



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

Guía Estándares Mínimos Humanitarios en Salud

Convenio 344 de 2016

Bogotá, noviembre de 2016



MINSALUD

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

LUIS FERNANDO CORREA SERNA
**Viceministro de Salud Pública
y Prestación de Servicios (E)**

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

GINA WATSON LEWIS
Representante
OPS/OMS Colombia

JOSE ALEJANDRO SANTANDER NARVÁEZ
Asesor Subregional para
América del Sur PHE

ANDRÉS SUANCA SIERRA
Administrador Representación
OPS/OMS Colombia

LUCY ARCINIEGAS MILLÁN
Oficial de Programas
y Gestión de Proyecto

REFERENTES TÉCNICO ADMINISTRATIVOS DEL CONVENIO

ALEJANDRA MENDOZA AGUDELO
Consultor Nacional OPS/OMS

WILMER MARQUÍÑO QUEZADA
Comité Técnico OPS/OMS

LAURA BEATRIZ RAMIREZ LEÓN
Comité Técnico OPS/OMS

**JOSE ALEJANDRO
SANTANDER NARVÁEZ**
Comité Técnico OPS/OMS

**MARTHA PATRICIA
VEGA MORENO**
**Administradora Convenios
OPS/OMS**

**SANDRA MILENA
AZCÁRATE ZULUAGA**
Referente Técnico MSPS

**DIANA MARCELA
SÁNCHEZ ALARCÓN**
Supervisión MSPS

LUIS FERNANDO CORREA SERNA
Comité Técnico MSPS

TERESA SARMIENTO LÓPEZ
Comité Técnico MSPS

**ÁLVARO ANTONIO
SARRIA ROMERO**
Comité Técnico MSPS

GLORIA LUCÍA HENAO
Apoyo a la Supervisión MSPS

CONSULTORÍA

MELISSA CATALINA CÓRDOBA ASPRILLA
Bacterióloga. Especialista en Epidemiología.
MSc Risk, Crisis & Disaster Management

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Este documento ha sido elaborado en el marco del Convenio 344 de 2016 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud.

Los productos resultantes del Convenio son propiedad de las partes. No podrán ser cedidos a ninguna persona natural o jurídica sin el consentimiento previo, expreso y escrito de la otra parte.

Tabla de contenido

Presentación	7
1. Introducción.....	9
2. Contexto humanitario.....	10
3. Conceptos clave.....	12
4. Marco ético.....	17
4.1 Principios humanitarios.....	17
4.2 Centralidad de la protección	20
5. La salud en situaciones de desastre	22
6. Estándares mínimos en salud	24
6.1 Estándares mínimos transversales.....	26
6.2 Estándares mínimos específicos	43
Referencias	71
Anexos	
Anexo 1. Los 23 principios y buenas prácticas en la donación humanitaria.....	73
Anexo 2. Marco legal.....	79
Estándares mínimos transversales	81
Estándares mínimos específicos.....	88
Anexo 3. Mecanismos de financiación	93
Fondo Nacional de Gestión de Riesgo de Desastres.	95
Subcuenta ECAT del Fosyga.	95
Subcuenta Salud Pública Colectiva del Sistema General de Participaciones (SGP).....	96

Transferencias Nacionales.....	97
Recursos propios.....	97
Sistema de regalías.....	97
Fondos humanitarios comunes- Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA).....	98

Índice de Ilustraciones

<i>Figura 1. Acción humanitaria y ayuda de emergencia</i>	<i>14</i>
<i>Figura 2. Estructura de la Acción Humanitaria en Salud.....</i>	<i>25</i>

Índice de Tablas

<i>Tabla 1. Efectos en el corto plazo de algunos desastres sobre la salud</i>	<i>23</i>
<i>Tabla 2. Mitos y realidades de los desastres.....</i>	<i>24</i>

Presentación

El Ministerio de Salud y Protección Social como integrante del Sistema Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres –SNGRD, a través de la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres, está comprometido a fortalecer la respuesta en salud en situaciones de emergencia o desastre, procurando garantizar la atención integral de las personas afectadas.

Esta guía se presenta como una herramienta para enfrentar el reto de la respuesta en la ayuda humanitaria en salud y se desarrolla en el marco de la Ley 1523 de 2012, el Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021 y del Marco de Acción de Sendai 2015- 2030, con lo cual se refuerza el compromiso del sector en la Gestión de Riesgo de Desastres.

A lo largo del documento se presentan un grupo de acciones que orientarán los procesos de planeación de la autoridad sanitaria y de las instituciones que prestan ayuda humanitaria, con el fin de facilitar una respuesta humanitaria rápida y eficaz, propendiendo porque se cumplan los mínimos humanitarios y que las actividades se encuentren enmarcadas en los principios humanitarios y responda a las necesidades particulares de mujeres, hombres, niñas y niños. En todo caso, respetando los Derechos Humanos, promoviendo la participación de las comunidades receptoras de la ayuda humanitaria.

1. Introducción

Esta guía está basada en los estándares mínimos definidos por el Proyecto Esfera¹, como “las condiciones que hay que lograr en cualquier respuesta humanitaria para que las poblaciones afectadas por un desastre puedan sobrevivir y recuperar condiciones de vida estables con dignidad”. Los estándares mínimos (transversales o específicos), brindan orientación sobre la entrega de la respuesta humanitaria, que incluya a todas las personas sin distinción de género, curso de vida, habilidades etc., y están diseñados para ser aplicables en contextos rurales, urbanos, asentamientos, alojamientos temporales, etc.

Con esta guía, se buscan fortalecer los mecanismos de preparación y respuesta sectorial con el fin de proveer respuesta humanitaria en cuanto a atención médica e intervención en salud pública efectiva y oportuna, ante desastres por fenómenos naturales o antrópicos, respetando la cultura y las costumbres de las comunidades afectadas. No pretende cubrir en detalle las actividades que se deben realizar ni todos los elementos que permean las crisis humanitarias, sin embargo, busca hacer énfasis en los aspectos que deben incluirse en el proceso de planificación y en la respuesta a las crisis humanitarias.

Esta guía está orientada a las personas y entidades con responsabilidades en salud, como los equipos de socorro, personal de saneamiento, equipos médicos, equipos de respuesta inmediata y demás personal operativo; no obstante, también está dirigida a los tomadores de decisión en todos los niveles de gobierno como secretarios de salud, gerentes de hospitales, alcaldes y gobernadores. De igual forma, se espera que sea de interés para los donantes, organizaciones no gubernamentales, agencias internacionales para la ayuda humanitaria, organizaciones comunitarias, el sector privado y la academia.

Se espera que los estándares mínimos aquí propuestos, sean cumplidos por todos los actores que están involucrados en los procesos de acción humanitaria en salud y que además las acciones a realizar se enmarquen en los principios éticos, en la centralidad para la protección, el enfoque diferencial y poblaciones vulnerables y en los diferentes mecanismos de coordinación con que cuenta el Estado, donde en este último, están incluidos los intercambios de información, la rendición de cuentas y la evaluación de las acciones a través de las lecciones aprendidas.

1 El Proyecto Esfera –o simplemente “Esfera”– fue iniciado en 1997 por un grupo de organizaciones no gubernamentales (ONG) humanitarias y el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Su objetivo era mejorar la calidad de sus acciones durante las respuestas en casos de desastre y rendir cuentas acerca de ellas. La filosofía de Esfera se funda en dos convicciones esenciales: primero, que las personas afectadas por un desastre o un conflicto armado tienen derecho a vivir con dignidad y, por lo tanto, a recibir asistencia y segundo, que se deben tomar todas las medidas posibles para aliviar el sufrimiento humano ocasionado por los desastres y los conflictos armados.

Debido a que cada departamento, municipio y distrito tiene diferentes grados de avances en la gestión de riesgo de desastres, esta guía está diseñada para que sea utilizada casi de forma independiente, siempre y cuando los estándares mínimos se cumplan a cabalidad, de manera que los usuarios puedan elegir las actividades a realizar en virtud de sus propios desarrollos, prioridades, clasificación de la situación ya sea de desarrollo súbito, lento o en el que exista doble afectación (naturales y antrópicas al mismo tiempo).

Los estándares mínimos transversales deberán aplicarse en cualquier situación a diferencia de los específicos que se seleccionarán dadas las características de la situación a atender. Estos estándares, se han extraído de una revisión de los documentos elaborados por los actores humanitarios en los últimos años, principalmente las Normas Esfera. Posiblemente no abarquen todas las necesidades, sin embargo, éstas han sido seleccionadas para que pueda ser alcanzado el objetivo de esta guía y de la ayuda humanitaria.

2. Contexto humanitario

El mundo se encuentra globalizado e interconectado cada vez más, con el agravante de los conflictos sobre todo en África, Medio Oriente y América Latina, el crecimiento acelerado de la población y en algunas regiones, asentamientos informales que en su conjunto aumentan la vulnerabilidad de la población frente a los desastres. Esto representa mayores desafíos para hacerle frente a la gestión de riesgo de desastres y a la acción humanitaria.

La región de América Latina y el Caribe, durante las últimas cuatro décadas ha mostrado una tendencia hacia al aumento en el número de desastres, ubicándose detrás de Asia como la región con mayor promedio anual de desastres. En consonancia con las tendencias globales, casi el 70 % del número de desastres registrados en el período 1970-2010 se relacionan con inundaciones y tormentas. Durante este lapso, la región registró más de 467 mil muertes, un promedio anual de 4,5 millones de afectados y pérdidas estimadas por el orden de 160 mil millones de dólares².

Colombia no es ajena a esta situación, entre el período 2006 - 2014 se reportaron en el país 21.594 emergencias generadas por eventos de origen natural, de los cuales, 14.853 correspondieron a eventos hidrometeorológicos. La población colombiana que sufrió algún tipo de afectación por desastres de origen natural en este mismo período, es equivalente al 26 % de la población nacional proyectada por el DANE para 2015, es decir 12.298.849 personas. De esta cifra, sólo por inundaciones el total de personas afectadas fue de 9.390.554³.

La violencia es una realidad, y actualmente se han evidenciado cambios en la dinámica de reorganización de este problema hacia las zonas urbanas. El continente americano tiene 49 de las 50 ciudades más peligrosas del mundo⁴. Estas condiciones de violencia urbana muchas veces obstaculizan la labor humanitaria, incluida la de los trabajadores de la salud. Esta situación además de resultar como una amenaza para la población en general, presenta repercusiones para la prestación de servicios de salud.

Los actores humanitarios se enfrentan a numerosas crisis de gran escala al mismo tiempo, que incluyen los fenómenos relacionados con el clima, la extrema pobreza y grupos armados al margen de la ley, los dedicados al contrabando, al secuestro y al terrorismo. En el periodo 1996 al 2015, fueron reportados al Ministerio de Salud y Protección Social, 1.399 infracciones contra las normas del Derecho Internacional Humanitario que protegen el ejercicio de la Misión Médica en Colombia.

De acuerdo con el informe de necesidades humanitarias 2015, existen 4.8 millones de personas con necesidades humanitarias a causa de desastres por fenómenos naturales, víctimas de minas antipersona, desplazamiento y situaciones de confinamiento que limitan el acceso a ciertas comunidades⁵.

Las cifras de la Oficina de Naciones Unidas para la coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA), muestran que, en el año 2013, los grupos armados estuvieron presentes en el 31 % de los municipios del país (348 municipios). En ese mismo año el 60 % de los municipios (681 municipios) sufrieron algún grado de afectación por desastres por fenómenos naturales, de estos municipios, el 6,4 % (72) se clasificaron como doble afectación (presencia de grupos armados y desastres por fenómenos naturales). Cabe anotar que de los 441 municipios que no estuvieron afectados por desastres en el 2013, el 14,7 % sufrieron algún grado de afectación en el 2014⁶.

Por otro lado, al observar la gestión de la acción humanitaria en la década de los ochenta, la única medida para evaluar la eficacia de una intervención humanitaria era el número de vidas salvadas inmediatamente, sin preocuparse por lo que les sucedería más adelante. La respuesta humanitaria, aun siendo eficaz en lo inmediato, fue letal para el desarrollo a largo plazo de estas regiones, pues las comunidades que se beneficiaron de la ayuda no gestionaron su propio desarrollo y la ayuda resultó ser una labor asistencialista⁷.

La acción humanitaria no nace sólo del altruismo de algunos, sino de la paciente coordinación de organizaciones que con frecuencia poseen métodos, tiempos y procedimientos muy distintos entre ellas. Por tal motivo, es necesario

trascender del concepto básico de acción humanitaria que es: “contribuir a salvar vidas y aliviar el sufrimiento”⁸, para orientarlo de manera diferenciada a las dinámicas de las poblaciones. Es importante cuestionarse sobre si una acción humanitaria es sostenible, si es pertinente para el contexto donde se va a aplicar y cómo lo impacta⁹.

Adicional a ello, es cada vez más frecuente la existencia de zonas grises, ya que hay ciertas actividades que no encajan en la ayuda de emergencia y tampoco en la ayuda para el desarrollo. A lo anterior se suman cuestiones de tipo teórico, como las emergencias crónicas que se caracterizan por la permanencia en el tiempo, en las que la vulnerabilidad de una población se vuelve cíclica, o en los casos de conflictos de larga duración, donde los desplazados dependen por largos períodos de tiempo de la ayuda humanitaria sin soluciones próximas a la vista.

3. Conceptos clave

Las definiciones aquí presentadas han sido adoptadas por la normatividad nacional o internacional y existen otras que sólo han tenido conceso para su uso por parte de la comunidad humanitaria y se incluyeron para efectos de este documento.

- **Acción Humanitaria:** al abordar este término, se encuentra que aún no existe una definición consensuada por la comunidad humanitaria en general, esto se debe a la complejidad del campo de estudio, a las actividades, actores y objetivos que abarca. Sin embargo, la definición dada por OCHA¹⁰ es la más aceptada.

“Conjunto diverso de acciones de ayuda a las víctimas de desastres (desencadenados por fenómenos naturales o por conflictos armados), orientadas a aliviar su sufrimiento, garantizar su subsistencia, proteger sus derechos fundamentales y defender su dignidad, así como, a veces, a frenar el proceso de desestructuración socioeconómica de la comunidad y prepararlos ante desastres. Puede ser proporcionada por actores nacionales o internacionales”.

La acción humanitaria destaca los siguientes objetivos: proveer bienes y servicios básicos para garantizar la subsistencia de los afectados por un desastre y aliviar su sufrimiento. Esta es la función tradicional de la ayuda y la acción humanitaria, y sigue siendo la más habitual. Los bienes y servicios esenciales que deben satisfacerse son abrigo, agua potable, alimentos y atención sanitaria^{9,10}.

Frenar el proceso de aumento de vulnerabilidad y de desestructuración socioeconómica de las familias y las comunidades. Este objetivo busca

que la ayuda humanitaria no se limite únicamente a proveer los bienes esenciales para garantizar la subsistencia inmediata, por el contrario, para evitar que la crisis sea permanente o recurrente es preciso que afronte algunas de sus causas de fondo. También se realizan actividades para disuadir el éxodo de las familias y para generar capacidades que contribuyan a la recuperación y el desarrollo posteriores^{9,10}.

Realizar actividades de preparación ante potenciales desastres y las actividades de rehabilitación. A corto plazo, son otros dos mecanismos que contribuyen a lo expuesto en el punto anterior, esto es, la reducción de la vulnerabilidad y la vinculación entre los objetivos de emergencia y los de desarrollo^{9,10}.

Proteger a las víctimas de las guerras y otros desastres. Entendida como la defensa de sus derechos humanos fundamentales, el reconocimiento y defensa del respeto a su dignidad y la exigencia del cumplimiento del derecho internacional humanitario en conflictos bélicos. Esta labor de protección es particularmente pertinente en los contextos de emergencias complejas y conflictos civiles^{9,10}.

- **Ayuda Humanitaria de Emergencia:** consiste en la ayuda proporcionada con un carácter de urgencia a las víctimas de desastres desencadenados por fenómenos naturales o por conflictos armados, es la ayuda consistente en la provisión gratuita de bienes y servicios esenciales para la supervivencia inmediata (agua, alimentos, abrigo, medicamentos y atenciones sanitarias). Este tipo de intervención suele tener un marco temporal muy limitado, normalmente entre seis y 12 meses¹¹.
- **Amenaza:** peligro latente de que un evento físico de origen natural, o causado, o inducido por la acción humana de manera accidental, se presenta con una severidad suficiente para causar pérdida de vidas, lesiones u otros impactos en la salud, así como también daños y pérdidas en los bienes, la infraestructura, los medios de sustento, la prestación de servicios y los recursos ambientales¹².

