturales
- Privaciones: falta de redes de seguridad social, pobreza, carencia de agua limpia, falta de acceso a la educación
- Dignidad: marginación en la sociedad

Acciones

¿Cómo participan los grupos de población desfavorecidos en el proceso decisorio en materia de salud?

La CESPAP no inculcó ninguna de sus propias ideas en cuanto a lo que necesitaban o deberían lograr las comunidades seleccionadas para el proyecto. Más bien, los miembros de las comunidades escogidas, en conjunto, fueron quienes señalaron sus necesidades, diseñaron el plan del proyecto, solicitaron financiamiento a la CESPAP y ejecutaron los planes.

¿Cuál es el contexto local específico y de qué forma se lo toma en cuenta en las decisiones en materia de salud?

Los líderes de las comunidades seleccionadas en cada uno de los países destinatarios recibieron capacitación en el uso de herramientas para la movilización social y la toma de decisiones participativa, con el objeto de que propusieran actividades que mejoren las condiciones sociales y económicas de sus comunidades. Todas las comunidades involucradas en el proyecto recibieron capacitación en procesos participativos y luego aplicaron las nuevas aptitudes para determinar cómo sería su proyecto y cómo lo ejecutarían. Seguidamente se suministraron los fondos para proyectos diseñados y ejecutados mediante procesos participativos en las comunidades escogidas.

¿Existe un vínculo entre las acciones de protección y de empoderamiento y, en su caso, cuál es?

Al colaborar con los grupos existentes de la comunidad—y ayudando a crearlos si es que no existían—e insistir en que asumieran la responsabilidad exclusiva del diseño y la realización de sus proyectos, la CESPAP logró que las comunidades adoptaran el proyecto como suyo y facilitó el desarrollo de capacidades dentro de ellas. Se crearon nexos entre estos grupos, por

un lado, y organizaciones de sector público y ONG, por el otro, con el objeto de abrir líneas de comunicación, y fortalecer la relación entre esos grupos; además, se brindó capacitación a funcionarios de gobierno para mejorar su capacidad de respuesta ante las exigencias de las comunidades marginadas.

CASO 18

Proyecto para fortalecer el sistema comunitario de promoción de la salud infantil en zonas urbanas

(ZAMBIA)

Resumen

En 1998, el gobierno de Zambia presentó un programa de atención comunitaria integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia, centrándose en zonas rurales. Este proyecto está dirigido a niños menores de cinco años de edad que residen en *compounds*—sectores no planificados dentro de zonas urbanas—en los distritos de Lusaka, Kabwe, Ndola y Solwazi. Estos sectores se han creado debido a la migración en gran escala procedente de zonas rurales, un fenómeno tan rápido que ha superado el avance de la planificación urbana. Por lo general, la gente se muda a estos barrios en busca de oportunidades laborales y a menudo no tienen otra alternativa que vivir en condiciones deplorables, a veces rodeados de pilas de basura abandonada y desechos domésticos y haciendo sus necesidades en pozos cavados en el lodo. Esto se debe en gran parte a que las obras de infraestructura social pública, incluida la electricidad, los caminos, el abastecimiento de agua limpia y el saneamiento no pueden mantener el veloz ritmo de crecimiento de la población en esos sectores. Este proyecto fue realizado desde marzo del 2011 hasta marzo del 2014 por consultorios médicos y centros de salud distritales con apoyo financiero del gobierno de Zambia y del Organismo del Japón de Cooperación Internacional, que también brindó ayuda técnica en colaboración con una ONG japonesa, la Asociación de Médicos de Asia. Se diseñó y se puso en práctica un conjunto de actividades que constaba de tres componentes—Vigilancia Avanzada del Crecimiento (GMP+), Transformación Participativa para la Higiene y el Saneamiento (PHAST) y Actividades Generadoras de Ingresos (IGA) (todas las siglas son en inglés)—y se crearon cursos de capacitación y herramientas de ejecución para cada componente con el objeto de fortalecer las capacidades de los funcionarios de la Dirección de Salud Pública e Investigación del Ministerio de Salud así como de oficinas sanitarias provinciales y distritales de salud, proveedores de servicios en centros de salud seleccionados de los distritos escogidos como meta y voluntarios de salud de la comunidad.

Análisis de la situación

- Amenazas a la salud: enfermedades de la infancia (sarampión, desnutrición, diarrea, cólera, malaria, infecciones respiratorias agudas), salud ambiental y saneamiento
- Privaciones: pobreza; falta de servicios sociales como electricidad, caminos, agua limpia y saneamiento
- Dignidad: malas condiciones de vivienda

Acciones

¿De qué maneras se alimentan mutuamente las amenazas a la salud y otras amenazas, y cómo se abordan de manera integral?

El GMP+ es un programa integral para promover el crecimiento de los niños menores de cinco años. Una sesión típica incluye servicios como vigilancia del crecimiento (controles regulares de peso), inmunizaciones, orientación nutricional, desparasitación, educación sanitaria, administración de suplementos de micronutrientes, y planificación familiar para niños menores de cinco años y las personas encargadas de ellos. Se impartió este programa en centros de salud y en lugares de extensionismo (llamados “sitios del GMP+”) en colaboración directa con voluntarios de la comunidad capacitados en el marco del proyecto.

¿Qué grupos de población desfavorecidos existen y cómo participan en el proceso decisorio en materia de salud?