Figura 1. Acción humanitaria y ayuda de emergencia



Fuente: FICR 2011- Esfera 2011

- **Carta humanitaria:** es una declaración de los derechos y las obligaciones jurídicas reconocidas, así como de las convicciones y los compromisos que comparten las organizaciones humanitarias. Estos derechos, se encuentran fundados en el principio de humanidad y en el imperativo humanitario, incluyen el derecho a vivir con dignidad, a recibir asistencia humanitaria y el derecho a la protección y a la seguridad. La Carta también pone en manifiesto la importancia de que las organizaciones rindan cuentas a las comunidades afectadas. A su vez, explica por qué la asistencia y la protección son pilares fundamentales de la acción humanitaria¹².
- **Damnificados:** personas que han sufrido grave daño directamente asociado al evento, con pérdida parcial o total de bienes (inmuebles, especies pecuarias y cultivos) y/o la desaparición, lesión o muerte de familiares o miembros del hogar¹³.
- **Desastre:** es el resultado que se desencadena de la manifestación de uno o varios eventos naturales o antropogénicos no intencionales, que al encontrar condiciones propicias de vulnerabilidad en las personas, los

bienes, la infraestructura, los medios de subsistencia, la prestación de servicios o los recursos ambientales, causa daños o pérdidas humanas, materiales, económicas o ambientales, generando una alteración intensa, grave y extendida en las condiciones normales de funcionamiento de la sociedad, que exige del Estado y del sistema nacional ejecutar acciones de respuesta a la emergencia, rehabilitación y reconstrucción¹¹.

- **Emergencia compleja:** este término fue acuñado a finales de los años 80 por las Naciones Unidas, para describir el carácter diferenciado de las grandes crisis que han proliferado desde entonces y durante la post-Guerra Fría. Surgió inicialmente en referencia a los casos de Mozambique y Sudán, pronto se expandió su utilización debido a la proliferación de conflictos civiles y de operaciones de paz durante los años 90, así como gracias a la creación del Departamento de Asuntos Humanitarios en 1992 (OCHA). Como señalan varios autores, el concepto no deja de ser un eufemismo para referirse a lo que, en realidad, es una violación masiva y deliberada de los derechos humanos¹⁴.

Es así que “emergencia compleja” se define como la crisis crónica o aguda con violencia, desplazamiento de población, inseguridad alimentaria y aumento en la tasa de malnutrición y mortalidad, con el agravante de riesgo para la seguridad del personal humanitario¹⁵.

A todo esto, habría que añadir que la complejidad de la respuesta se ve con frecuencia acrecentada al acabar entrelazándose y convirtiéndose en una parte más del problema, como ocurre sobre todo con las controvertidas intervenciones militares en las crisis. Cada emergencia compleja es diferente en cuanto a sus causas, actores, incidencia, resolución, etc. Sin embargo, en general suelen resultar de la combinación de varios factores causales, que en cada caso pueden presentarse en mayor o menor grado¹⁰.

- **Emergencia:** situación caracterizada por la alteración o interrupción intensa y grave de las condiciones normales de funcionamiento u operación de una comunidad, causada por un evento adverso o por la inminencia del mismo, que obliga a una reacción inmediata y que requiere la respuesta de las instituciones del Estado, los medios de comunicación y de la comunidad en general¹⁴.
- **Misión médica:** el conjunto de bienes, instalaciones, instituciones, transporte terrestre, aéreo, fluvial y marítimo, equipos y materiales necesarios para llevar a cabo las actividades propias de la prestación de servicios de salud, tales como, asistencia sanitaria, salud preventiva, educación en salud, administración y apoyo en la prestación de los servicios de salud, atención prehospitalaria, hospitalaria y extramural, conformado a su vez, por el personal profesional de la salud y otras disciplinas, con vinculación laboral o civil, que ejercen funciones sanitarias, en el marco

de la misión humanitaria en situaciones o zonas de conflicto armado u otras situaciones de violencia que afecten la seguridad pública, desastres naturales y otras calamidades¹⁶.

- **Riesgo de desastres:** corresponde a los daños o pérdidas potenciales que pueden presentarse debido a los eventos físicos peligrosos de origen natural, socio-natural tecnológico, biosanitario o humano no intencional, en un período de tiempo específico y que son determinados por la vulnerabilidad de los elementos expuestos; por consiguiente, el riesgo de desastres se deriva de la combinación de la amenaza y la vulnerabilidad¹¹.
- **Socorro:** consiste solamente en una ayuda para auxiliar a quien sufre un desastre u otra situación de peligro. Sin embargo, es un acto que no está guiado necesariamente por los principios éticos y operativos característico de la acción humanitaria¹⁰.
- **Víctima:** se entenderá por víctima a toda persona que haya sufrido daños, individual o colectivamente, incluidas lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdidas económicas o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que constituyan una violación manifiesta de las normas internacionales de derechos humanos o una violación grave del Derecho Internacional Humanitario. Cuando corresponda y en conformidad con el derecho interno, el término “víctima” también comprenderá a la familia inmediata o a las personas a cargo de la víctima directa y a las personas que hayan sufrido daños al intervenir para prestar asistencia a víctimas en peligro o para impedir la victimización. Una persona será considerada víctima con independencia de si el autor de la violación ha sido identificado, aprehendido, juzgado o condenado y de la relación familiar que pueda existir entre el autor y la víctima¹⁷.
De acuerdo con la Ley 1448 de 2011 también se entenderá por víctima *“aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno”*.
- **Vulnerabilidad:** susceptibilidad o fragilidad física, económica, social, ambiental o institucional que tiene una comunidad de ser afectada o de sufrir efectos adversos en caso de que un evento físico peligroso se presente. Corresponde a la predisposición a sufrir pérdidas o daños de los seres humanos y sus medios de subsistencia, así como de sus sistemas físicos, sociales, económicos y de apoyo que pueden ser afectados por eventos físicos peligrosos¹¹.

4. Marco ético

La acción humanitaria se ha cimentado desde una serie de valores éticos, humanistas y al margen de temas políticos, éste énfasis en valores y principios, ha sido y es, uno de los elementos distintivos de lo humanitario y así ha sido recogido en la mayor parte de los documentos de principios, cartas magnas y declaraciones de misión, de las organizaciones humanitarias y en algunos textos jurídicos y documentos internacionales¹⁰.

4.1. Principios humanitarios

Los principios humanitarios constituyen la base fundamental para la acción humanitaria, los cuales son:

- Humanidad: el sufrimiento humano debe ser atendido dondequiera que se encuentre. El objetivo de la acción humanitaria es proteger la vida y la salud y garantizar el respeto de los seres humanos.
- Neutralidad: los actores humanitarios no deben tomar partido en las hostilidades y en las controversias de orden político, racial, religioso o ideológico.
- Imparcialidad: la acción humanitaria debe llevarse a cabo en función de la necesidad, dando prioridad a los casos más urgentes y sin hacer distinciones sobre la base de la nacionalidad, raza, sexo, creencias religiosas, clase u opinión política.
- Independencia: la acción humanitaria debe ser autónoma de los objetivos políticos, económicos, militares o de otro tipo que cualquier agente humanitario pueda tener respecto a las zonas donde se estén ejecutando medidas humanitarias.

Estos principios en la labor humanitaria de las Naciones Unidas se consagran formalmente en dos resoluciones de la Asamblea General. Los tres primeros principios están aprobados por la Asamblea General a través de la Resolución 46/182 aprobada en 1991. El cuarto principio se añadió en 2004 en virtud de la Resolución 58/114. El compromiso con los principios humanitarios se expresa también a nivel institucional por la gran mayoría de las organizaciones humanitarias¹⁸.

Colombia adoptó unos principios de actuación para la ayuda humanitaria, los cuales fueron definidos por la Unidad Nacional para la Gestión de Riesgo de Desastres en su documento "*Estandarización de la Ayuda Humanitaria de Colombia*"¹⁹:

- Deber Humanitario, las actuaciones en el marco del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres están basadas en las personas, sus derechos fundamentales y el propósito de salvar su vida y proteger su dignidad.

- La ayuda humanitaria en situaciones de desastres, no estará supeditada a circunstancias diferentes de la necesidad humanitaria, apartando en todo momento la discriminación por motivo de pertenencia étnica, cultura, género, religión, condición social, identidad sexual o política.
- La ayuda humanitaria no será usada como herramienta para favorecer o presionar a las comunidades en el ejercicio libre de su derecho al voto, a la elección popular y demás derechos y deberes civiles y políticos.
- Se propenderá siempre por el respeto a la cultura local, considerando sus costumbres, tradiciones, valores éticos, las ideas, la vida cotidiana y la popular.
- Siempre que sea posible, se promoverá el impulso y/o apoyo a la economía local, mediante la adquisición de los recursos en el mercado local, así como el uso de la mano de obra, entre otras estrategias, apoyando de esta manera la recuperación económica de la zona afectada.
- Se propiciará la participación activa de la comunidad afectada en el proceso de ayuda humanitaria, como un proceso de transparencia y apoyo en la generación de autonomía y resiliencia local. Así mismo, se harán partícipes en los procesos de evaluación y planificación de la recuperación.
- Siempre que sea posible se tendrá un trato diferenciado con los grupos más vulnerables, de manera que éstos reciban la ayuda necesaria para satisfacer sus necesidades básicas adicionales (indígenas, mujeres, gestantes, personas con discapacidad física o mental, menores sin acompañante, persona adulta mayor cabeza de hogar, personas con enfermedades crónicas, personas con VIH/SIDA).
- En las actividades de comunicación pública se cuidará el manejo de la imagen y la intimidad de los afectados, respetando su dignidad y propendiendo por resaltar los aspectos positivos, logros y capacidades de las comunidades y autoridades para enfrentar y recuperarse de las situaciones de crisis. Lo cual se hará de manera conciliada y respetando las situaciones en las cuales no deseen participar de estos procesos de comunicación. Es importante contar con la autorización escrita para el uso de la imagen de los afectados.
- Es responsabilidad de los integrantes del Sistema Nacional para la Gestión de Riesgo de Desastres vigilar que no se beneficien con asistencia humanitaria, familias que no hayan sido afectadas por emergencias y desastres, situaciones en las cuales deberán reportar estas irregularidades a los Consejos Municipales, Distritales y Departamentales para la Gestión de Riesgo de Desastres y a la Unidad Nacional para la Gestión de Riesgo de Desastres.
- Brindar la asistencia humanitaria a través de los Consejos Territoriales de Gestión del Riesgo de Desastres con el apoyo de la Unidad Nacional para la Gestión de Riesgo de Desastres, cuando su capacidad sea excedida y previa Evaluación de Daños y Análisis de Necesidades - EDAN-.

Con la Ley Estatutaria 1751 de 2015 que regula el derecho fundamental a la salud, se definieron los siguientes principios que se deberán interpretar de manera armónica sin privilegiar alguno de ellos sobre los demás. Lo anterior no obsta para que sean adoptadas acciones afirmativas en beneficio de sujetos de especial protección constitucional como la promoción del interés superior de las niñas, niños y mujeres en estado de embarazo y personas de escasos recursos, grupos vulnerables y sujetos de especial protección:

- Universalidad: los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida.
- *Pro homine*: las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas.
- Equidad: el Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección.
- Continuidad: las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas.
- Oportunidad: la prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones.
- Prevalencia de derechos: el Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes. En cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política. Dichas medidas se formularán por ciclos vitales: prenatal hasta seis (6) años, de los (7) a los catorce (14) años, y de los quince (15) a los dieciocho (18) años.
- Progresividad del derecho: el Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.
- Libre elección: las personas tienen la libertad de elegir sus entidades de salud dentro de la oferta disponible según las normas de habilitación.
- Sostenibilidad: el Estado dispondrá, por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de conformidad con las normas constitucionales de sostenibilidad fiscal.
- Solidaridad: el sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades.

- Eficiencia: el sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población.
- Interculturalidad: es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global.
- Protección a los pueblos indígenas: para los pueblos indígenas el Estado reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral, entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos, que se desarrolla en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI).
- Protección a pueblos y comunidades ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palanqueras: para los pueblos y comunidades ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palanqueras, se garantizará el derecho a la salud como fundamental y se aplicará de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres.

4.2. Centralidad de la protección

Por protección se entienden todas las actividades dirigidas a asegurar el respeto por los derechos de la persona de acuerdo con el Derecho Internacional Humanitario, Derecho Internacional de los Derechos Humanos y Derecho de los Refugiados. Las autoridades nacionales tienen la responsabilidad principal de respetar, proteger y fomentar los derechos humanos los cuales son universales, indivisibles, interdependientes e interrelacionados. Adicionalmente, los jefes de agencia del Comité Permanente Inter-Agencial (IASC) reafirmaron el 17 de diciembre de 2013 su compromiso en asegurar la centralidad de la protección en la acción humanitaria²⁰.

Se han determinado cuatro elementos para la incorporación del enfoque de protección para la acción humanitaria:

- Evitar causar daño y garantizar la seguridad y la dignidad.
- Garantizar un acceso efectivo a servicios y asistencia.
- Rendición de cuentas.
- Participación y empoderamiento.

Es así que la centralidad de la protección supone que se deben aumentar esfuerzos para asegurar que se incorpore un enfoque de derechos y de género en toda acción humanitaria, superando un enfoque asistencialista, analizando y abordando las causas subyacentes de las crisis y las necesidades específicas de mujeres y hombres.

Se hace necesario, además, comunicar con claridad los principios humanitarios y asegurarse que se actúa de acuerdo con ellos, lo cual es la clave para lograr la aceptación por todas las partes interesadas en el terreno para que se lleve a cabo la acción humanitaria. Por lo tanto, ayuda a garantizar el acceso a las poblaciones afectadas y a la seguridad del personal humanitario y los beneficiarios. El acceso sostenido, a su vez, refuerza los principios humanitarios en la práctica, por ejemplo, permite llevar a cabo directamente y supervisar la distribución de bienes a las poblaciones que sufren, garantizando así que la ayuda sea distribuida de manera imparcial y llegando a los más necesitados²¹.

También hacen parte de las buenas prácticas frente a la acción humanitaria los principios de buena donación humanitaria, éstos fueron aprobados en Estocolmo en el año 2003 por Alemania, Australia, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Estados Unidos, Francia, Finlandia, Irlanda, Japón, Luxemburgo, Noruega, Países Bajos, Reino Unido, Suecia y Suiza. Comprende 23 principios (Anexo 1) dirigidos a las naciones que se adhieren o suscriben a este pacto, partiendo de la concepción de los donantes como actores activos de la cadena de la ayuda humanitaria, que pueden tener un impacto directo en la calidad de la asistencia y no solo como fuente de financiamiento⁹.

Por otro lado, el enfoque de acción sin daño (en inglés Do No Harm- DNH-), también ha de considerarse en la acción humanitaria. Este enfoque fue propuesto por primera vez en 1994 por Mary Anderson y su equipo del Collaborative for Development Action (CDA), como una de las lecciones aprendidas del genocidio de Ruanda. La acción sin daño afirma que algunas veces, a través de los proyectos y las acciones se transmiten mensajes éticos de cómo se entienden los conflictos, cómo se maneja la ayuda, cómo se transfieren recursos y cómo por medio de acciones institucionales se pueden fortalecer las relaciones de poder y dinámicas que no contribuyen a disminuir el conflicto sino a exacerbarlo. Esta propuesta parte de señalar, que las organizaciones que actúan en marcos de conflicto no son neutrales y por el contrario, se integran de una forma u otra al contexto conflictivo⁷.

En este sentido, el desafío para los trabajadores humanitarios radica en definir cómo las acciones que emprenden pueden llevarse a cabo sin afectar las capacidades locales ni fomentar la dependencia. Por lo tanto, la acción sin daño exige al trabajador humanitario mantener una actitud de autocrítica y apertura al cuestionamiento frente a los impactos de la ayuda, así como de responsabilidad frente a lo que se hace⁹.

Esta estrategia llegó a Colombia a partir de la iniciativa de la Agencia Suiza para la Cooperación y el Desarrollo, en el 2004. Al detectar la importancia y la validez del tema para el país, se realizó una investigación que mostró la necesidad de aprovechar la estrategia teniendo en cuenta la adecuación a las necesidades y particularidades del país, así como la vinculación con la academia para la ela-

boración de contenidos y la conexión de la teoría con la práctica. También se asumió la validez de la aplicación del enfoque a situaciones de todo tipo de conflictos, no sólo lo referido a los conflictos armados y se hizo explícita la aplicación para interacciones humanitarias o de desarrollo, con el propósito de hacer contribuciones sólidas a diferentes opciones de construcción de paz⁷.

5. La salud en situaciones de desastre

La importancia de los desastres como problema de salud pública es ampliamente reconocida. Los desastres afectan las comunidades de diversas formas lo cual se hace relevante por el crecimiento acelerado de la población y en algunas regiones, asentamientos informales que en su conjunto aumentan su vulnerabilidad frente a los desastres, lo cual implica un mayor número de personas expuestas.

Los desastres tienen casi siempre efectos significativos en la salud pública y en el bienestar de las poblaciones afectadas. Esos efectos pueden ser directos (por ejemplo, muerte a causa de la violencia o lesiones) o indirectos (como el aumento de las tasas de enfermedades transmisibles y/o la malnutrición)²².

Adicional a ello, no se manifiestan únicamente a través del daño físico en la infraestructura, carreteras o asentamientos humanos, sino que sus consecuencias tienen efectos prolongados que persisten en el tiempo y causan trastornos en la economía, los medios de subsistencia, el ambiente, así como en los sistemas políticos y sociales²³.

Pueden hacer colapsar una sociedad o revelar situaciones de crisis latentes creando inestabilidad y problemas de gobernabilidad en un territorio^{24, 25, 26}.

Por otro lado, la importancia del impacto humano, psicosocial y de subsistencia, no se puede valorar económicamente, sobre todo el impacto en la población más vulnerable como son los niños, las personas adultas mayores, la población más pobre, las mujeres, los pueblos indígenas, entre otros.

Los desastres tienen un impacto diferente en las mujeres y los hombres, así como en las niñas y los niños. Es importante reconocer que las desigualdades de género aumentan la vulnerabilidad de las mujeres y limitan su acceso a la información y los recursos que necesitan para reducir los riesgos que se derivan de los desastres. De hecho, según varias agencias de Naciones Unidas y organizaciones de salud, en los países en los que se tolera la discriminación de género, las mujeres y las niñas ocupan un lugar de especial vulnerabilidad ante los peligros naturales. Esto se ve reflejado no sólo en el porcentaje de mujeres y niñas que mueren, que es mucho más alto en estos países que en otros, sino también en la incidencia de la violencia de género – en la que se

incluyen la violación sexual, la trata de personas y la violencia doméstica –, que aumenta de forma exponencial durante y después de los desastres con graves consecuencias en la salud de las mujeres y niñas. En la mayoría de los casos, los desastres acarrearán para mujeres y niñas una carga adicional, puesto que es sobre ellas que recae la responsabilidad del trabajo no remunerado (suministro de cuidados, agua y alimentos para los hogares, entre otros)²⁷.

Los desastres causan víctimas fatales que son irrecuperables para las familias y la población, quienes, a su vez, deben enfrentar la crisis, sobreponerse a ella y soportar la carga emocional que significa recuperarse de la tragedia, restablecer sus medios de subsistencia e intentar llenar los grandes vacíos que dejan los seres queridos fallecidos.

Para muchas comunidades pueden pasar años antes que puedan seguir su curso de vida normal y en algunos casos, nunca reponerse totalmente. Adicional a ello, los desastres también pueden destruir la reputación de una organización, sus recursos, legitimidad y confianza²⁸.

El conocimiento epidemiológico de la morbilidad y la mortalidad en el territorio, es esencial cuando se van a determinar las necesidades que se deben cubrir para responder efectivamente en las situaciones de emergencia o desastre.

Aunque los desastres son únicos, los resultados de varias encuestas han mostrado que cada tipo de desastre tiene perfil epidemiológico y características propias y estas similitudes y diferencias son cruciales en la planeación, el diseño y la ejecución de actividades de ayuda en salud (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Efectos en el corto plazo de algunos desastres sobre la salud

Efectos	Emergencias complejas	Terremotos	Huracanes (sin inundaciones)	Inundaciones	Crecidas / tsunamis
Muertes	Muchas	Muchas	Pocas	Pocas	Muchas
Lesiones graves	Varía	Muchas	Moderadas	Pocas	Pocas
Riesgo mayor de transmisión de enfermedades	Alto	Varía*	Bajo	Varía*	Varía*
Escasez de alimentos	Común	Rara vez	Rara vez	Varía	Frecuente
Desplazamientos masivos de población	Común	Rara vez (puede ocurrir en zonas urbanas muy afectadas)	Rara vez (puede ocurrir en zonas urbanas muy afectadas)	Frecuente	Varía

* Depende de los desplazamientos posteriores al desastre y de las condiciones de vida de la población.

Fuente: adaptado de Emergency health management after natural disaster. Office of Emergency Preparedness and Disaster Relief Coordination. Scientific Publication No. 407. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1981

También es importante considerar algunos de los mitos y creencias erróneas que la Organización Panamericana de la Salud ha identificado (ver tabla 2), que se asocian ampliamente con el impacto de los desastres en salud pública, entre los cuales se encuentran:

Tabla 2. Mitos y realidades de los desastres

Mito	Realidad
☐ ¿Se necesita cualquier clase de asistencia internacional, y se necesita ahora!	☐ Una respuesta apresurada que no se base en una evaluación imparcial sólo contribuye a generar caos. Es mejor esperar hasta que se hayan evaluado las auténticas necesidades.
☐ Se necesitan médicos voluntarios extranjeros con cualquier clase de antecedentes médicos.	☐ La población local casi siempre satisface las necesidades inmediatas para salvar vidas. Solo se necesitan personal médico con aptitudes que no se encuentren en el país afectado.
☐ Los desastres provocan muertes al azar.	☐ Los desastres afectan más gravemente a los grupos más vulnerables: los pobres, y especialmente mujeres, niños y ancianos.
☐ Las epidemias y las pestes son inevitables después de todo desastre.	☐ Las epidemias no ocurren espontáneamente y los cadáveres no conducirán a brotes catastróficos de enfermedades exóticas. La clave para prevenir enfermedades está en mejorar las condiciones sanitarias y en educar a la gente.
☐ La población afectada está demasiado conmocionada e indefensa para asumir la responsabilidad de su propia supervivencia.	☐ Por el contrario, muchas personas encuentran nuevas fuerzas durante una emergencia, y así lo han demostrado los miles de voluntarios que se unen espontáneamente para colaborar en labores de asistencia.
☐ Las cosas vuelven a la normalidad en pocas semanas.	☐ Los efectos de un desastre duran mucho tiempo. Los países afectados por desastres agotan gran parte de sus recursos financieros y materiales en la fase inmediatamente posterior al desastre.

Fuente: Impacto de los desastres en la salud pública.
Organización Panamericana de la Salud. 2000

6. Estándares mínimos en salud

El acceso a la atención en salud es un factor crucial para la supervivencia en las etapas iniciales de un desastre. Los desastres pueden llegar a tener efectos significativos en la salud pública y en el bienestar de las poblaciones afectadas. Por lo tanto, los objetivos primordiales de la respuesta humanitaria en salud en caso de emergencias o desastres son prevenir y reducir la mortalidad y la morbilidad excesivas.

Teniendo en cuenta lo anterior, los estándares mínimos, que son transversales y específicos sobre las acciones de salud, son *"las condiciones que hay que lograr en cualquier respuesta humanitaria para que las poblaciones afectadas por un desastre puedan sobrevivir y recuperar condiciones de vida estables con dignidad"*⁸. Así mismo, están considerados como la expresión concreta de las convicciones y los compromisos que comparten las instituciones públicas, privadas y organizaciones humanitarias sobre las mejores prácticas para la respuesta en casos de desastre.

Este esquema no corresponde con estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad- SOGC, ya que las acciones sugeridas para cumplir con el estándar, pueden o no desarrollarse de acuerdo al caso y no son obligatorias para todos los actores. La obligatoriedad de la acción se establece en el plan o estrategia de respuesta.

Los estándares transversales deben estar presentes en cualquier situación de emergencia o desastre, a diferencia de los específicos que se seleccionarán de acuerdo a la situación a atender.

La respuesta humanitaria se basa en un análisis contextualizado (evaluación inicial, seguimiento y evaluación posterior) con el fin identificar las necesidades, vulnerabilidades y capacidades en cada situación.

Aunque el Estado debe garantizar el cumplimiento de los derechos humanos, todos los actores que intervienen en la acción humanitaria tienen la responsabilidad de trabajar con las poblaciones afectadas por los desastres de manera que se respeten esos derechos y que las acciones que se lleven a cabo estén enmarcadas en los principios humanitarios, la protección humanitaria y el enfoque de la acción sin daño. (Ver figura No 2).

Figura 2. Estructura de la Acción Humanitaria en Salud



Fuente: elaboración propia a partir de la estructura propuesta para este documento.

Cada uno de los estándares mínimos tienen la misma estructura, que contempla la descripción del estándar, que explica el nivel mínimo que debe alcanzarse en la respuesta humanitaria, las acciones sugeridas que ayudarían a alcanzar ese nivel mínimo, unos indicadores que permiten medir el cumplimiento del estándar que son de naturaleza cualitativa y cuantitativa, y su valor debe ajustarse (casi siempre) según el contexto y este cambiará a medida que la situación evolucione. Adicionalmente, se sugieren documentos de apoyo o de consulta adicional y como anexo se presenta un marco normativo que se constituye como el orientador de la acción y de competencias (Anexo 2).

La función del sector de salud es prestar servicios de salud, con inclusión de respuestas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, detección temprana, atención, rehabilitación y paliación de la enfermedad, en el marco de la gestión integral del riesgo.

Aunque el objetivo principal de las acciones que aquí se presentan, es guiar la acción humanitaria inicial después de alguna emergencia o desastre, éstas pueden también aplicarse a la fase de preparación para la respuesta, dado que para mejorar las respuestas es necesario mejorar la preparación la cual se basa en un análisis de los riesgos y están estrechamente vinculadas con los sistemas de alerta temprana.

6.1. Estándares mínimos transversales

Estos estándares describen las acciones mínimas que permiten cumplir con los estándares específicos; así mismo, establecen el nivel mínimo que debe alcanzarse en la respuesta, ya sea por las autoridades locales, nacionales, organizaciones humanitarias del orden nacional o internacional. Estos estándares deben estar siempre presentes en los procesos de respuesta.

Los estándares transversales abordan los diferenciales de acuerdo a curso de vida, género, pertenencia étnica, condición socioeconómica, situación de discapacidad o por ubicación geográfica (rural disperso, asentamientos, alojamientos temporales), con el fin de generar respuestas integrales basadas en los principios de la acción humanitaria.

La experiencia demuestra que el tratar a estas personas como una larga lista de “grupos vulnerables”, puede llevar a respuestas fragmentarias e ineficaces, que pasan por alto la conjunción de vulnerabilidades, así como el hecho de que las vulnerabilidades van cambiando con el tiempo, incluso durante una crisis específica⁸.

Estos estándares también están enlazados a la coordinación, capacidad técnica, operativa, a la rendición de cuentas, al análisis continuo de la información, la calidad y eficacia de la respuesta.

Cabe resaltar, que la coordinación del Sector Salud juega un papel crucial en el inicio de la respuesta a un desastre. Para evitar la fragmentación en la respuesta, quizá sea necesario promover una visión más fuerte de colaboración para objetivos comunes. Es decir, transformar un pensamiento de alta competencia entre instituciones o percepciones erróneas de competencia con autoridades del gobierno, a una visión de colaboración para la eficiencia humanitaria, es decir cooperación. Esto significa un cambio de cultura en la respuesta a desastres a una alternativa de visión de cambio colaborativa lo cual redundará en la reducción de la dispersión de recursos y en la rendición de cuentas con participación de población civil.

Estándar 1: gestión administrativa, información, coordinación y evaluación

Las personas afectadas por desastres por fenómenos naturales o antrópicos, tienen acceso a servicios de salud que están coordinados entre los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas, las organizaciones humanitarias y de la sociedad civil, para lograr maximizar su eficiencia, cobertura y eficacia. Las necesidades prioritarias de las poblaciones afectadas se determinan mediante una evaluación sistemática de la situación, que incluyen las amenazas, vulnerabilidades y la capacidad que tienen las personas afectadas y las autoridades competentes para tomar las medidas necesarias.

Acciones sugeridas a desarrollar:

- Implementar o integrarse a espacios de coordinación sectorial e intersectorial para la consolidación de información (Ejemplo: sala situacional, sala de crisis, comité operativo de emergencias, consejos de gestión de riesgo, subcomité de prevención, protección y garantías de no repetición, etc.), análisis de necesidades, ejecución, monitoreo y evaluación de las acciones desarrolladas en el contexto de la emergencia. Para el caso de los grupos étnicos, esta coordinación debe adelantarse también con sus autoridades tradicionales y sus organizaciones sociales. Si se identifican indígenas, la coordinación debe tener en cuenta a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de los pueblos indígenas.
- Establecer mecanismos de articulación de las acciones de ayuda humanitaria entre los organismos de cooperación y otros actores no gubernamentales que apoyan la atención en salud de la población afectada para abogar con mayor fuerza por causas humanitarias comunes y vitales.
- Planificar y prever los recursos humanos, técnicos, logísticos y financieros necesarios para la atención de las personas afectadas.

- Identificar y movilizar recursos financieros para prestar servicios de salud a la población afectada mientras dura la situación de crisis, emergencia o desastre (Anexo 3).
- Diseñar una estrategia de respuesta que responda a las necesidades de las poblaciones afectadas con enfoque diferencial, de género y edad, de tal manera que tengan acceso equitativo a los servicios de salud de acuerdo con sus necesidades.
- Desarrollar estrategias para desglosar todos los datos por sexo y edad; asegurando su adecuada sistematización, que permita una mejor planificación, seguimiento, coordinación y evaluación. Una comprensión más profunda de una comunidad afectada en función de su edad y sexo y de las personas que tienen acceso a servicios humanitarios conduce a una respuesta más precisa y eficaz.
- Definir y documentar las responsabilidades y capacidades de cada institución del sector de salud, para garantizar cobertura de las acciones en salud para la población afectada, basada en la evaluación del contexto, los riesgos y las capacidades para hacer frente a la emergencia o al desastre y superarlo.
- Elaborar y difundir periódicamente informes de actualización y boletines del sector de salud. La frecuencia de los informes varía según el contexto y el tipo de datos. En cualquier caso, tomar las precauciones necesarias para proteger la información sensible, a fin de garantizar los derechos y la seguridad de las personas y de las poblaciones.
- Respetar los mecanismos de recepción y gestión de donaciones, así mismo éstas deben basarse en la evaluación de daños y análisis de necesidades (EDAN).
- Recopilar y utilizar información previa relativa a la situación de emergencia o desastre, sobre la capacidad de asistencia humanitaria local, la población afectada, la población en general, el contexto y los factores preexistentes que puedan incrementar la vulnerabilidad de la población frente al desastre.
- Consolidar información desagregada para el análisis, ejecución, monitoreo y evaluación de las acciones desarrolladas en el contexto de la emergencia. Para el caso de los grupos étnicos, la evaluación debe adelantarse también con sus autoridades tradicionales y sus organizaciones sociales.
- Evaluar los planes de respuesta, los efectos de la situación de crisis, emergencia o desastres incluyendo mecanismos participativos que evidencien la aplicación de los estándares aquí expuestos.
- Llevar a cabo una evaluación final para analizar lo aprendido con relación a los objetivos planteados y propender por mejorar las intervenciones en situaciones futuras.