Los niños menores de cinco años que viven en asentamientos no planificados y en condiciones de hacinamiento son vulnerables a enfermedades transmisibles que provienen del ambiente insalubre y la falta de agua potable. El medio urbano sobrecargado, con su alta densidad de población, da lugar a brotes masivos de cólera durante la temporada de lluvias, facilita la propagación de la infección por el VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual y provoca un rápido incremento de casos de tuberculosis y sarampión. El proyecto PHAST tiene por objeto atraer a voluntarios de la comunidad y mejorar la higiene comunitaria mediante la participación de sus residentes. El proyecto recurre a comités de salud vecinales y a voluntarios de la comunidad para identificar los temas que deben abordarse y llevar a cabo las intervenciones. Por medio de las IGA, el proyecto ayudó a operar pequeñas empresas, como baños de pago y fabricación de ladrillos, con voluntarios y centros de salud de la comunidad para financiar servicios relacionados con la salud y ofrecerles incentivos monetarios. Se creó un comité de salud ambiental para realizar las actividades que abordan temas de alta prioridad, como la recolección de basura, mejoras del sistema de alcantarillado, y construcción de instalaciones sanitarias, entre otros.

¿Cuál es el contexto local específico y de qué forma se lo toma en cuenta en las decisiones en materia de salud?

En el proyecto se realizaron encuestas de cohortes y conocimientos, aptitudes y prácticas con los voluntarios y centros de salud de la comunidad para medir la repercusión del proyecto y comprender la situación real de la salud infantil en las comunidades.

¿Se orientan principalmente las intervenciones sanitarias hacia la promoción y la prevención? ¿Cuáles son y cómo se llevan a cabo?

El proyecto PHAST procura atraer a voluntarios y mejorar la higiene de la comunidad mediante la participación de sus residentes. Para ello se organizan talleres participativos, donde los residentes analizan los problemas relacionados con el saneamiento y la higiene ambiental, y las posibles soluciones. Gracias a estas actividades, los residentes aprendieron acerca del saneamiento ambiental y las maneras de prevenir problemas de higiene del medio ambiente.

¿Cuál es el vínculo entre las acciones de protección y de empoderamiento?

Además de la operación y coordinación diarias que realizaban los consultorios médicos y centros de salud distritales, la Dirección de Salud Pública e Investigación del Ministerio de Salud y la Dirección de Salud Materna e Infantil del Ministerio de Desarrollo Comunitario se encargaban de la ejecución y el seguimiento de proyectos y ayudaron a fortalecer las capacidades del personal de salud y de los voluntarios de la comunidad a nivel del distrito. Esto ayudó a consolidar el vínculo entre protección y empoderamiento.

Cambios

Este proyecto fortaleció los nexos entre los residentes y la colaboración entre el gobierno y la comunidad. Al incluir a los residentes e invitarlos a tomar la iniciativa en las actividades sanitarias, el proyecto les brindó conocimientos acerca del saneamiento ambiental y la capacidad de realizar los planes y actividades necesarias para resolver sus propios problemas en la comunidad.

Desastres naturales y antropogénicos

CASO 19

Mejora de la salud y recuperación de la comunidad después de un desastre natural devastador

(JAPÓN)

Resumen

El 11 de marzo del 2011, el terremoto más intenso en la historia de Japón sacudió Tohoku, la región nordeste del país. El terremoto generó un maremoto masivo (*tsunami*), que provocó una terrible devastación en las zonas costeras de Tohoku y en la isla de Hokkaido, en el norte. La información recopilada hasta 2013 indicaba que habían muerto o desaparecido más de 18.000 personas. El desastre dio lugar en último término a una compleja situación de emergencia en la que prevalecían la crisis humanitaria y la devastación económica, y aún continúan los esfuerzos de recuperación en las comunidades afectadas. La preocupación más inmediata fue la situación de salud de las personas heridas y desplazadas. La combinación del riguroso clima de Tohoku y la falta de personal y establecimientos de atención de salud hizo más difícil la situación para todos, especialmente para los mayores de 65 años, que constituyeron alrededor de 60% de la población. Se registraron gran cantidad de problemas físicos, como deshidratación, hipotermia, insomnio, trombosis de venas profundas y embolia pulmonar, así como problemas psicosociales, como síntomas de estrés, culpa del sobreviviente, depresión y trastorno de estrés postraumático. Las condiciones en que residían los damnificados complicaba todavía más la situación. Algunos buscaron refugio en campamentos, pero otros decidieron permanecer en sus propios hogares donde se sentían más cómodos y seguros pese al peligro de derrumbe por los daños causados por el terremoto y el maremoto. El hacinamiento de los campamentos y el aislamiento de algunos adultos mayores desencadenaron diversos problemas de salud, amenazando la seguridad humana de la comunidad. Los adultos mayores que vivían solos y aislados carecían de acceso adecuado a los servicios de salud.

Este proyecto fue lanzado en respuesta al Gran Terremoto del Este de Japón por un médico privado, el Dr. Shinsuke Muto, en Ishinomaki, prefectura de Miyagi. Su motivación inicial fue abrir una clínica gratuita que atendería a la comunidad y proporcionaría atención de salud domiciliaria a las personas que hubiesen decidido permanecer en sus hogares después del desastre. En definitiva, en la clínica se reunían y se conocían los damnificados y esta interacción humana fue de vital importancia en ese momento para ayudar a la gente a volver a su vida normal. El personal de la clínica no solo ofrecía atención sanitaria sino que también aportó ideas para desarrollar la práctica clínica de manera tal de ayudar a la vida cotidiana y al bienestar general de los damnificados, atender las necesidades de otros familiares, facilitar el transporte de los ancianos, cerrar brechas en la infraestructura local y conseguir empleos. Más adelante, el Dr. Muto y sus colegas decidieron crear el Consejo de Renacimiento de la Salud y la Vida en el distrito de Ishinomaki comenzando por una evaluación más directa de las condiciones de vida de los damnificados. Numerosas organizaciones privadas ayudaron a procesar la información recolectada en la evaluación, incluida la Fujitsu, que prestó su nube informática. Los empleados de la Fujitsu también se ofrecieron voluntariamente a subir los resultados.