Indicadores del estándar:

Indicador	Definición del Indicador	Posibles fuentes de información	Tipo de indicador			Proceso de Gestión de Riesgo		
			Proceso	Impacto	Calidad	Preparación	Reducción	Manejo
Coordinación entre entidades territoriales de salud, organizaciones no gubernamentales que prestan ayuda humanitaria y demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas, etc.	Número de proyectos de ayuda humanitaria con intervenciones en salud coordinados/ No de proyectos de ayuda humanitaria con intervenciones en salud.	Informes o instrumentos de evaluación. Sistema Integrado de Información Humanitaria	X		X	X		X
No se duplican las actividades humanitarias del mismo tipo en la misma zona geográfica.	Registro de actividades realizadas por tipo y zona geográfica	Sistema Integrado de Información Humanitaria	X			X	X	X
Los informes de las evaluaciones detalladas contienen datos desagregados de la población por sexo y edad demás diferenciales identificados y análisis de riesgo de desastres en el contexto de salud.	Informes con datos desagregados por edad, sexo y características diferenciales identificadas en la población.	Informes o instrumentos de evaluación sectoriales o intersectoriales.	X		X	X		X
La acción humanitaria en salud se adapta teniendo en cuenta la información del seguimiento y las lecciones aprendidas.	Número de evaluaciones realizadas y adaptadas al contexto de la situación de emergencia/ No de evaluaciones realizadas	Informes de evaluación sectoriales e intersectoriales Informes de lecciones aprendidas	X				X	X

Se realizan informes sobre la realización y seguimiento de las actividades planificadas en las reuniones sectoriales e intersectoriales.	Número de acciones completadas en el plan de acción o plan de respuesta/ No de acciones propuestas en el plan de acción o plan de respuesta	Informes de seguimiento a los planes de acción o planes de respuesta.	X				X	X
--	---	---	---	--	--	--	---	---

Documentación de apoyo

- Evaluación de daños y análisis de necesidades de salud en situaciones de desastre: guía para equipos de respuesta. Organización Panamericana de la Salud. 2010.
- Guía técnica de vigilancia epidemiológica en situaciones de emergencias y desastres en Colombia. Capítulo 3. Ministerio de Salud y Protección Social- Instituto Nacional de Salud. 2015.
- Saber donar: recomendaciones prácticas sobre donaciones humanitarias. Organización Panamericana de la Salud. 2008.
- Marcador de Género y Edad. Comisión Europea. Documento disponible en: http://ec.europa.eu/echo/files/policies/sectoral/gender_age_marker_toolkit_es.pdf

Estándar 2: atención en salud

Todas las personas afectadas por los desastres por fenómenos naturales o antrópicos, tienen acceso equitativo a atención en salud de calidad con seguridad y eficiencia, buscando la no exclusión de determinados grupos por género, edad o cualquier otra característica diferencial identificada.

Acciones sugeridas a desarrollar:

- Asegurar el funcionamiento de la red de prestadores de servicios de salud, de tal forma que se garantice el acceso a los servicios de atención en salud física y mental, las acciones de vigilancia en salud pública, promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la población afectada.
- Analizar el posible incremento de la demanda en los servicios de salud durante la emergencia para definir los recursos necesarios y garantizar la atención de la población afectada.
- Analizar e implementar medidas de reducción de vulnerabilidad en las instituciones de salud, en función de los recursos disponibles.
- Diseñar la respuesta para que las personas afectadas tengan pleno acceso a los servicios de salud; estos mecanismos pueden incluir jornadas o brigadas de salud intra o extra muros.

- Si se adaptan servicios de salud extramurales temporales (hospitales móviles, hospitales de campaña, etc.), éstos en lo posible deben ser previamente evaluados por el hospital con cobertura en la zona y deben disponer de los mecanismos de referencia y contra referencia que correspondan al lugar donde se establece el servicio de salud complementario. Adicionalmente, se debe procurar garantizar siempre las normas mínimas para la prestación de los servicios de salud que incluye la privacidad, seguridad de los pacientes, cronogramas de atención y los elementos necesarios para su atención.
- Asegurar la oportunidad de la referencia y contra- referencia de pacientes de acuerdo con lo definido en las guías de atención y los protocolos de manejo establecidos.
- Implementar un sistema de triage en todos los establecimientos sanitarios fijos o móviles para asegurar que las personas que necesitan atención urgente sean atendidas prioritariamente según su condición clínica.
- Garantizar el traslado de pacientes en vehículos sanitarios (transporte asistencial básico o medicalizado), de acuerdo con la complejidad de sus patologías y la gravedad de su condición médica.
- Aplicar las normas universales de bioseguridad en todo proceso de atención en salud, y garantizar el adecuado manejo de los residuos derivados de la atención en salud.
- Llevar a cabo programas continuos de prevención y control de infecciones asociadas al cuidado de la salud, en los establecimientos de salud, velando por el uso apropiado de antibióticos basados en las guías y protocolos nacionales de atención.

Indicadores del estándar:

Indicador	Definición del Indicador	Posibles fuentes de información	Tipo de indicador			Proceso de Gestión de Riesgo		
			Proceso	Impacto	Calidad	Preparación	Reducción	Manejo
Proporción de personas atendidas del censo del desastre	Número de personas atendidas / Número personas afectadas x 100 Desglosar este indicador por grupos de edad, sexo y diferenciales y tipo de consulta ya sea atención física o mental	Censos de la situación de crisis, emergencia o desastre, EDAN		X				X

Oportunidad en la atención	Tiempo transcurrido entre la solicitud de atención y el momento en el cual es atendido el paciente /Total de atendidos De acuerdo con el tipo de evento desglosar en aquellos que de acuerdo al triage tienen alta probabilidad de sobrevivir y de morir. La unidad de medida de tiempo (minutos, horas, días), dependerá de la situación.	Registros de atención		X			X
Eventos adversos derivados de la prestación de servicios de salud luego de la situación de desastre.	Numero de eventos adversos/ total de casos atendidos	Registros de seguimientos de seguridad del paciente		X			X
Tasa de Reingreso de pacientes hospitalizados en el contexto de la emergencia o desastre.	Número total de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 20 días por la misma causa en el período/Número total de egresos vivos en el período *100	Registro de Ingreso de Pacientes Hospitalizados		X			X

Documentación de apoyo

- Guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud". Ministerio de Salud y Protección Social.

Estándar 3: talento humano en salud y agentes comunitarios

Los servicios de salud durante la situación de desastres por fenómenos naturales o antrópicos, son prestados por talento humano con las competencias y agentes comunitarios con habilidades que respondan a las características y necesidades en salud de la población afectada. Así mismo, se debe proteger al talento humano y agentes comunitarios en las áreas donde se prestará la asistencia humanitaria.

Acciones sugeridas a desarrollar:

- Velar porque haya suficiente personal de salud para ayudar a garantizar la respuesta frente a emergencias y desastres. El personal de la salud incluye una amplia gama de perfiles como médicos generales, médicos especializados, enfermeros, bacteriólogos, técnicos y tecnólogos en atención pre-hospitalaria, profesionales de psicología y trabajo social que apoyen los componentes de salud mental y convivencia, personal para las acciones en salud pública, que incluye el área sanitaria y ambiental, farmaceutas y auxiliares además de personal administrativo, entre otros. Estos perfiles deben corresponder con los programas de formación que deben estar autorizados por la entidad competente.
- Fortalecer habilidades, conocimientos, actitudes y prácticas de los agentes comunitarios (delegados por las comunidades) como los promotores, parteras tradicionales, voluntarios, trabajadores comunitarios, entre otros.
- Procurar que la composición de los equipos para la prestación de la ayuda humanitaria sea equilibrada, por género y de acuerdo con etnia, edad y origen social, de manera que la diversidad corresponda a la cultura y contexto local.
- Contar con una estructura clara y descripciones actualizadas de los cargos y roles, a fin de que los trabajadores humanitarios conozcan sus responsabilidades, los objetivos de su trabajo y el contexto local.
- Conformar un equipo funcional en el nivel local, cuando se vea superada la capacidad de respuesta que involucre personal asistencial y logístico para brindar apoyo en situaciones de emergencias y/o desastres.
- Aplicar códigos de conducta en el personal que realiza labores humanitarias con el fin de proteger a las personas afectadas contra las violaciones de sus derechos humanos. Poner esos códigos en conocimiento de las personas afectadas.
- Aplicar las normas de seguridad para el personal y medios de transporte sanitario y difundir los temas relacionados con el respeto y protección a la Misión Médica.
- Elaborar y difundir entre el personal que presta asistencia humanitaria las directrices de seguridad y de evacuación, así como políticas de salud y seguridad en el trabajo.
- Detectar necesidades de capacitación y priorizarlas de acuerdo con las deficiencias constatadas. Del mismo modo, capacitar al personal humanitario para entregar asistencia imparcial, que reconozca el género, la edad, la discapacidad, identidad de género, pertenencia étnica con el fin de ayudar a comprender las necesidades individuales específicas, capacidades y vulnerabilidades.
- Realizar evaluaciones periódicas al personal y a los voluntarios e informarles acerca de su desempeño en relación con sus objetivos de trabajo, conocimientos, competencias, habilidades y actitudes.

- Proveer a los trabajadores humanitarios elementos de trabajo, de protección y de higiene básica y en lo posible, y si la situación lo amerita, garantizar el bienestar en cuantos turnos, alimentación, transporte y alojamiento.
- Realizar trabajo psicosocial con los trabajadores humanitarios para la prevención y manejo del estrés.
- Realizar difusión de las rutas de atención de violencia sexual para beneficiarios y personal de salud que operan en la zona de intervención.

Indicadores del estándar:

Indicador	Definición del Indicador	Posibles fuentes de información	Tipo de indicador			Proceso de Gestión de Riesgo		
			Proceso	Impacto	Calidad	Preparación	Reducción	Manejo
Porcentaje de accidentes ocupacionales en el contexto de la emergencia o desastre.	Número de accidentes ocupacionales reportados en el contexto de la emergencia/ número total de accidentes ocupacionales reportados *100	Registros de ARL		X	X			X
Porcentaje de infracciones e incidentes a la misión médica en el contexto de la emergencia	Número de infracciones e incidentes a la misión médica en el contexto de la emergencia/ Total de infracciones e incidentes a la misión médica *100	Registros de infracciones e incidentes a la misión médica		X				X
Índice de masculinidad de talento humano en salud y agentes comunitarios en el contexto de la emergencia.	Relación entre el número de hombres y de mujeres.	Registros de personal	X			X		

Documentación de apoyo

- La Carta Humanitaria. 2011
- Manual de campo de apoyo psicosocial. Unidad Nacional para la Gestión del riesgo de desastres. 2012

Estándar 4: medicamentos, sangre, dispositivos médicos y equipos biomédicos

Las personas durante la situación de crisis humanitaria, derivada de los desastres por fenómenos naturales o antrópicos, tienen acceso a medicamentos, sangre, dispositivos médicos y equipos biomédicos seguros y eficaces.

Acciones sugeridas a desarrollar:

- Disponer de un paquete estandarizado de medicamentos para la atención de emergencias, teniendo en cuenta los tipos de riesgos que pueden ocurrir y las principales patologías que se presentan en este tipo de situaciones. Modificarlo si hay indicios de resistencia a los antimicrobianos recomendados.
- Gestionar la obtención de insumos, medicamentos, inmunobiológicos y dispositivos médicos para la atención en salud de las personas afectadas en caso de ser necesario.
- Fortalecer el proceso de gestión de medicamentos e insumos, incluyendo los insumos críticos para la atención de riesgos de carácter sanitario y ambiental (insecticidas, toldillos, rodenticidas, kits para la evaluación de la calidad del agua, entre otros), con el fin de garantizar el uso eficiente y su almacenamiento, así como la eliminación correcta de los medicamentos vencidos. Este proceso debe abarcar la selección, adquisición, distribución y uso adecuado, garantizando la calidad en cada uno de estas etapas.
- Evaluar el sistema de gestión de medicamentos a través de los medicamentos con prioridad local, de acuerdo con los perfiles de salud pública y deben estar disponibles en todo momento en los establecimientos sanitarios. Establecer sistemas de alarma para medicamentos vencidos y cambio (vida útil del 75%).
- Disponer en el presupuesto anual de acuerdo a las características locales, la compra y mantenimiento de botiquines, elementos de rescate, entre ellos camillas y carpas hospital, así como plantas eléctricas y motobombas.
- Definir la estrategia de transporte para la entrega de suministros teniendo en cuenta los medios, recursos y alternativas necesarias.
- Establecer la coordinación entre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, en el momento en pueda existir desabastecimientos de medicamentos y suministros.
- Implementar y supervisar el uso seguro y racional de la sangre y los componentes sanguíneos. Los servicios de transfusión sanguínea deben evaluar dentro de las primeras 24 horas de ocurrida la situación de emergencia o desastre, la necesidad médica de sangre y en lo posible realizarlo diariamente. En caso que se aumente la demanda de sangre las IPS deben conocer los mecanismos para abastecerse.

- La Red de Bancos de Sangre debe evaluar la necesidad de incrementar las colectas de sangre, establecer los límites máximos de colecta (tener en cuenta el personal, la recogida, los análisis, el almacenamiento, etc.), los mecanismos de distribución a las IPS que requieran la sangre e informar a los donantes del modo en que pueden ayudar inmediatamente y en el futuro. Los componentes sanguíneos que probablemente serán más necesarios en las primeras 24 horas son hematíes de tipo 0, Rh negativo; días primero a décimo, hematíes (todos los tipos AB0/Rh) y plaquetas; días undécimo a trigésimo: hematíes, plaquetas y (en caso de incidentes radiológicos) células madre y médula ósea.
- La sangre a transfundir debe contar con las pruebas necesarias para garantizar la calidad y seguridad.
- Evaluar los daños a la cadena de frío y la pérdida de biológicos e insumos (jeringas).
- Implementar el uso temporal de cajas frías para asegurar que se conserven las vacunas en las áreas afectadas, así como su distribución en condiciones adecuadas.
- Usar refrigeradores fotovoltaicos para el almacenamiento de vacunas y la producción de hielo, garantizando paquetes fríos suficientes.
- Iniciar la recuperación de la cadena de frío (compra de refrigeradores, termómetros, termostatos), en caso de requerirse.
- Reponer las vacunas incluidas en los esquemas nacionales de vacunación regular inmediatamente, si la cadena de frío lo permite.
- Evitar promover la donación de medicamentos. En caso de requerirse, se debe tener en cuenta que los donativos de medicamentos deben basarse en necesidades expresadas y estar acordes con la morbilidad del territorio afectado. En cualquier caso, todos los medicamentos donados o sus equivalentes genéricos deben estar aprobados por el INVIMA y ajustarse a las normas de calidad.

Indicadores del estándar:

Indicador	Definición del Indicador	Posibles fuentes de información	Tipo de indicador			Proceso de Gestión de Riesgo		
			Proceso	Impacto	Calidad	Preparación	Reducción	Manejo
Alertas por desabastecimiento de medicamentos en el contexto de la emergencia o desastre.	Número de alertas por desabastecimiento analizadas	Registros de stock de medicamentos, registros del Ministerio de Salud y protección social	X				X	

Eventos adversos serios por productos farmacéuticos, vacunas o sangre	Número de eventos adversos serios por productos farmacéuticos, vacunas o sangre reportados en el contexto de la emergencia o desastre/ Número total de eventos adversos por productos farmacéuticos* 100	Registros de farmacovigilancia, Savigila, Sistema Nacional de Sangre		X		X	
---	--	--	--	---	--	---	--

Documentación de apoyo:

- Contenido de botiquines. Ministerio de Salud y Protección Social- Colombia. 2014.
- Organización Panamericana de la Salud. (2001). Logística y gestión de suministros humanitarios en el Sector Salud. Washington, D.C.
- Manual de gestión de donantes. Proyecto DOMAINE, pg. 215- 230. 2011.

Estándar 5: enfoque diferencial, género, edad y las poblaciones vulnerables

Las personas con diferenciales identificados como curso de vida, género, orientación sexual o identidad de género, discapacidad, pertenencia étnica y condición socioeconómica, durante la situación de crisis humanitaria derivada de los desastres por fenómenos naturales o antrópicos, reciben ayuda humanitaria que responde a sus vulnerabilidades y necesidades específicas.