Análisis de la situación

- Amenazas a la salud: falta de personal y establecimientos de atención de salud, problemas físicos y psicosociales
- Temores: terremoto y maremoto
- Privaciones: condiciones deficientes de vivienda, desempleo
- Dignidad: aislamiento

Acciones

¿De qué maneras se alimentan mutuamente las amenazas a la salud y otras amenazas, y cómo se abordan de manera integral?

Con base en la evaluación de las condiciones de salud y de vida de las comunidades afectadas, los trabajadores de la clínica adoptaron tres medidas para extender sus actividades más allá de las sanitarias. En primer lugar, crearon un sistema de visitas domiciliarias para atender a los damnificados. Segundo, establecieron nexos entre proveedores de servicios médicos y proveedores de atención a largo plazo para prestar servicios óptimos a los ancianos que los requerían. Y tercero, montaron una plataforma entre las oficinas de gobierno, empresas y ONG locales para brindar información y servicios integrales a los adultos mayores utilizando tecnologías de la información y de la comunicación, con la ayuda de coordinadores que compilaron una base de datos de las necesidades de la población. De esta manera podían equiparar las necesidades con los servicios disponibles.

¿Cómo participan los grupos de población desfavorecidos en el proceso decisorio en materia de salud?

Durante la construcción de una clínica en una de las zonas más afectadas por el terremoto y el maremoto de 2011, los trabajadores de salud que estaban atendiendo a la comunidad aportaron información sobre la vida cotidiana y el bienestar de los damnificados, la atención que ofrecían los familiares, el transporte de los ancianos, la infraestructura y los empleos locales. El médico asignado a la clínica y sus colegas decidieron evaluar las condiciones de vida de las personas más afectadas. Los trabajadores locales de extensión de salud realizaron originalmente una evaluación informal de las personas de la comunidad, y se ampliaron los programas con base en los resultados. En el cuestionario de la evaluación se les hacían preguntas a las personas sobre su salud y sobre las condiciones de vida después del desastre, incluidos la situación socioeconómica, cambios en sus redes de relaciones sociales, estado de nutrición, métodos de transporte, uso de consultas jurídicas y vivienda para identificar en qué aspectos de vida tenían más problemas.

CASO 20**Desastres naturales en la cordillera de los Andes de Perú: De la limitación de daños al manejo y la prevención de riesgos**

(PERÚ)

Resumen

Con el ánimo de reducir el impacto de los desastres naturales recurrentes en las comunidades de la cordillera de los Andes, en Perú, se reunieron varios organismos y dependencias locales, entre ellos el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el UNICEF, la OPS/OMS, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), el Programa Mundial de Alimentos (PMA), comités distritales de defensa civil, gobiernos locales y autoridades regionales, organizaciones de la sociedad civil y redes peruanas para elaborar un proyecto. El proyecto, que fue financiado por el Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad Humana en el período 2006-2009, se centró en mejorar la capacidad de los residentes locales para prepararse ante desastres naturales y lograr mejores niveles basales de salud y seguridad alimentaria antes de que se produzca algún desastre. Asimismo, las comunidades participantes crearon brigadas de salud móviles que actúan como mecanismos de alerta anticipada.

Análisis de la situación

- Amenazas a la salud: falta de acceso a servicios básicos de salud
- Temor: ciclos repetidos de eventos naturales súbitos
- Privaciones: extrema pobreza, condiciones deficientes de vivienda, falta de oportunidades económicas
- Dignidad: falta de esperanza para el futuro

¿Cómo se vinculan las tres libertades (las de vivir sin temor, vivir sin privaciones y vivir con dignidad)?

Las comunidades agrarias de la cordillera de los Andes, que de por sí tienen acceso limitado a servicios de salud y educación, pocas oportunidades económicas y condiciones deficientes de vivienda, están además expuestas a acontecimientos naturales súbitos y recurrentes que amenazan sistemáticamente la supervivencia y los medios de vida de los pobladores. El ciclo de la pobreza hace que los residentes se sientan indefensos y en constante temor a perder lo poco que tienen.

¿Qué grupos de población desfavorecidos existen?

El proyecto se centró en pequeños agricultores y campesinos dedicados a la cría de alpacas y llamas sumidos en la extrema pobreza, así como en niños, docentes y funcionarios locales de las comunidades que padecen del efecto acumulativo de intensas sequías, heladas, tormentas de nieve, deslizamientos de tierra, terremotos e incendios forestales.

Acciones

¿Cómo se abordan los nexos entre las tres libertades?

La mejora de las técnicas de cultivo en las comunidades para que puedan resistir mejor los acontecimientos naturales súbitos les da mayor seguridad alimentaria, lo que a su vez las protege del impacto de la desnutrición en su salud. La capacitación en vigilancia y alerta temprana y en la preparación para riesgos de desastre las ayuda a protegerse no solo de los peligros inmediatos de desastres naturales imprevistos sino también de los efectos a más largo plazo sobre sus medios de vida.