Acciones sugeridas a desarrollar:

- Identificar las personas que enfrentan necesidades especiales de atención por causas físicas o mentales, teniendo en cuenta las características particulares por su situación socioeconómica, género, identidad de género, orientación sexual, pertenencia étnica, curso de vida, discapacidad (física, mental o psicosocial, visual, auditiva, cognitiva y múltiple), situación de salud, condición de víctima del conflicto armado, entre otras. En cualquier caso, se respetará la cultura, costumbres y cosmovisión de la población que resulte afectada.
- Realizar la caracterización sociocultural de las personas del territorio, identificando y contactando a las personas líderes reconocidas y respetadas por la comunidad, incluyendo de forma equitativa a mujeres y hombres.

En el caso de pueblos indígenas, afrocolombianos, negros, raizales, palenqueros y pueblos gitanos (ROM), se debe hacer mediante los representantes que están reconocidos legalmente ante el Ministerio del Interior.

- Identificar y caracterizar a las personas que no cuentan con red familiar, tal es el caso de personas adultas mayores procedentes de lugares especiales como centros de atención al adulto mayor, centros de protección, centros de rehabilitación, menores no acompañados, entre otros.
- Establecer mecanismos de coordinación con las entidades públicas y privadas corresponsables de la prestación de servicios socio-sanitarios, como las casas o centros de acogida, hogares de paso o similares, con el fin de establecer una red de apoyo para remitir personas que no requieran permanencia en centros hospitalarios.
- Identificar y caracterizar los apoyos requeridos por las personas con discapacidad como ayudas técnicas, comunicación aumentativa o alternativa, medicamentos, entre otros.
- Asegurar la participación efectiva de las personas con discapacidad, las personas adultas mayores y personas cuidadoras, grupos étnicos, niños, niñas y adolescentes, mujeres, víctimas del conflicto armado, entre otras, involucrando a sus voceros y/o autoridades tradicionales legítimas reconocidas, en los análisis de vulnerabilidad y capacidad de respuesta para identificar y abordar los riesgos y las barreras específicas que les afectan y su capacidad de participar en la respuesta. Es importante la participación permanente de las mujeres en estos procesos. Si es posible, en grupos separados de hombres y otros de mujeres.
- Considerar las condiciones de accesibilidad física y comunicacional para la atención de las personas afectadas, en particular de quienes pertenecen a grupos étnicos, personas adultas y adultas mayores y personas con discapacidad.
- Informar en lenguaje claro y comprensible, sobre las organizaciones humanitarias y sus proyectos, así como los derechos a los cuales acceden las personas, en el marco del enfoque diferencial, de derechos y de género.
- Tomar medidas especiales para que todos los niños, niñas y adolescentes sean protegidos de cualquier situación de violencia o que ponga en riesgo su integridad y tengan acceso equitativo a los servicios de salud.
- Asegurar que las personas con necesidades especiales de atención (física o mental) o con limitaciones de aprendizaje puedan acceder a la información. Así mismo, que los mensajes sean construidos con el apoyo de guías bilingües que pertenezcan a los grupos étnicos.
- Identificar y mantener actualizada la información de las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que prestan asistencia en cuanto al tratamiento de las enfermedades crónicas, dispositivos y rehabilitación física.

Indicadores del estándar:

Indicador	Definición del Indicador	Posibles fuentes de información	Tipo de indicador			Proceso de Gestión de Riesgo		
			Proceso	Impacto	Calidad	Preparación	Reducción	Manejo
Porcentaje de proyectos en las personas con diferencias identificadas, líderes sociales u organizaciones participan en la planificación y respuesta de las acciones en salud.	Nº de proyectos con participación de personas con diferencias, líderes sociales u organizaciones identificados en el proceso de planificación y respuesta de acciones en salud/No de proyectos de acciones en salud * 100	Ficha técnica y actas de proyectos de acciones en salud	X			X		
Tasa de mortalidad en menores de cinco años en el contexto de la emergencia o desastre.	Nº de menores de 5 años fallecidos en el contexto de la emergencia o desastre/ Nº de menores de 5 años afectados por la emergencia o desastre *1000	Estadísticas vitales Registros propios de muertes por la situación de emergencia o desastre Censos de la situación de emergencia y desastres		X				X

Documentación de apoyo:

- Normas Mínimas para la Protección de la Infancia en la Acción Humanitaria. Grupo de Trabajo para la Protección de la Infancia (CPWG). 2012.
- Minimum Standards for Age and Disability Inclusion in Humanitarian Action. Age and Disability Consortium as part of the ADCAP programme. 2015.
- Nota de orientación sobre la discapacidad y el manejo de riesgo de desastres para la salud. Organización Mundial de la Salud 2014.
- Manual de gestión inclusiva de emergencias: derechos humanos de las personas con discapacidad durante emergencias. Organización Panamericana de la Salud. 2013.

Estándar 6: participación social, comunitaria y rendición de cuentas

La población afectada por fenómenos naturales o antrópicos son participes y conocedores de los programas para la ayuda humanitaria, de tal manera que les motiven a conocer y reflexionar acerca de los determinantes sociales que puedan amenazar su ambiente, a educarse para protegerse de ellos, a participar en procesos para el desarrollo de un ambiente adecuado para la convivencia. Se examina el desempeño de la acción humanitaria y se dan a conocer las conclusiones a los actores interesados.

Acciones sugeridas a desarrollar:

- Fomentar la participación y corresponsabilidad de la comunidad en los mecanismos de atención humanitaria.
- Empoderar a los actores de la comunidad para movilizar y hacer un manejo adecuado de los recursos disponibles, para que capitalicen su experiencia creativa de hacer frente a la adversidad y no sucumbir ante ella; para el reforzamiento de la solidaridad comunitaria y el aumento de sus capacidades personales y colectivas para afrontar creativamente y concertadamente las situaciones de riesgo, vulnerabilidad y amenaza.
- Llevar a cabo la evaluación de análisis de necesidades iniciales y evaluaciones detalladas posteriores, con el fin de profundizar en las conclusiones de las evaluaciones precedentes y mejorar las intervenciones. Es importante tener precaución en la repetición de evaluaciones porque pueden causar más daño que beneficio a las comunidades y las personas, sobre todo en temas relacionados con la protección, violencia sexual, violencia basada en género, conducta suicida, entre otras.
- Realizar seguimiento de los resultados y cuando sea posible, de los primeros efectos de la respuesta humanitaria en la población afectada y en la población general.
- Compartir el aprendizaje, las buenas prácticas y la innovación desarrollada en la aplicación de los estándares aquí expuestos, entre la comunidad, las autoridades, organizaciones nacionales y demás partes interesadas.
- Organizar periódicamente sesiones de reflexión y aprendizaje durante la respuesta.
- Establecer mecanismos de cooperación, intercambiando iniciativas conjuntas, entre organizaciones y de otro tipo, que permitan identificar lecciones y aplicarlas.
- Establecer mecanismos de atención a la población afectada para recibir y canalizar peticiones o quejas en el ejercicio de sus derechos.

Indicadores del estándar:

Indicador	Definición del Indicador	Posibles fuentes de información	Tipo de indicador			Proceso de Gestión de Riesgo		
			Proceso	Impacto	Calidad	Preparación	Reducción	Manejo
Participación de la comunidad en temas humanitarios	Se discuten temas humanitarios en los espacios de participación comunitaria.	Actas de reuniones de los Comités de participación comunitaria	X			X	X	X
Los servicios de salud y sus organizaciones, establecen un mecanismo para recibir opiniones, sugerencias o quejas de la atención en salud y la acción humanitaria.	Nº de preguntas, opiniones, sugerencias contestadas/Nº de preguntas, opiniones sugerencias realizadas en el contexto de la emergencia	Registros de atención al ciudadano						X
Porcentaje de víctimas que participan en los espacios de construcción a nivel territorial	Número de víctimas que participan en los espacios de construcción a nivel territorial en el contexto de la emergencia o desastre/Número total de víctimas identificadas.	Registros de atención de la emergencia o desastre	X				X	

Documentación de apoyo:

- Normas HAP 2010 en materia de rendición de cuentas y gestión de calidad. HAP 2010.
- Gestión comunitaria de riesgos. Foro ciudades para la vida. 2002
- Guía para formación comunitaria en Gestión del Riesgo de Desastres. Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres. 2013

Estándar 7: comunicación

La población afectada por fenómenos naturales o antrópicos, se constituye como centro de las estrategias y mecanismos por medio de los cuales el manejo efectivo de la información contribuye a una asistencia humanitaria más sólida y eficiente.

Acciones sugeridas a desarrollar:

- Definir un mecanismo que permita centralizar y difundir la información, evitando la distorsión de los mensajes y la generación de alarmas innecesarias.
- En lo posible los contenidos se deben enfocar de la siguiente manera: 1. Los mensajes deben aludir a medidas que ayuden a promocionar hábitos saludables, prevenir y controlar los riesgos para la salud identificados; 2. La comunicación debe hacerse en lenguaje sencillo, con orientaciones e indicaciones claras de acuerdo con el tipo de emergencia, y en lo posible, utilizar pictogramas, lengua de señas y las lenguas propias de los grupos étnicos; y 3. Se deben elaborar mensajes diferenciados de acuerdo con las necesidades del público al que se quiere llegar, niños, jóvenes, adultos, personas mayores, personas con discapacidad, personas pertenecientes a diferentes grupos étnicos, entre otros, dado que esto hace que el mensaje sea más efectivo entre quienes lo reciben.
- Concertar los contenidos de los mensajes con las autoridades tradicionales y en lo posible, valerse de los programas de comunicaciones existentes y ojalá en sus propias lenguas.
- Establecer mecanismos de participación comunitaria que permitan la construcción de mensajes de acuerdo con las características sociales, ambientales, culturales, económicas y necesidades de cada zona, contando con el apoyo de los líderes y organizaciones comunitarias.
- Promover la capacitación de los comunicadores sociales y periodistas para que contribuyan con información adecuada y pertinente.

Indicadores del estándar:

Indicador	Definición del Indicador	Posibles fuentes de información	Tipo de indicador			Proceso de Gestión de Riesgo		
			Proceso	Impacto	Calidad	Preparación	Reducción	Manejo
Se comunica periódicamente información precisa, actualizada y sobre los progresos alcanzados en la población afectada a las autoridades, a la comunidad y demás actores interesados.	Estrategias de comunicación sobre la evolución de la situación de emergencia o desastres durante la situación de crisis, emergencia o desastre.	Registros y actas de estrategias de comunicación.	X			X	X	X

No se presentan noticias que generan alarma en la población en el marco de la emergencia o desastre	Nº de noticias con contenido alarmista en el contexto de la emergencia.	Monitoreo de medios de comunicación	X				X
---	---	-------------------------------------	---	--	--	--	---

Documentación de apoyo:

- Medios de comunicación y organizaciones humanitarias en la respuesta a las crisis. Instituto de Estudios sobre Conflictos y Acción Humanitaria. 2006.

6.2. Estándares mínimos específicos

Los estándares mínimos específicos para la acción humanitaria en salud, son los que contribuyen a prevenir y reducir la morbilidad y mortalidad excesiva, que puede ser causada tanto por enfermedades transmisibles como por las no transmisibles, además pretenden facilitar y superar las dificultades derivadas de la salud mental. Estos estándares, a través de acciones de vigilancia en salud pública, promoción de la salud, prevención y control de la enfermedad contribuyen a reducir los riesgos de desastres.

Con frecuencia ocurre que, en las primeras fases de la situación de desastre, la información es incompleta y es posible que se requieran tomar decisiones en salud pública urgentes, sin disponer de todos los datos, por tal razón la información previa, el análisis de las condiciones preexistentes y llevar a cabo evaluaciones multisectoriales se hacen imprescindibles.

Estos estándares involucran temas como: agua para consumo humano, saneamiento básico, vigilancia en salud pública, atención de múltiples víctimas, seguridad alimentaria y nutricional, enfermedades transmisibles, vacunación, salud sexual y reproductiva, salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y atención psicosocial, enfermedades no transmisibles y convivencia.

Estándar 1: enfermedades transmisibles

La población tiene acceso a actividades de promoción de la salud, prevención primaria, detección, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades transmisibles que tienen mayor impacto en el aumento de la morbilidad y mortalidad en situaciones de emergencia o desastres.

Acciones sugeridas a desarrollar:

- Implementar acciones en el marco de la Estrategia de Gestión Integrada de Enfermedades Transmitidas por Vectores y Zoonosis, a través de procedimientos e intervenciones integrales, que actúan sobre las causas inmediatas y que son orientadas a la población (individuos, familias, comunidades, instituciones y organizaciones), para reducir la incidencia de las enfermedades y para atender contingencias relacionadas con posibles brotes de enfermedades de transmisión vectorial y zoonosis.
- Levantar un diagnóstico sanitario en áreas de riesgo con presencia de vectores –vehículos o biológicos y reservorios, a través de la identificación, cuantificación y jerarquización de roedores plaga (ratas y ratones), artrópodos con potencial riesgo sanitario (mosquitos, triatómicos, cucarachas, pulgas, piojos, garrapatas, entre otros) y otros posibles reservorios. La intervención se debe orientar hacia un control integral fundamentado en el buen manejo y eliminación de residuos sólidos y líquidos, educación sanitaria, fortalecimiento de hábitos de protección personal, higiénicos y de aseo, propendiendo la participación activa de la comunidad, así como el manejo adecuado de animales de compañía y de producción en el intra y peri domicilio.
- Identificar sintomáticos febriles y realizar el diagnóstico diferencial correspondiente.
- Identificar sintomáticos respiratorios con presencia de tos y expectoración por más de quince (15) días a los cuales se les debe realizar valoración clínica, baciloscopia seriada, cultivo y prueba de susceptibilidad a fármacos. Luego de confirmado el diagnóstico de tuberculosis, se debe instaurar esquema de tratamiento estrictamente supervisado y manejo integral de acuerdo con la normatividad y guías vigentes. Del mismo modo procurar disponer de mascarillas quirúrgicas estándar (tapabocas), para los sintomáticos respiratorios y promover la rutina de la higiene respiratoria (ejemplo: cubrir la boca y la nariz al toser o estornudar, con la manga o el codo flexionado seguido de la higiene de manos).
- Elaborar mensajes de educación sanitaria en formatos accesibles, que alienten a la población a solicitar sin demora atención médica en caso de fiebre, tos, diarrea, erupciones cutáneas, etc.
- Capacitar al personal humanitario en protocolos y el uso de algoritmos de diagnóstico nacionales con el fin de identificar y administrar el tratamiento apropiado frente a los eventos identificados.
- Promover hábitos de higiene, entre la población afectada, tales como el lavado de manos, lavado y desinfección de mobiliario y locaciones para evitar la transmisión de enfermedades.

Indicadores del estándar

Indicador	Definición del Indicador	Posibles fuentes de información	Tipo de indicador			Proceso de Gestión de Riesgo		
			Proceso	Impacto	Calidad	Preparación	Reducción	Manejo
Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles en el contexto de la emergencia o desastre.	Número de muertes por una causa (IRA, VIH/SIDA, TB, ETV, enfermedades infecciosas, etc.) en un periodo, área determinadas y en el contexto de la emergencia o desastre/ Población en el mismo periodo y área. *1000	Estadísticas vitales		X				X
Incidencia de enfermedades transmisibles en el contexto de la emergencia o desastre.	Número de casos nuevos de enfermedad o evento en el contexto de emergencia o desastre/Número de personas en riesgo de desarrollar la enfermedad	Registros propios, Sivigila		X				X

Documentación de apoyo

- Estrategia de Gestión Integrada de enfermedades transmitidas por vectores (EGI - ETV 2012 -2021). Ministerio de Salud y Protección Social. Versión marzo 2013.
- Lineamiento para el Control Integral de Roedores. Ministerio de Salud y Protección Social- Organización Panamericana de la Salud. 2014.

Estándar 2: vacunación

La población tiene acceso a los servicios regulares del Programa Ampliado de Inmunizaciones en situaciones de emergencia o desastres.

Acciones sugeridas a desarrollar:

- Asegurar que todas las personas afectadas, personas que se encuentren en alojamientos temporales o en confinamiento (adultos y niños y niñas), y los trabajadores de salud que prestan asistencia humanitaria, estén vacunados contra sarampión/rubéola, polio, hepatitis A y B, influenza y cuadro de vacunación de tétanos.