¿Cómo participan los grupos de población desfavorecidos en el proceso decisorio en materia de salud?

Las comunidades locales participaron en el Análisis de la situación, describiendo sus condiciones reales sociales y ambientales y planteando las condiciones que esperaban tener en el futuro. Además, participaron en el establecimiento de un sistema de alerta anticipada con brigadas de salud móviles.

Cambios

Se construyó, con colaboración de la comunidad, un sistema de calefacción solar para poder crear un entorno más cálido dentro de los hogares, y esto—además de los abrigos afelpados y cobijas—protege a los recién nacidos y a los niños de las inclemencias del tiempo, mejorando así su salud. Las brigadas de salud móviles integradas por mujeres locales enseñan a las familias pobres a prevenir y tratar la diarrea y la neumonía, reduciendo así la incidencia de ambas enfermedades en los niños de las comunidades. Además, la capacitación en técnicas agrícolas y la construcción de cobertizos para los animales—utilizando materiales locales—son otras formas de protección contra los inevitables desastres naturales, lo que a su vez incrementó la seguridad alimentaria en las comunidades.

Apéndice: Resolución de las Naciones Unidas sobre la Seguridad Humana

Resolución aprobada por la Asamblea General el 10 de septiembre de 2012

[Sin remisión previa a una Comisión Principal (A/66/L.55/Rev.1 y Add.1)]

66/290. Seguimiento del párrafo 143, relativo a la seguridad humana, del Documento Final de la Cumbre Mundial 2005*La Asamblea General,**Reafirmando su compromiso con los propósitos y principios de la Carta de las Naciones Unidas y con el derecho internacional, Recordando el Documento Final de la Cumbre Mundial 2005, en particular su párrafo 143, y su resolución 64/291, de 16 de julio de 2010,**Reconociendo que el desarrollo, los derechos humanos y la paz y la seguridad, que son los tres pilares de las Naciones Unidas, están interrelacionados y se refuerzan mutuamente,*

1. *Toma nota con aprecio del informe del Secretario General sobre el seguimiento de la resolución 64/291 de la Asamblea General, relativa a la seguridad humana;*
2. *Toma nota del debate oficial sobre la seguridad humana organizado por su Presidente, celebrado el 4 de junio de 2012;*
3. *Conviene en que la seguridad humana es un enfoque que ayuda a los Estados Miembros a determinar y superar las dificultades generalizadas e intersectoriales que afectan a la supervivencia, los medios de subsistencia y la dignidad de sus ciudadanos. Sobre esta base, el entendimiento común con respecto al concepto de seguridad humana engloba lo siguiente:*
 - a) *El derecho de las personas a vivir en libertad y con dignidad, libres de la pobreza y la desesperación. Todas las personas, en particular las vulnerables, tienen derecho a vivir libres del temor y la miseria, a disponer de iguales oportunidades para disfrutar de todos sus derechos y a desarrollar plenamente su potencial humano;*
 - b) *La seguridad humana exige respuestas centradas en las personas, exhaustivas, adaptadas a cada contexto y orientadas a la prevención que refuercen la protección y el empoderamiento de todas las personas y todas las comunidades;*
 - c) *La seguridad humana reconoce la interrelación de la paz, el desarrollo y los derechos humanos, y tiene en cuenta igualmente los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales;*
 - d) *El concepto de seguridad humana es distinto de la responsabilidad de proteger y su aplicación;*
 - e) *La seguridad humana no entraña la amenaza o el uso de la fuerza ni medidas coercitivas. La seguridad humana no sustituye a la seguridad del Estado;*
 - f) *La seguridad humana se basa en la implicación nacional. Puesto que las condiciones políticas, económicas, sociales y culturales de la seguridad humana varían considerablemente entre los países y dentro de ellos, así como en diferentes momentos, la seguridad humana refuerza las soluciones nacionales compatibles con la realidad local;*
 - g) *Siguen recayendo en los gobiernos la función y la responsabilidad primordiales de asegurar la supervivencia, los medios de subsistencia y la dignidad de sus ciudadanos. La función de la comunidad internacional consiste en complementar la labor de los gobiernos y proporcionarles el apoyo necesario, cuando lo soliciten, a fin de fortalecer su capacidad para responder a las amenazas actuales e incipientes. La seguridad humana exige una mayor colaboración y asociación entre los gobiernos, las organizaciones internacionales y regionales y la sociedad civil;*
 - h) *La seguridad humana se debe hacer efectiva respetando plenamente los propósitos y principios consagrados en la Carta de las Naciones Unidas, incluidos el pleno respeto de la soberanía de los Estados, la integridad territorial y la no injerencia en asuntos que son esencialmente de la jurisdicción interna de los Estados. La seguridad humana no entraña nuevas obligaciones jurídicas para los Estados;*
4. *Reconoce que, si bien el desarrollo, la paz y la seguridad y los derechos humanos son los pilares de las Naciones Unidas y están interrelacionados y se refuerzan mutuamente, lograr el desarrollo es un objetivo esencial en sí mismo y la promoción de la seguridad humana debe contribuir a hacer realidad el desarrollo sostenible, así como los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio;*
5. *Reconoce también las aportaciones efectuadas hasta el momento por el Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad Humana e invita a los Estados Miembros a que consideren la posibilidad de hacer contribuciones voluntarias al Fondo Fiduciario;*
6. *Afirma que los proyectos financiados con cargo al Fondo Fiduciario deben contar con el consentimiento del Estado en que se van a ejecutar y ajustarse a las estrategias y prioridades nacionales a fin de asegurar la implicación nacional;*
7. *Decide proseguir sus deliberaciones sobre la seguridad humana de conformidad con lo dispuesto en la presente resolución;*
8. *Solicita al Secretario General que en su sexagésimo octavo período de sesiones le presente un informe sobre la aplicación de la presente resolución, y que pida las opiniones de los Estados Miembros al respecto para incluirlas en el informe, como sobre las enseñanzas obtenidas de las experiencias en el ámbito de la seguridad humana a nivel internacional, regional y nacional.*

*127ª sesión plenaria
10 de septiembre de 2012*

Notas

- Proyecto de documento final de la cumbre de las Naciones Unidas para la aprobación de la agenda para el desarrollo después de 2015, <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015>.
- La “salud para todos” es un estado de completo bienestar físico, mental y social de todas las personas. La “cobertura universal de salud” consiste en asegurar que todas las personas puedan usar los servicios de promoción, preventivos, curativos, de rehabilitación y paliativos que necesiten en el ámbito de la salud, que esos servicios sean de calidad suficiente para ser eficaces y que no expongan al usuario a dificultades económicas.
- Commission on Human Security, *Human Security Now* (Nueva York: Comisión de Seguridad Humana, 2003), 4.
- En todo el documento mencionamos varias veces las “poblaciones vulnerables”. Las poblaciones pueden ser vulnerables por muchas razones, entre ellas escasos medios económicos, poco acceso a capital y a servicios de educación, de salud y otros, amenazas para sus derechos humanos o su seguridad, y exposición a desastres antrópicos y naturales y a toxinas ambientales. La vulnerabilidad varía según el país y la comunidad y también varía con el tiempo. La perspectiva importante que la seguridad humana aporta a la vulnerabilidad es su intento de comprender la interacción compleja de las fuentes de la vulnerabilidad que experimentan determinadas personas y comunidades, en vez de definir las de arriba hacia abajo, como suele suceder.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), “Informe sobre Desarrollo Humano 1994”, PNUD, <http://hdr.undp.org/es/content/informe-sobre-desarrollo-humano-1994>.
- Véase, por ejemplo, Commission on Human Security, *Human Security Now*; S. Neil MacFarlane and Yuen Foong Khong, *Human Security and the UN: A Critical History* (Bloomington, IN: Indiana University Press, 2006); Organización Panamericana de la Salud (OPS), “Seguridad humana: Implicaciones para la salud pública”, OPS, http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=18640&Itemid=270.
- Institute of Development Studies, “Using Human Security Principles to Develop a Post-2015 Framework”, *IDS in Focus Policy Briefing* no. 24, abril del 2012, <http://www.beyond2015.org/sites/default/files/IF24.pdf>.
- Equipo de Tareas del Sistema de las Naciones Unidas sobre la Agenda para el Desarrollo después de 2015. “Realizing the Future We Want for All: Report to the Secretary-General,” Office of the High Commissioner for Human Rights, <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/MDGs/UNTaskTeam.pdf>.
- UN Sustainable Development Goals Open Working Group, “Introduction and Proposed Goals and Targets on Sustainable Development for the Post 2015 Development Agenda”, *The World We Want*, <http://www.worldwewant2015.org/node/442161>.
- Equipo de Tareas del Sistema de las Naciones Unidas sobre la Agenda para el Desarrollo después de 2015.
- Japan Center for International Exchange, “An Intellectual Dialogue on Building Asia’s Tomorrow”, <http://www.jcie.or.jp/thinknet/tomorrow/10buch.html>.
- Aunque cada gobierno difiere hasta cierto punto en cuanto al papel que procuró desempeñar y a su alcance, su retórica ha demostrado sistemáticamente su voluntad política para incluir a las poblaciones más vulnerables en los servicios públicos y brindarles asistencia especial.
- OPS, “Salud, seguridad humana y bienestar” (documento preparado para el 50.º Consejo Directivo, 62.ª sesión del Comité Regional, CD50/17: agosto del 2019), <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-17-s.pdf>.
- OPS, “Seguridad humana: Implicaciones para la salud pública”.
- Political Database of Americas, “Republic of Ecuador: Constitution of 2008”, <http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Ecuador/ecuador08.html>.
- Asamblea General de las Naciones Unidas, “Seguimiento de la resolución 66/290 de la Asamblea General sobre seguridad humana. Informe del Secretario General” (A/68/685), 23 de diciembre de 2013, [https://docs.unocha.org/sites/dms/HSU/SG%20Report%20on%20Human%20Security%20A.68.685%20\(Spanish\).pdf](https://docs.unocha.org/sites/dms/HSU/SG%20Report%20on%20Human%20Security%20A.68.685%20(Spanish).pdf).
- Japan Center for International Exchange, “Opening Remarks by Prime Minister Keizo Obuchi at the Intellectual Dialogue on Building Asia’s Tomorrow”, <http://www.jcie.or.jp/thinknet/tomorrow/10buch.html>; Ministry of Foreign Affairs of Japan (MOFA), “Speeches by Prime Minister, Foreign Minister, and Japanese Representatives”, http://www.mofa.go.jp/policy/human_secu/speech.html; Prime Minister of Japan and His Cabinet, “Address by H.E. Mr. Naoto Kan Prime Minister of Japan at the Sixty-Fifth Session of the United Nations General Assembly”, http://japan.kantei.go.jp/kan/statement/201009/24speech_e.html; MOFA, “Address by H.E. Mr. Shinzo Abe, Prime Minister of Japan at the Sixty-Ninth Session of the General Assembly of the United Nations”, http://www.mofa.go.jp/fp/unp_a/page24e_000057.html; MOFA, “Development Cooperation Charter”, http://www.mofa.go.jp/policy/oda/page_000138.html (adoptada el 10 de febrero del 2015 por el Gabinete).
- Japan International Cooperation Agency, “JICA’s ‘Human Security’ Approach: Features and Case Studies”, JICA, http://www.jica.go.jp/english/publications/jica_archive/brochures/pdf/human.pdf.
- Asamblea General de las Naciones Unidas, “Seguimiento de la resolución 66/290 de la Asamblea General sobre seguridad humana”.
- UN Trust Fund for Human Security, “Guidelines for the United Nations Trust Fund for Human Security: Seventh Revision”, UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, <https://docs.unocha.org/sites/dms/HSU/Final%20revised%20guidelines%202012%20-%202010%20May%202013vs2.pdf>.
- Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Registros Oficiales de la OMS, No. 2, p. 100), entró en vigor el 7 de abril de 1948.
- Machteld Huber et al., “How Should we Define Health?”, *BMJ* no. 343 (2011), doi: 10.1136/bmj.d4163.
- OMS, preámbulo de la “Constitución de la Organización Mundial de la Salud”.
- OPS, Comité Ejecutivo. Relaciones entre la salud y el derecho. Washington, D.C.: OPS; 11 de julio de 1968 (documento CE59/16).
- OPS, “Agenda de Salud para las Américas (2008-2017)” (presentada por los Ministros de Salud de las Américas en la Ciudad de Panamá, en ocasión de la XXXVII Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos, Washington DC, junio de 2007).
- OPS, “La salud y los derechos humanos” (documento conceptual preparado para el 50.º Consejo Directivo, 62.ª sesión del Comité Regional, CD50/12; 31 de agosto del 2010), <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-12-s.pdf>.
- WHO, “Making Fair Choices on the Path to Universal Health Coverage: Final Report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage” WHO, http://www.who.int/choice/documents/making_fair_choices/en/.
- OPS, “Resolución CD53.R14. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud” (documento preparado para el 53.º Consejo Directivo, 66.ª sesión del Comité Regional, CD53.R14; 2014).
- Shinzo Abe, “Japan’s Strategy for Global Health Diplomacy: Why It Matters”, en *Lancet* 382, no. 9896 (14 de septiembre del 2013).
- OMS, “Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal”, OMS, <http://www.who.int/whr/2010/es/>.
- OPS, “Resolución CD53.R14. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud”; OMS, “Informe sobre la salud en el mundo 2010”; WHO, Making Fair Choices.
- WHO, Making Fair Choices.
- OMS, “Informe sobre la salud en el mundo 2010”.