- Verificar el estado vacunal de los grupos de riesgo (menores de un año, adultos mayores y población con patologías de inmunosupresión) y promover jornadas de vacunación.
- Procurar mantener la vacunación de rutina con el esquema básico de la población afectada (menores de cinco años, gestantes y personas adultas mayores), ya que una reducción de coberturas en el mediano plazo podría resultar en el resurgimiento de Enfermedades Prevenibles por Vacunas – EPV- ya controladas y/o erradicadas, tales como el sarampión, la rubéola, la polio, la tos ferina, la difteria y el tétanos.
- Garantizar la inmunización de los contactos generados a partir de las investigaciones de caso, cuando se requiera y de acuerdo al perfil epidemiológico de la zona afectada.

Indicadores del estándar

Indicador	Definición del Indicador	Posibles fuentes de información	Tipo de indicador			Proceso de Gestión de Riesgo		
			Proceso	Impacto	Calidad	Preparación	Reducción	Manejo
Se mantienen coberturas útiles de vacunación en la población afectada por la situación de emergencia o desastre.	Coberturas de vacunación por biológico, grupo de edad y diferenciales identificados durante la situación de emergencia o desastre.	Monitoreo de coberturas vacunales en el contexto de la emergencia o desastre.		X			X	

Documentación de apoyo

- Organización Panamericana de la Salud. Grupo Técnico Asesor sobre enfermedades prevenibles por vacunación. TAG. Quito, Ecuador 3 a 5 de junio de 2013. Vacunación una responsabilidad compartida. Vacunación en situaciones de emergencia. Anexo A. pp. 19-21, 62-66.

Estándar 3: atención de víctimas en masa

La población afectada por eventos súbitos, con impacto a mediano o largo plazo o durante emergencias complejas tiene acceso a servicios con calidad en la atención para prevenir la morbilidad excesiva, la mortalidad y las discapacidades.

Acciones sugeridas a desarrollar:

- Garantizar que los servicios de salud puedan responder y se adapten a las necesidades específicas de mujeres y hombres por separado cuando sea necesario.
- Definir un plan para la atención de víctimas en masa que contenga el ámbito de aplicación, las necesidades que puede acarrear la emergencia, el tipo (natural, tecnológica, biológica), la frecuencia y el nivel de impacto, que incluya un sistema de triage con orientaciones claras sobre la forma de evaluar, priorizar y derivar a las víctimas.
- Velar por que los trabajadores de salud locales y quienes coordinan la respuesta del sector de salud tengan los conocimientos y cualificación necesaria para la atención de víctimas en el contexto de emergencias a gran escala.
- Velar por que las instituciones dispongan del personal con conocimientos y recursos necesarios presten servicios salud a la población afectada, principalmente de traumatología, cirugía y los servicios de rehabilitación.
- Implementar procedimientos para la referencia y contra- referencia de las víctimas en las condiciones apropiadas hacia las instituciones prestadoras de servicios de salud.
- Garantizar que los pacientes lesionados y personas con discapacidad dispongan de los aparatos para movilidad asistida (por ejemplo, sillas de ruedas, muletas) en cuanto sea posible.

Indicadores del estándar

Indicador	Definición del Indicador	Posibles fuentes de información	Tipo de indicador			Proceso de Gestión de Riesgo		
			Proceso	Impacto	Calidad	Preparación	Reducción	Manejo
Tasa de mortalidad del evento (emergencia o desastre)	Número de muertos/ Población expuesta al evento. Número de muertos en la atención hospitalaria/Población expuesta al evento.	Censos de la situación de emergencia o desastre, estadísticas vitales		X				X
En las Estrategias de Respuesta a Emergencias se incluya en lo que se refiere a servicios de salud, el componente de atención de víctimas en masa.	Estrategia de respuesta con el componente de atención de víctimas en masa incluido.	Estrategias de respuesta	X			X	X	X

Años de vida potencialmente perdidos	Los AVPP se calculan definiendo la esperanza de vida (usualmente calculada por el DANE). Sobre esta base, se estiman los años perdidos como la diferencia entre el límite potencial de la vida menos la edad de muerte de cada defunción. Estadísticas vitales Registros propios de muertes por la situación de emergencia o desastre	X			X	
--------------------------------------	---	---	--	--	---	--

Documentación de apoyo

- Establecimiento de un sistema de atención de víctimas en masa. Organización Panamericana de la Salud. 1996.
- Mass Casualty Management Systems: Strategies and guidelines for building health sector capacity, World Health Organization (WHO). 2007.

Estándar 4: vigilancia en salud pública

Existe capacidad para detectar riesgos en salud pública, prevenir y controlar la propagación de enfermedades, dar respuesta en salud pública ante situaciones de emergencia o desastres por fenómenos naturales o antrópicos, proporcionada y proteger a la población afectada y al ambiente de daños adicionales.

Acciones sugeridas a desarrollar:

- Identificar posibles afectaciones en salud pública y su tendencia durante y después del evento de emergencia, para intervenir de manera temprana ante posibles situaciones de riesgo para la población.
- Elaborar mapas de riesgo por municipio que permitan identificar y monitorear las zonas en donde se evidencia presencia constante de los eventos priorizados de acuerdo a la situación presentada y los factores de riesgo relacionados, y priorizar las zonas de mayor riesgo.
- Intensificar la vigilancia de eventos de interés en salud pública, de acuerdo a las características del territorio, informar de manera inmediata las situaciones detectadas y las acciones de control inicialmente implementadas, siguiendo los canales y flujos establecidos.

- Establecer flujos y canales de información que permitan que la comunidad sea fuente de información para la detección temprana de eventos de interés en salud. Para el caso de grupos étnicos, se sugiere que estos canales sean construidos con el apoyo de guías bilingües que pertenezcan a los grupos étnicos.
- Activar el Equipo de Respuesta Inmediata para cumplir con las acciones de verificación, notificación, control, evaluación y seguimiento de eventos de interés en salud pública que requieran de intervención.
- Garantizar la toma de muestras para la confirmación y el diagnóstico de los eventos de interés de salud pública y remitir al Laboratorio de Salud Pública Departamental las muestras a las que haya lugar para la vigilancia epidemiológica, de acuerdo con los protocolos de vigilancia y los lineamientos dispuestos por el Instituto Nacional de Salud.
- Capacitar al personal que presta ayuda humanitaria en los protocolos de vigilancia en salud pública de aquellos eventos que tengan mayor impacto dada las condiciones de la emergencia y las características del territorio.

Indicadores de estándar

Indicador	Definición del Indicador	Posibles fuentes de información	Tipo de indicador			Proceso de Gestión de Riesgo		
			Proceso	Impacto	Calidad	Preparación	Reducción	Manejo
Existe capacidad para la detección y respuesta inmediata ante el comportamiento inusual de un determinado evento.	Indicadores de capacidades básicas de vigilancia y respuesta de acuerdo al RSI 2005.	Informes de capacidades básicas	X			X	X	X
Número de brotes o emergencias de interés en salud pública que son detectados por las autoridades departamentales, distritales y nacionales dentro de las primeras 24 horas después de la ocurrencia del brote.	Nº de brotes o emergencias de interés en salud pública detectados en las primeras 24 horas/Nº de brotes o emergencias de interés en salud pública	Registros propios, Sivigila, SIME del CNE						X

Número de brotes o emergencias de interés en salud pública a las cuales se les dio respuesta por parte del nivel local y nacional en el marco de la situación de emergencia o desastre.	Nº de brotes o emergencias de interés en salud pública a las cuales se les dio respuesta por parte del nivel local y nacional en el marco de la situación de emergencia o desastre/ Nº de brotes o emergencias de interés en salud pública detectados.	Registros propios, Sivigila, SIME del CNE	X					X
---	--	---	---	--	--	--	--	---

Documentación de apoyo

- Protocolos de Vigilancia en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud.
- Guía técnica de vigilancia epidemiológica en situaciones de emergencias y desastres en Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social- Instituto Nacional de Salud. 2015.

Estándar 5: agua para consumo humano

La población afectada por desastres por fenómenos naturales o antrópicos tiene acceso a agua de calidad y en cantidad para el consumo y el aseo personal.

Acciones sugeridas a desarrollar:

- Identificar las posibles fuentes de abastecimiento de agua sin riesgo para consumo humano con que cuenta la zona, en conjunto con la administración municipal o distrital y demás instancias del Sistema Nacional para la Gestión de Riesgo de Desastres, garantizando el monitoreo de las condiciones físico- químicas y microbiológicas, para lo cual se debe disponer del talento humano y los insumos necesarios.
- En caso de no contar con el suministro permanente de agua proveniente de la planta de tratamiento, las administraciones municipales o distritales deben garantizar el suministro de agua sin riesgo para consumo humano a través de puntos móviles como carro-tanques o recipientes para el almacenamiento de agua, teniendo en cuenta las cantidades mínimas que permita a las personas satisfacer sus necesidades básicas. Se calcula que para cubrir las necesidades básicas (consumo e higiene), se requieren entre 5,5 y 15 litros por día²⁹, las cuales varían dependiendo del clima y costumbres de la población. En cualquier caso, se debe garantizar el

monitoreo de las condiciones físico- químicas y microbiológicas del agua para consumo humano.

- En casos de personas hospitalizadas en instituciones de salud se estima que la necesidad de agua es de 40 a 60 litros y si es paciente ambulatorio 5 litros por día.
- Procurar que los lugares de suministro de agua estén situados en zonas accesibles a la población afectada, dando prioridad a las mujeres embarazadas, personas adultas mayores, personas con discapacidad física o generar estrategias de apoyo a estas poblaciones en razón de su vulnerabilidad. Asegúrese de que un mínimo del 15%²⁹ de los grifos / bombas de agua son accesibles y seguros para las personas con discapacidad física, con movilidad reducida y / o limitaciones visuales.
- Proporcionar a la población elementos para recoger y almacenar temporalmente el agua para consumo humano.
- Fomentar en la comunidad buenas prácticas para la recolección, almacenamiento y uso adecuado del agua.
- Suministrar información clara a la población frente a la causa de la emergencia, las acciones tomadas por las entidades para superarla, la posible duración del evento y las alternativas que se van a utilizar para suministrarles el agua para consumo humano y su periodicidad, teniendo en cuenta todos aquellos factores que incidan en la comunicación del riesgo.
- Ejecutar las acciones necesarias para la rehabilitación de los servicios básicos, buscando recuperar y mejorar en un corto plazo los niveles que tenían los servicios antes del desastre, así como aplicar medidas correctivas de largo plazo para la reconstrucción.

Indicadores del estándar

Indicador	Definición del Indicador	Posibles fuentes de información	Tipo de indicador			Proceso de Gestión de Riesgo		
			Proceso	Impacto	Calidad	Preparación	Reducción	Manejo
Disponibilidad de agua	Consumo de agua per cápita (residencial) (litros / habitante / día) Desglosar por acueductos, acueductos veredales y comunales	Registros Ministerio de Vivienda	X			X		

Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano (IRCA)	Sumatoria de puntajes de riesgo asignado a las características no aceptables/ Sumatoria de puntajes de riesgo asignado a todas las características analizadas *100	Instituto Nacional de Salud		X		X	
Proporción de la población con acceso a fuentes de agua potable en el contexto de la emergencia o desastre	Número de personas con acceso a agua potable en el contexto de la emergencia o desastre/ Población afectada por la emergencia o desastre *100	Registros de la emergencia o desastre, registros Ministerio de Vivienda y Ministerio de Ambiente				X	

Documentación de apoyo

- Guidelines for Drinking-water Quality, fourth edition. World Health Organization. 2011.
- Protocolo Autocontrol persona prestadora del servicio público de acueducto y los procesos de supervisión por parte de la Autoridad Sanitaria. Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio. 2016.
- Cantidad mínima de agua necesaria para uso doméstico. Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud. 2009.

Estándar 6: saneamiento básico

La gestión integral de los residuos sólidos, líquidos y excretas y el manejo de cadáveres propende por la protección del ambiente, específicamente en los entornos donde se habita cotidianamente, reduciendo el riesgo de transmisión de enfermedades, bajo enfoques que privilegien a la población afectada por desastres causados por fenómenos naturales o antrópicos.

Acciones sugeridas a desarrollar:

- En caso de requerirse, se debe disponer de unidades móviles sanitarias que garanticen y aseguren la limpieza, desinfección y disposición final de los mismos. Dependiendo del entorno y características del territorio se podrán considerar el uso de letrinas, siempre y cuando se haya planificado desde el comienzo para uso a largo plazo.

- Utilizar los datos demográficos desglosados por sexo y edad para planificar el número de unidades sanitarias destinadas a mujeres y hombres (proporción que es aproximadamente de 3 a 1). Asegurarse de que las mujeres y las niñas se sientan y estén fuera de peligro cuando usan las instalaciones facilitadas. Garantizar que las unidades sanitarias comunes tengan iluminación o se proporcionen linternas a las familias.
- Organizar en coordinación con las empresas de servicios públicos de aseo la recolección continua y disposición final de los residuos generados durante la situación de crisis, emergencia o desastre si ésta así lo amerita.
- Si la empresa de aseo no tiene posibilidad de acceso a la zona de emergencia para la recolección de los residuos sólidos, habilitar lugares temporales de disposición de basuras, tales como las fosas comunitarias. Otros métodos de disposición final, tales como: incineración y rellenos sanitarios podrán ser considerados una vez que la situación esté estabilizada.
- Proveer a las familias afectadas, recipientes para el almacenamiento temporal de los residuos sólidos, que serán recogidos por las empresas de servicios públicos de aseo. Se recomienda que dichos recipientes tengan una capacidad mínima de 100 litros por cada 10 familias²⁹. Los recipientes para el almacenamiento de los residuos sólidos, deberán ser de fácil limpieza y desinfección, los cuales deben disponer de tapa que los proteja de la lluvia, el ingreso de insectos, roedores y se evite la generación de olores. Las bolsas desechables deben soportar el peso de los residuos contenidos y su manipulación. En los lugares públicos los recipientes para desechos deben estar claramente señalados.
- En el largo plazo para la disposición final de los residuos sólidos orgánicos se pueden utilizar tecnologías alternas, tales como lombricultura, compost, biodigestores, entre otros, con el objetivo de mejorar la calidad de los suelos para la agricultura y por ende disminuir el volumen de residuos que se generan.
- En caso de requerirse área de lavado de ropa u otros elementos, se debe garantizar que los vertimientos no se dispongan a cielo abierto ni en las fuentes de agua para consumo humano. En todo caso, procurar que estos vertimientos sean conducidos a un sistema de drenaje. Este deberá hacerse in situ y no por medio de zanjas abiertas, que son difíciles de mantener y a menudo se obstruyen. Cuando la evacuación in situ no es posible y la única solución es hacerla fuera del lugar, es preferible hacer uso de zanjas en lugar de tuberías, propendiendo por la seguridad de todas las personas afectadas.
- Promover entre la población acciones de promoción de la higiene teniendo en cuenta los recursos y la optimización de los mismos.
- Promover entre la población acciones de promoción para la gestión de los residuos sólidos a través de mecanismos como la reducción, reutilización y separación. Los residuos líquidos podrán reutilizarse en la medida que sirvan para el aseo de infraestructura.

- Proporcionar a los cadáveres sepultura digna y culturalmente apropiada realizando el máximo esfuerzo para su identificación, se deben evitar las fosas comunes.
- Indicar el sitio exacto y la fecha cuando se encontró el cuerpo pues esta información se constituye en un elemento de ayuda para su identificación. Es importante recolectar información básica sobre todos los cadáveres, siempre que sea posible, incluyendo su sexo y edad. Adicionalmente, llevar un registro riguroso de los elementos asociados al cadáver incluyendo las prendas correspondientes pues también pueden aportar evidencias para su eventual identificación.
- Conservar los cuerpos en bolsas para cadáveres en el corto plazo (2 días). Si no las hay, se pueden usar otros materiales disponibles como plásticos, mortajas, sábanas de cama, etc.
- Considerar otras alternativas de almacenamiento temporal hasta que se pueda disponer de sitios refrigerados de almacenamiento, como las morgues de los cementerios o en medicina legal. Son contadas las ocasiones en que se cuenta con un número suficiente de contenedores refrigerados en el lugar del desastre. La sepultura temporal es una buena opción para el almacenamiento inmediato, cuando no se dispone de ningún otro método o cuando se requiere un almacenamiento temporal más prolongado.
- Procurar que los sitios para las sepulturas estén por lo menos, a 200m de las fuentes de agua como arroyos, ríos, lagos, manantiales, cascadas, playas y riberas. Tener en cuenta el nivel freático para las sepulturas o tumbas en tierra, el cual no debe ser inferior a 0.50 metros si el fondo de la sepultura es pre- fabricado y de 1.00 metro si no cuenta con losa prefabricada. En el caso de áreas de municipios potencialmente inundables o que reciban aguas drenadas de terrenos más altos, deberán optar por la modalidad de cementerios en altura (bóvedas), y contar con la protección necesaria mediante defensas para evitar inundaciones y derrumbes.