34. OPS, "Resolución CD53.R14. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud"; Michael Marmot, "Universal Health Coverage and Social Determinants of Health", *Lancet* 382, no. 9900 (2013): 1227-8.
35. Akiko Maeda et al., *Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: A Synthesis of 11 Country Case Studies* (Washington, DC: Banco Mundial, 2014).
36. OMS, "Declaración de Alma-Ata" (presentada en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978), <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39244/1/9243541358.pdf>.
37. PNUD, "Informe sobre Desarrollo Humano 1994".
38. National Archives and Records Administration, "Remarks as Prepared for Delivery by Vice President Al Gore", http://clinton3.nara.gov/ONAP/pub/vp_un_sc2.html.
39. Mead Over, "Aversion Behavior Exacerbates the Economic Impact of Ebola", Center for Global Development Blog, 24 de septiembre del 2014, http://www.cgdev.org/blog/aversion-behavior-exacerbates-economic-impact-ebola?utm_source=140930&utm_medium=cgd_email&utm_campaign=cgd_weekly&utm_&&.
40. OPS, "La salud y los derechos humanos".
41. OPS, "Seguridad humana: Implicaciones para la salud pública".
42. OPS, "Hacia la 'salud para todos': Avances en torno a la atención primaria de salud en las Américas" (informe anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, CD/49/3, Rev. 1; 18 de septiembre del 2009), <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-03-s.pdf>.
43. WHO and World Bank, "Towards Universal Health Coverage: Concepts, Lessons and Public Policy Challenges" (documento presentado en la Reunión Ministerial de la OMS y el Banco Mundial sobre Cobertura Universal de Salud, Ginebra, Suiza, 18 y 19 de febrero de 2013).
44. Pamela Noda, ed., *Health and Human Security: Moving from Concept to Action: Fourth Intellectual Dialogue on Building Asia's Tomorrow* (Tokyo: Japan Center for International Exchange, 2002), 21-44.
45. Susan Hubbard and Tomoko Suzuki, *Building Resilience: Human Security Approaches to AIDS in Africa and Asia* (Tokyo: Japan Center for International Exchange, 2008); Lola Dare, 'Stronger People, Brighter Future' High Level Panel on Human Security, TICAD V Side Event. Se encuentra en http://www.mofa.go.jp/policy/oda/sector/security/pdfs/sympo1306_chestrad.pdf.
46. David B. Evans, Robert Marten, Carissa Etienne, "Universal Health Coverage is a Development Issue", *Lancet* 380, no. 9845, (2012): 864-5.
47. Sudhir Anand, "Human Security and Universal Health Insurance", *Lancet* 379, no. 9810 (2012): 9-10.
48. Asamblea General de las Naciones Unidas, "Seguimiento del párrafo 143 sobre la seguridad humana del Documento Final de la Cumbre Mundial de 2005" (A/RES/66/290), 25 de octubre de 2012, <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/66/290>.
49. UN Human Security Unit, "Human Security in Theory and Practice: Application of the Human Security Concept and the United Nations Trust Fund for Human Security", Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, <https://docs.unocha.org/sites/dms/HSU/Publications%20and%20Products/Human%20Security%20Tools/Human%20Security%20in%20Theory%20and%20Practice%20English.pdf>.
50. WHO, "Making Fair Choices".
51. Institute of Medicine (IOM), "For the Public's Health: Investing in a Healthier Future", IOM, <http://www.iom.edu/Reports/2012/For-the-Publics-Health-Investing-in-a-Healthier-Future.aspx>.
52. The Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law 111-148, 111th Cong. (Washington, DC: Government Printing Office, 2010), <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW-111publ148/pdf/PLAW-111publ148.pdf>.
53. WHO and World Bank, "WHO/World Bank Ministerial-Level Meeting".
54. OPS, "Hacia la 'salud para todos': Avances en torno a la atención primaria de salud en las Américas." OPS, http://www1.paho.org/director/ar_2009/spanish/chapter_01.htm.
55. Noda, *Health and Human Security*.
56. Michael Ungar, "The Social Ecology of Resilience: Addressing Contextual and Cultural Ambiguity of a Nascent Construct", *American Journal of Orthopsychiatry* 81, no. 1 (2011): 1-17.
57. Anita Chandra et al., *Building Community Resilience to Disasters* (Santa Monica, CA: RAND Corporation, 2011).
58. Tadashi Yamamoto, Susan Hubbard, and Tomoko Suzuki, *Human Security in the United Nations* (Tokyo: Japan Center for International Exchange, 2004).
59. Hubbard and Suzuki, *Building Resilience*, 8, 11.
60. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), "Informe sobre desarrollo humano 1997", <https://derechoala-consulta.files.wordpress.com/2012/02/pnud-informe-1997-ver-sic3b3n-integral.pdf>.
61. OPS, "Hacia la 'salud para todos': Avances en torno a la atención primaria de salud en las Américas".
62. OMS, "Carta de Ottawa para la promoción de la salud", http://www.paho.org/saludyescuelas/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=117&Itemid=&lang=en.
63. WHO, "Health in All Policies: Framework for Country Action," WHO, http://www.who.int/cardiovascular_diseases/140120HPRHiAPFramework.pdf.
64. UN Human Security Unit, "Human Security in Theory and Practice".
65. Ibid.
66. WHO and World Bank, "Towards Universal Health Coverage"; OMS, "Informe sobre la salud en el mundo 2010".
67. Daniel Taylor-Ide, and Carl E. Taylor, *Just and Lasting Change: When Communities own their Futures* (Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 2002).
68. Richard Pascale, Jerry Sternin, and Monique Sternin, *The Power of Positive Deviance: How Unlikely Innovators Solve the World's Toughest Problems* (Boston, MA: Harvard Business Review Press, 2010).
69. John P. Kretzmann and John L. McKnight, *Building Communities from the Inside Out: A Path Toward Finding and Mobilizing a Community's Assets* (Evanston, IL: Institute for Policy Research, 1993).
70. Caroline Moser et al., *To Claim our Rights: Livelihood Security, Human Rights and Sustainable Development* (Londres: Overseas Development Institute, 2001), <http://www.odi.org.uk/publications/tcor.html>.
71. Global Health Workforce Alliance and World Health Organization (WHO), "Global Experience of Community Health Workers for Delivery of Health Related Millennium Development Goals: A Systematic Review, Country Case Studies, and Recommendations for Integration into National Health Systems", WHO, <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/chwreport/en/>.
72. Eric L. Ding et al., "Late-Breaking Clinical Trial Abstracts: Randomized Trial of Social Network Lifestyle Intervention for Obesity: MICROCLINIC Intervention Results and 16-Month Follow-up", *Circulation* 128 (2013): 2704-22, <http://circ.ahajournals.org/content/128/24/2704.full>.
73. Nance Wilson et al., "Engaging Young Adolescents in Social Action through Photovoice - The Youth Empowerment Strategies (YES!) Project", *Journal of Early Adolescence* 27, no. 2 (2007): 241-61.
74. Unidad de Seguridad Humana de las Naciones Unidas, "Teoría y práctica de la seguridad humana", <https://docs.unocha.org/sites/dms/HSU/Publications%20and%20Products/Human%20Security%20Tools/Human%20Security%20in%20Theory%20and%20Practice%20Spanish.pdf>.
75. Ibid.
76. OMS, "Las Mujeres y la Salud: los datos de hoy, la agenda de mañana - Resumen analítico" (OMS/IER/MHI/STM.09.1), http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70121/1/OMS_IER_MHI_STM.09.1_spa.pdf.