Indicadores de estándar

Indicador	Definición del Indicador	Posibles fuentes de información	Tipo de indicador			Proceso de Gestión de Riesgo		
			Proceso	Impacto	Calidad	Preparación	Reducción	Manejo
El medio ambiente en el que vive la población afectada no está contaminado por heces humanas.	Verificación visual	Informes de la situación de desastre, EDAN			X			X

Los desagües para la eliminación de residuos sólidos y excretas no contaminan las fuentes de agua.	En alojamientos temporales verificar desagües.	EDAN		X			X
Las unidades sanitarias están diseñadas y ubicadas de tal manera que garantizan la seguridad especialmente de las mujeres y niñas, y permiten el acceso a la población con discapacidad y adultos mayores.	En alojamientos temporales verificar la seguridad de las unidades sanitarias	EDAN		X			X
Cobertura de alcantarillado y recolección de basuras en el área de la emergencia o desastre	Número de viviendas con conexión a la red de energía eléctrica por unidad de análisis (urbano-rural-municipal) / Número total de viviendas en el municipio para el año de análisis *100	Registros Ministerio de Vivienda	X		X		

Documentación de apoyo

- Manual de Introducción a la Gestión de Alojamientos Temporales, Organización Internacional para las Migraciones. 2012.
- Lineamientos Generales para la Construcción, Ocupación, Administración y Cierre de Albergues. Fondo Nacional de Calamidades Colombia Humanitaria. 2011.
- La gestión de cadáveres en situaciones de desastre: Guía práctica para equipos de respuesta. Organización Panamericana de la Salud. 2006.
- Manual de Gestión Territorial- Entornos Saludables, Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Ambiente y Desarrollo Territorial, Agencia Presidencial para la Acción Social, Departamento Nacional de Planeación, Ministerio de Agricultura y Organización Panamericana de la Salud. 2009.

Estándar 7: seguridad alimentaria y nutricional

Las personas afectadas por desastres por fenómenos naturales o antrópicos, tienen derecho a la alimentación sana con equidad propendiendo por la reducción de la malnutrición y el control de los riesgos sanitarios de los alimentos y bebidas que les son proporcionados.

Acciones sugeridas a desarrollar:

- Analizar las repercusiones de la inseguridad alimentaria en el estado nutricional de la población identificando los grupos con las mayores necesidades de apoyo nutricional, con base en los factores subyacentes que pueden incidir en su estado nutricional. Para esto se pueden tener en cuenta estudios antropométricos que proporcionan una estimación de la prevalencia de la desnutrición (crónica y aguda), adicionalmente información como coberturas de vacunación, carencia de micronutrientes, lactancia exclusiva, entre otros indicadores trazadores.
- Generar respuestas en salud para los casos de malnutrición identificados que requieran de intervención urgente.
- Coordinar con otros sectores los mecanismos para proteger y fomentar una alimentación segura y apropiada del lactante y la alimentación complementaria de los niños y niñas.
- Identificar los hogares con niños menores de 24 meses, gestantes, madres que se encuentren en periodo de lactancia, enfermos crónicos, personas con discapacidad o vulnerabilidades específicas para ser registrados y canalizarlas a los programas de seguridad alimentaria para garantizar el acceso a alimentos adecuados.
- Fortalecer las acciones de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) de alimentos y bebidas, con énfasis en aspectos como procedencia, condiciones de almacenamiento, preparación y servido. Lo anterior con el objetivo de verificar el suministro de alimentos inocuos y minimizar los riesgos para la población afectada. Para este efecto, la autoridad sanitaria competente debe contar con el talento humano requerido para tal fin.
- En caso de donación de alimentos y bebidas, es necesario que se realice la verificación de las condiciones sanitarias de los mismos, tales como etiquetas y rótulos, así como las condiciones de embalaje y empaque, entre otros.
- Informar y educar a la población afectada en lo relacionado con medidas de auto-cuidado para el consumo de alimentos y bebidas en situaciones de crisis, emergencias o desastres.
- Implementar estrategias de orientación y formación vocacional para fortalecer las capacidades de las comunidades, desde la importancia y la necesidad de promocionar y mejorar el activo humano en la lógica de los medios de vida; esta acción permitirá propiciar un mayor empoderamiento de las comunidades, mayor capacidad de autogestión y convertir a las familias en actores protagónicos del sostenimiento de su seguridad alimentaria y la disminución de niveles de dependencia.
- Generar estrategias para garantizar la alimentación de la población en fase de rehabilitación, por ejemplo: agricultura en emergencias.
- Contar con la participación de representantes de las comunidades, organizaciones sociales, líderes y/o autoridades tradicionales para el abaste-

cimiento y distribución de los alimentos y otros suministros. En cualquier caso, se deben respetar las costumbres alimentarias propias de poblaciones como los grupos étnicos y procurar su disponibilidad y suministro.

Indicadores de estándar

Indicador	Definición del Indicador	Posibles fuentes de información	Tipo de indicador			Proceso de Gestión de Riesgo		
			Proceso	Impacto	Calidad	Preparación	Reducción	Manejo
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años en el contexto de la emergencia.	Número de muertes por desnutrición en menores de 5 años en un periodo, área determinadas y en el contexto de la emergencia o desastre/ Población menor de 5 años en el mismo periodo y área. *1000	Estadísticas vitales		X				X
Calidad de los alimentos y agua que son consumidos por la población en el contexto de la emergencia o desastre.	Número de muestras con resultados positivos de agentes etiológicos que pueden causar ETA en el contexto de la emergencia o desastre/ Número de muestras procesadas en el contexto de la emergencia o desastre. *100	Registros Laboratorios de Salud Pública			X	X		X

Documentación de apoyo

- Guía Operativa sobre Alimentación de Lactantes y Niños/as Pequeños/as en Emergencias. Elaborado por el Grupo Medular para la Alimentación de Lactantes y Niños/as Pequeños/as en Emergencias (IFE, por sus siglas en inglés). 2007.

Estándar 8. salud sexual y reproductiva

Las poblaciones afectadas por fenómenos naturales o antrópicos, tienen acceso a la información y a los servicios en salud sexual y reproductiva de calidad y que responden a sus necesidades, así mismo les permite el ejercicio libre y autónomo de su sexualidad, respetando sus derechos, creencias, valores éticos y son acordes al contexto cultural o cosmovisión.

Acciones sugeridas a desarrollar:

- Implementar las estrategias de promoción y prevención que garanticen los derechos humanos, sexuales y reproductivos, se prevengan las violencias de género, especialmente las violencias sexuales, dado que éstas se incrementan en las situaciones de emergencia hacia las mujeres, adolescentes y las niñas.
- Garantizar el acceso a servicios básicos de salud sexual y reproductiva, que incluya el kit de profilaxis post-exposición, insumos para la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/Sida (piezas comunicativas y dispensación gratuita de preservativos) y el kit básico de higiene para mujeres. De acuerdo con la normatividad vigente, en casos de violencia sexual se debe disponer de la anticoncepción de emergencia, medicamentos antirretrovirales y acceso a interrupción voluntaria del embarazo.
- Velar por que los establecimientos sanitarios ofrezcan tratamiento sindrómico a las personas con síntomas de una infección de transmisión sexual.
- Velar por que las personas que viven con el VIH reciban atención de salud, procurando que las personas que estaban recibiendo tratamiento antirretroviral antes de la situación de desastre sigan recibiendo el tratamiento.
- Garantizar el acceso a los servicios de salud para la atención de los eventos en salud sexual y reproductiva, dando prioridad a la atención de la gestante y sus complicaciones antes, durante y después del evento obstétrico (parto o aborto), a las víctimas de violencia sexual y de género, y a los recién nacidos a nivel mural y extramural.
- Suministrar kits esterilizados para el parto a las mujeres visiblemente embarazadas y a las parteras tradicionales, para mejorar la higiene de los partos extramurales cuando no sea posible acudir a una institución prestadora de servicios de salud.
- Establecer un sistema de comunicación y transporte para la gestión de emergencias obstétricas y neonatales que funcione de manera continua entre la comunidad y el centro de salud y entre el centro de salud y el hospital de derivación.
- Implementar un plan de acción intersectorial para la prevención, atención y el restablecimiento de los derechos de las posibles víctimas de la violencia de género y violencia sexual.

- Identificar factores de riesgo que permitan evidenciar posibles situaciones de abuso y violencia sexual, maltrato y/o abandono, especialmente en niños y niñas, mujeres, personas con discapacidad y personas adultas mayores.
- Informar a la población afectada sobre los mecanismos de solicitud de protección en situaciones de riesgo (violencia de género), especialmente para las mujeres solas, niñas y adolescentes y las personas a su cargo, del mismo modo, sobre los procesos para solicitar la atención de salud.
- Fomentar la participación de la población, en especial de las mujeres, para el análisis de riesgos en salud sexual y reproductiva y en la definición de medidas de control de estos riesgos.
- Verificar los servicios de atención y respuesta que hacen parte de la ruta de atención de personas víctimas de violencia sexual, y ajustarla de acuerdo al contexto y la presencia institucional en la zona. Posterior a su verificación, divulgar la ruta entre los líderes comunitarios e instituciones de respuesta en salud, y respuesta legal o de protección.

Indicadores del estándar

Indicador	Definición del Indicador	Posibles fuentes de información	Tipo de indicador			Proceso de Gestión de Riesgo		
			Proceso	Impacto	Calidad	Preparación	Reducción	Manejo
Razón de mortalidad materna en el contexto de la emergencia.	Número de defunciones maternas en el contexto de la emergencia o desastre/Número de nacidos vivos en el contexto de la emergencia o desastre * 1.000	Estadísticas vitales		X	X			X
Porcentaje de transmisión materno infantil de VIH en el contexto de la emergencia	Niños menores de dos años hijos de madres con VIH/SIDA que son positivos en los dos años de seguimiento/ Total de nacidos vivos de madres con VIH/ SIDA *100	Registro Nacional de VIH-SISPRO (Total de individuos no duplicados de CAC, SIVIGILA y observatorio)		X	X			X

Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que están embarazadas o son madres en el contexto de la emergencia.	Número de mujeres de 15 a 19 años que están embarazadas o son madres en el contexto de la emergencia/Total de mujeres de 15 a 19 años	EDAN, Censo de la emergencia o desastre.		X			X
Casos de violencia sexual reportados en el contexto de la emergencia.	Número de casos de violencia sexual reportados en el contexto de la emergencia o desastre.	Registros de la emergencia o desastre.		X			X

Documentación de apoyo

- Manual de Procedimientos Estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH y de la Sífilis Congénita Ministerio de la Protección Social. 2009.
- Protocolo de atención de la menor de 15 años embarazada. Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). 2014.
- Prevención del Aborto Inseguro en Colombia. Protocolo para el Sector Salud. Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). 2014.
- Guía de capacitación para atención en salud de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). 2014.
- Atención integral de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en el primer nivel de complejidad. Documento técnico para prestadores de servicios de salud. Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). 2014.
- Herramientas de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en Contextos Humanitarios. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). 2009.
- Modelo de seguridad para la atención de la emergencia obstétrica en instituciones de salud. Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). 2014.
- Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de la Violencia Sexual y el Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). 2012.

Estándar 9: atención psicosocial y salud mental

La población afectada por los desastres por fenómenos naturales o antrópicos, tiene acceso a procesos de atención psicosocial y salud mental individual y colectiva que buscan prevenir, mitigar y superar las afectaciones psicosociales, sentimientos de pérdida del bienestar y seguridad, identificados como elementos cruciales para una vida feliz y saludable.

Acciones sugeridas a desarrollar:

- Generar buenas prácticas en la atención de salud mental en desastres a la comunidad afectada, es decir, los trabajadores de salud mental deben ser culturalmente sensibles, proporcionar información en el lenguaje de la comunidad, así como trabajar articuladamente con los demás agentes de salud, las organizaciones y los líderes comunitarios.
- Brindar atención en salud mental y apoyo a las necesidades psicosociales como área de especial interés por parte de las instituciones encargadas, simultáneamente con otras actividades como la coordinación, el diagnóstico, la evaluación, la protección social y de derechos humanos, la educación, la difusión de información, la seguridad alimentaria y nutricional, la educación, la organización y el apoyo a la comunidad, la provisión de albergues, el abastecimiento de agua y saneamiento, la reparación de casas, edificios, la reconstrucción de infraestructura vial y comunitaria, transporte, acompañamiento, gestión de recursos.
- Establecer contacto y acompañamiento a los afectados, familiares y allegados, evaluar sus necesidades psicológicas y sociales, ofrecer la información disponible acerca de la emergencia y su evolución, detectar y potenciar recursos psicosociales eficaces para afrontar la situación, así como el apoyo requerido en el traslado a domicilios, centros específicos, en recogida de objetos personales, realización de trámites, mediar entre afectados y servicios de intervención, proporcionar información sobre recursos existentes y cómo llegar a ellos, asegurar el seguimiento de las necesidades psicosociales en la fase siguiente.
- Implantar el componente de salud mental, como parte del plan de atención en salud, con el fin de eliminar o disminuir la posibilidad de sufrir problemas y trastornos mentales, así como, evitar o reducir el miedo y el sufrimiento de la población afectada, contribuir a prevenir y controlar los problemas sociales y atender a las personas afectadas por enfermedad mental.
- Adoptar estrategias para prevenir y manejar el estrés en los equipos, administradores y agentes de salud que brindan la atención en salud mental ante situaciones de emergencias y desastres, con un adecuado y específico entrenamiento, debido a que éste es muy diferente a las actividades tradicionales para las que han sido formados muchos de los profesionales de salud mental, generando de esta manera, buenas prácticas en la atención

sin daño. Lo anterior como factor crítico para todos los integrantes que conforman los equipos vinculados a programas de prevención y recuperación de la salud mental frente a esta serie de eventos.

- Brindar a la población afectada de las áreas de influencia los programas de atención en crisis, sean éstos a través de los primeros auxilios mentales, entendidos como la primera modalidad de ayuda inmediata en atención de salud mental, la cual permite, restaurar el equilibrio y la adaptación mental, implementada por personas no especialistas, como primer contacto de los supervivientes posterior al evento. Una segunda modalidad es la de intervención especializada o profesional, dirigida a la atención de aquellos problemas o trastornos mentales requeridos.
- Proporcionar una adecuada respuesta, tanto de forma individual, como comunitaria, depende de la interacción de procesos mentales con eventos externos, las cuales tienden a pasar por diversas fases relevantes, a tener en cuenta en la recuperación en situaciones de desastre, a razón de; fase de advertencia o amenaza, fase de impacto, rescate o fase heroica, fase de alivio o luna de miel, fase de inventario, fase de desilusión, fase reconstrucción/recuperación.
- Realizar las acciones psicosociales en el marco del antes, durante y después de la emergencia o desastre. En el antes, se debe prevenir para evitar que ocurran daños mayores en el impacto de la catástrofe, como actividades de prevención (socialización de información, mapeo del riesgo, simulacros, programas de formación), diseño de planes de emergencia y protocolos propios de actuación que contemplen la atención psicosocial, relevamiento de necesidades colectivas e individuales de atención psicosocial, análisis de los factores de riesgo (ambientales y psicológicos) y los factores de protección (comunitarios).
- En él durante, como premisa elemental, con base en la Primera Ayuda Psicológica (PAP), entendida como la primera ayuda básica, pragmática, que se presta en los primeros momentos para mitigar las consecuencias y reacciones de carácter psicológico y emocional que pueden producirse ante la exposición al incidente crítico.
- En el después, en la etapa de recuperación se debe continuar con el seguimiento psicológico a los casos identificados durante el incidente. Es necesario generar espacios comunitarios en donde se socialice el impacto de manera que permita reelaborarlo y movilizar recursos para prevenir futuras crisis.
- Desarrollar actividades grupales para fortalecer las capacidades de afrontamiento ante estresores psicosociales en las personas afectadas por la emergencia.
- Identificar la posibilidad de problemas y trastornos mentales en las personas afectadas por la emergencia. Para esto se recomienda utilizar instrumentos de tamización como los siguientes: SRQ para adultos, RQC para niños, APGAR familiar, Post Traumatic Stress Disorder Checklist –

Civilian Versión - PCL-C, AUDIT y ASSIST, los dos últimos cuentan con procesos de intervención breve estandarizados. Una vez identificados los posibles casos, se les debe garantizar la atención en salud mental lo más pronto posible, canalizando a los servicios de salud y haciendo seguimiento a estas canalizaciones.