77. OMS, "Health of Migrants – The Way Forward: Report of a Global Consultation" [La Salud de los Migrantes - La Vía a Seguir: Informe de una consulta mundial] OMS, http://www.who.int/hac/events/consultation_report_health_migrants_colour_web.pdf.
78. OMS, "Informe sobre la salud en el mundo 2008 - La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca", OMS, <http://www.who.int/whr/2008/es/>
79. Unidad de Seguridad Humana de las Naciones Unidas, "Teoría y práctica de la seguridad humana".
80. OMS, "Informe sobre la salud en el mundo 2008".
81. Kira Fortune et al. "Determinantes e inequidades en salud", OPS ed., en *Salud en las Américas*, Edición 2012. (Washington DC: PAHO, 2012), http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=163&Itemid=
82. Unidad de Seguridad Humana de las Naciones Unidas, "Teoría y práctica de la seguridad humana".
83. Julio Frenk y David de Ferranti, "Universal Health Coverage: Good Health, Good Economics", *Lancet* 380, no. 9845 (2012): 862–4.
84. Asamblea General de las Naciones Unidas, "Seguimiento de los resultados de la Cumbre del Milenio: Informe del Secretario General" (A/64/701), 8 de marzo del 2010, <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N10/263/41/PDF/N1026341.pdf?OpenElement>
85. Dependencia de Seguridad Humana de las Naciones Unidas, "Teoría y práctica de la seguridad humana".
86. Ibid.
87. Larry Cohen y Susan Swift, "The Spectrum of Prevention: Developing a Comprehensive Approach to Injury Prevention" *Injury Prevention* 5, no. 3 (1999), <http://injuryprevention.bmj.com/content/5/3/203.full.pdf+html>.
88. Dependencia de Seguridad Humana de las Naciones Unidas, "Teoría y práctica de la seguridad humana".
89. Grupo de Desarrollo de la Capacidad, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, "Mecanismos de rendición de cuentas mutua: Rendición de cuentas, opinión y capacidad de respuesta" PNUD, mencionado en http://www.undp.org/content/dam/undp/library/capacity-development/spanish/SP_brochure_Apoyo%20a%20DC_Enfoque%20del%20PNUD.pdf - no está traducido al español, en inglés aparece en <http://www.undp.org/content/dam/aplaws/publication/en/publications/capacity-development/drivers-of-change/accountability/mutual-accountability-mechanisms/Mutual-Accountability-cp6.pdf>; Nicholas Benequista, "Putting Citizens at the Centre: Linking States and Societies for Responsive Governance - A Policy-maker's Guide to the Research of the Development Research Centre on Citizenship, Participation and Accountability" (documento preparado para la conferencia The Politics of Poverty, Elites, Citizens and States, Sunningdale, Reino Unido, 21 al 23 de junio de 2010).
90. Maeda et al., *Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development*, 24.
91. Shinsuke Muto, *Zaitakuiyokara Ishinomakino fukko ni itonda 731 nichikan* [731 días de participación en la reconstrucción de Ishinomaki mediante el suministro de atención a través de visitas a los hogares] (Tokio: Nikkei Business Publications, 2013).
92. Los análisis de esos casos (salvo la Iniciativa de Dignidad Humana) están basados en resúmenes de proyectos elaborados por el Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad Humana: <https://docs.unocha.org/sites/dms/HSU/Forms/AllItems.aspx?RootFolder=%2fsites%2fdms%2fHSU%2fOutreach&FolderCTID=0x01200070EF15086BB1264FB3430750CD58891C> (solamente en inglés)
93. Yamamoto, Hubbard, y Suzuki, *Human Security in the United Nations*.
94. BRAC Myanmar, "Mission and Vision," http://myanmar.brac.net/index.php?option=com_content&view=article&id=182&Itemid=704.

Acerca del Centro del Japón para el Intercambio Internacional

Fundado en 1970, el Centro del Japón para el Intercambio Internacional (JCIE por sus siglas en inglés) es una de las principales organizaciones no gubernamentales independientes en el campo de los asuntos internacionales en Japón. El Centro organiza los estudios orientados a las políticas, diálogos y programas de intercambio que reúnen a figuras clave de diversos sectores de la sociedad, tanto en Japón como en el extranjero. JCIE tiene su sede en Tokio, y opera con una filial estadounidense, JCIE / EE.UU., en Nueva York. El Programa sobre Salud Mundial y Seguridad Humana del JCIE alienta al Japón y a otros países ricos a traducir sus compromisos para mejorar la salud mundial en acciones concretas. A través de sus proyectos de investigación y diálogos internacionales, el programa busca desarrollar una mejor comprensión del valor crítico de la seguridad humana a la salud mundial y tiene como objetivo explorar maneras para potenciar el papel de liderazgo de Japón en la salud mundial al largo plazo y construir el apoyo doméstico e internacional para ese papel.

Acerca de la Organización Panamericana de la Salud

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), fundada en 1902, es la agencia de salud pública internacional más antigua del mundo. Brinda cooperación técnica y moviliza asociaciones para mejorar la salud y la calidad de vida en los países de las Américas. La OPS es el organismo especializado en salud del Sistema Interamericano y actúa como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Junto con la OMS, la OPS es miembro del sistema de las Naciones Unidas.



Japan Center for International Exchange (JCIE)
4-9-17 Minami Azabu, Minato-ku, Tokyo
Japan 106-0047

**Japan Center for International Exchange, Inc.
(JCIE/USA)**
135 West 29th Street, Suite 303
New York, NY 10001 USA

ISBN: 978-4-88907-148-1



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Oficina Regional para las Américas de la
Organización Mundial de la Salud (OMS)
525 Twenty-third Street, NW
Washington, DC 20037, EUA