- Fortalecer los procesos de gestión de las intervenciones individuales en salud mental para garantizar el acceso a los servicios de salud mental de baja, mediana y alta complejidad, a través de los prestadores primarios y complementarios.
- Implementar la Estrategia Rehabilitación en Salud Mental Basada en la Comunidad, para fortalecer a las comunidades afectadas en la gestión de los riesgos asociados a problemas y trastornos mentales en el marco de la emergencia. Esta estrategia incluye los siguientes procesos:
 - a. Identificación y convocatoria de líderes institucionales y comunitarios para comprometerlos y formarlos como gestores de la estrategia.
 - b. Planeación participativa (incluye diagnóstico de la situación de salud mental de la comunidad afectada por la emergencia y plan de acción para la intervención sobre lo encontrado).
 - c. Identificación de personas con problemas o trastornos mentales, caracterización, identificación de necesidades y canalización a programas y servicios de los diferentes sectores.
 - d. Actividades de información y comunicación en salud mental para la comunidad afectada por la emergencia de manera general, con el propósito de mantenerla informada en relación con factores de riesgo y protectores, identificación de síntomas y la forma de acceder a la atención en salud mental.
 - e. Actividades de educación en salud mental con grupos de familias identificadas con problemas o trastornos mentales, con el propósito de promover la generación de estrategias conjuntas para el manejo de estos problemas y trastornos en la familia y la comunidad en el marco de la emergencia. Así mismo promover su participación en la toma de decisiones y en el planteamiento de propuestas como actores involucrados en la superación de la emergencia.
 - f. Actividades de educación en salud mental con representantes de los diferentes sectores presentes en la comunidad, para generar capacidades en relación con la identificación y el abordaje de los problemas y trastornos mentales desde sus propias competencias y funciones, construir y operar rutas de atención ágiles y eficientes que favorezcan la rehabilitación integral y la inclusión social de las personas con problemas o trastornos mentales, sus familias y cuidadores durante la emergencia.
 - g. Identificación, dinamización o reconstrucción de redes comunitarias y sociales para promover el apoyo mutuo y la organización comunitaria que posibilite el empoderamiento colectivo y el manejo

de condiciones de riesgo y problemáticas emergentes. En la medida de lo posible, promover la conformación de grupos de ayuda mutua entre las personas con problemas, trastornos mentales, sus familias y cuidadores. Así mismo promover entre ellos procesos de organización social que trasciendan a la emergencia.

- En el caso de grupos étnicos, tener en cuenta su cosmovisión y promover el mantenimiento de sus costumbres y rituales ancestrales, recuperar espacios significativos, promover la re-significación histórica y de sentido colectivo y personal.
- Propender por el mantenimiento de los procesos antes descritos, después de la situación de crisis, emergencia o desastre y el establecimiento de una red de seguimiento y apoyo psicológico de las víctimas.
- Garantizar el acceso a la atención psicosocial a todas las personas que resulten víctimas de la situación de crisis, emergencia o desastre, con el propósito de prevenir, mitigar y superar los daños e impactos a la integridad psicológica, moral y al proyecto de vida.
- Garantizar la atención psicosocial y la atención integral en salud física y mental con enfoque psicosocial a las víctimas de graves violaciones a los Derechos Humanos e Infracciones al Derecho Internacional Humanitario, en el marco del conflicto armado colombiano a través del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas - PAPSIVI.
- Promover la incorporación del enfoque de acción sin daño en los procesos de atención en desastres naturales o antrópicos.

Indicadores del estándar

Indicador	Definición del Indicador	Posibles fuentes de información	Tipo de indicador			Proceso de Gestión de Riesgo		
			Proceso	Impacto	Calidad	Preparación	Reducción	Manejo
Reparación Individual - Rehabilitación en el contexto de la emergencia o desastre	Número personas que reciben atención psicosocial, física y/o mental en relación a la situación de emergencia, desastre y/o hecho victimizante.	Registros de atención de la emergencia o desastre. Registros de atención en salud mental y apoyo psicosocial, ante situaciones de emergencia o desastre		X				X

Reparación comunitaria -Rehabilitación en el contexto de la emergencia o desastre	Número de intervenciones comunitarias en atención psicosocial, física y/o mental en relación a la situación de emergencia, desastre y/o hecho victimizante.	Registros de atención de la emergencia o desastre. Registros de atención en salud mental y apoyo psicosocial, ante situaciones de emergencia o desastre	X				X
Tasa de suicidios en el contexto de la emergencia o desastre.	Número de muertes por suicidio / Población total * 100.000	Forensis (Instituto Nacional de Medicina Legal)	X				X

Documentación de apoyo

- Guía de Atención en Salud Mental en Emergencias y Desastres. Ministerio de Protección Social. 2011.
- Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada – mhGAP. Organización Mundial de la Salud. Módulos: Condiciones Específicamente Relacionados con el Estrés; Depresión, Conducta Suicida, Trastornos por Consumo de Alcohol y Trastornos por Consumo de Drogas. 2011.
- IASC Guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. IASC. 2007.
- Apoyo psicosocial en emergencias y desastres: guía para equipos de respuesta. Organización Panamericana de la Salud. 2010.
- Desarrollos técnicos Instrumentos y herramientas para la atención en salud sexual y reproductiva y salud mental en contextos de emergencias humanitarias. Ministerio de Salud y Protección Social. 2012.
- ABC de la atención en salud mental para personas y comunidades afectadas por la emergencia invernall. Ministerio de Salud y Protección Social. 2011.
- Estrategia de Atención Psicosocial del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas –Papsivi. Ministerio de Salud y Protección Social. 2016.
- Guía práctica municipal para brindar atención humanitaria inmediata -AHI- a las víctimas del conflicto armado. Unidad para las víctimas. 2015.
- Salud mental: recomendaciones para la intervención ante situaciones de emergencias y desastres. Ministerio de Salud de Argentina. 2015.

Estándar 10: convivencia y prevención del consumo de sustancias psicoactivas

La población afectada por desastres por fenómenos naturales o antrópicos, tiene acceso a estrategias de promoción de la convivencia y a la intervención de las diferentes formas de violencia, que permitan el desarrollo y sostenimiento de las relaciones interpersonales basadas en el respeto, equidad, solidaridad, reconocimiento de la diferencia y participación para el ejercicio de los derechos humanos. Así mismo, el acceso a la atención para mitigar y abordar los problemas, trastornos y eventos vinculados al consumo de sustancias psicoactivas, que pudieran afectar la capacidad de recuperación de las personas a razón de estas situaciones.

Acciones sugeridas a desarrollar:

- Establecer agendas de trabajo pedagógicas con los afectados, cuyo fin sea mejorar la confianza interpersonal, restablecer, fortalecer los vínculos del tejido social, para que adquieran habilidades que les permita interactuar de manera respetuosa y tolerante con personas con limitaciones físicas, sensoriales y/o cognitivas.
- Promover y acompañar acuerdos informales entre las personas, que favorezcan la convivencia en los entornos comunitarios.
- Crear espacios para la identificación de problemáticas y establecimiento de acuerdos en donde cada actor (sociedad civil e instituciones) se comprometa a aportar en la resolución de problemas, teniendo en cuenta sus roles, actividades cotidianas o sus conocimientos.
- Establecer una agenda de trabajo con los afectados, cuyo fin sea mejorar la confianza interpersonal restablecer o fortalecer los vínculos del tejido social.
- Realizar trabajos pedagógicos con niños, niñas y adolescentes que permita fortalecer los lazos de solidaridad entre pares.
- Prestar atención a consumidores de drogas que puedan presentar cuadros de abstinencia o riesgos de sobredosis por afectación de sus consumos o sus tratamientos debidos a la emergencia o desastres.
- Realizar actividades, procesos o proyectos en los cuales las mujeres tengan la misma participación de los hombres; promoviendo el liderazgo y participación de las mujeres y adolescentes a nivel comunitario.
- Identificar las prácticas comunitarias que contribuyen a la generación de espacios de contención emocional, como por ejemplo rituales religiosos o espirituales, espacios deportivos o culturales, que puedan reactivarse en los momentos de emergencia.

Indicadores del estándar

Indicador	Definición del Indicador	Posibles fuentes de información	Tipo de indicador			Proceso de Gestión de Riesgo		
			Proceso	Impacto	Calidad	Preparación	Reducción	Manejo
Tasa de violencia intrafamiliar en el contexto de la emergencia o desastre	Casos de violencia intrafamiliar / Población total * 100.000	Registros de atención de la emergencia o desastre		X				X
Porcentaje de casos reportados de violencia intrafamiliar en menores de edad (0 a 17 años) en el contexto de la emergencia o desastre.	Casos de violencia intrafamiliar en menores / Total casos de violencia intrafamiliar* 100	Registros de atención de la emergencia o desastre		X				X
Porcentaje de casos reportados de violencia intrafamiliar a la pareja en el contexto de la emergencia o desastre.	Casos de violencia intrafamiliar a la pareja / Total casos de violencia intrafamiliar * 100	Registros de atención de la emergencia o desastre		X				X

Documentación de apoyo

- Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002.

Estándar 11: enfermedades no transmisibles

La población afectada por fenómenos naturales o antrópicos, tiene acceso a las intervenciones poblacionales colectivas e individuales para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles y sus complicaciones agudas, con la finalidad de disminuir la morbilidad y mortalidad prematura.

Acciones sugeridas a desarrollar:

- Evaluar la carga de enfermedades no transmisibles previamente a la situación de desastre para establecer los mecanismos de atención para la población afectada.

- Identificar a las personas con factores de riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles.
- Realizar la detección temprana de las enfermedades no transmisibles.
- Realizar acciones de información y comunicación orientadas a promover los estilos de vida saludables.
- Identificar a las personas con enfermedades no transmisibles que estaban en tratamiento antes de la situación de emergencia y velar por que sigan recibiendo tratamiento, evitar su interrupción súbita.
- Establecer procedimientos operativos para la canalización de los pacientes en situaciones en las que no se disponga de tratamiento para enfermedades no transmisibles.
- Procurar que a través de la atención primaria de salud se disponga de equipo esencial de diagnóstico, pruebas de laboratorio esenciales y medicamentos para el tratamiento de rutina continuo de las enfermedades no transmisibles.

Indicadores de estándar

Indicador	Definición del Indicador	Posibles fuentes de información	Tipo de indicador			Proceso de Gestión de Riesgo		
			Proceso	Impacto	Calidad	Preparación	Reducción	Manejo
Tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles (por 100.000 habitantes de 30 a 70 años)	Número de casos de mortalidad por ENT de 30 a 70 años/Número de personas proyectadas para Colombia del año de cálculo x100.000 habitantes *Enfermedades no transmisibles: Neoplasias, Enfermedades Isquémicas del corazón, Enfermedades Cerebrovasculares, Enfermedades Hipertensivas e insuficiencia cardiaca, diabetes y enfermedades de vías respiratorias inferiores.	El dato proviene de sumar el número de casos por la causa básica de muerte (clasificación 6/67) mencionadas en la descripción, de las defunciones no fetales registradas de DANE, en edades entre 30 a 70 años y la proyección poblacional a mitad de periodo en Colombia de 30 a 70 años, para cada año a partir del Censo 2005		X				X

Incidencia de casos específicos de crisis por enfermedades no transmisibles (emergencias hipertensivas, cetoacidosis diabéticas, ataques cerebrovasculares, síndromes coronarios, exacerbación de EPOC, crisis asmáticas y urgencias renales por diálisis).	Número de casos nuevos de enfermedades no transmisibles/Número de personas en riesgo de desarrollar la enfermedad	Registros de programas de promoción y prevención, registros de la emergencia o desastre				X	
Tasas de infecciones asociadas en personas con cáncer en el contexto de la emergencia o desastre.	Número de infecciones asociadas en personas con cáncer en el contexto de la emergencia o desastre/Número de personas con cáncer en el contexto de la emergencia o desastre* 1000	Registros de programas de promoción y prevención, registros de la emergencia o desastre		X			X

Documentación de apoyo

- Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019. OPS. 2014.

Referencias

1. Practical Action. Proyecto Esfera. Carta humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria. Disponible en: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2011/8206.pdf?view=1>
2. Banco Mundial. Análisis de la gestión del riesgo de desastres en Colombia: un aporte para la construcción de políticas públicas. 2012.
3. Departamento Nacional de Planeación- Gobierno de Colombia. 3.181 muertos y 12,3 millones de afectados: las cifras de desastres naturales entre 2006 y 2014. 2015. Disponible en: <https://www.dnp.gov.co/Paginas/3-181-muertos,-21-594-emergencias-y-12,3-millones-de-afectados-las-cifras-de-los-desastres-naturales-entre-2006-y-2014-.aspx>
4. Ortega, J. A. The 50 most violent cities in the world 2014. 2014.
5. Humanitarian Country Team. Humanitarian Needs Overview 2015. 2015.
6. Fondo de Población de las Naciones Unidas- UNFPA. Panorama de la situación de los derechos y la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes en Colombia. 2015. Disponible en: <http://unfpa.org.co/wp-content/uploads/2015/08/HACIENDO-VISIBLE-LO-INVISIBLE-DMP-Julio11-de-2015.pdf>
7. Rodríguez, A. L. El enfoque ético de la acción sin daño. 2008.
8. The sphere project. The Sphere Handbook, Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response. 2011.
9. Pineda, L. F., & Rodríguez, M. J. S. Acción Humanitaria Evolución y desafíos actuales. En Cuadernos de Cooperación para el Desarrollo No 7. 2012.
10. Abrisketa, J., & Armiño, P. De. Acción humanitaria: concepto y evolución. En Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación y Desarrollo. Barcelona. 2001.
11. República de Colombia- Gobierno Nacional. Ley 1523 de 2012 "Por la cual se adopta la política nacional de gestión del riesgo de desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones". 2012.
12. The sphere project. The Sphere Handbook, Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response. 2011.
13. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Registro único de damnificados por la emergencia invernal 2010 – 2011 REUNIDOS. 2011. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/noticias/Resultados_Reunidos.pdf
14. Hallam, A. Evaluating Humanitarian Assistance Programmes in Complex Emergencies. 1998.
15. Toole, M. J., & R.J, W. The Public Health Aspects of Complex Emergencies and Refugee Situations. Annu Rev Public Health, 1997; 18, 283– 312.

16. República de Colombia- Gobierno Nacional. Resolución 4481 de 2012 “Por la cual se adopta el manual de Misión Médica y se establecen normas con la señalización y divulgación de su emblema”. 2012.
17. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Resolución 40/34- Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder. 1985.
18. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA). OCHA en Mensaje: Principios Humanitarios. 2010. Disponible en: https://docs.unocha.org/sites/dms/Documents/OOM_HumPrinciple_Spanish.pdf
19. Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres. Estandarización de Ayuda Humanitaria de Colombia. 2013.
20. Inter Agency Standing Committee (IASC). The Centrality of Protection in Humanitarian Action Statement. 2013.
21. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA). Boletín Humanitario Colombia (Vol. 24, pp. 1– 28). 2014. Disponible en: <https://www.humanitarianresponse.info/system/files/documents/files/14019.pdf>
22. Noji, E. Impacto de los desastres en la Salud Pública, 137(1). 2000. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872009000100018>
23. Delnet, P., Al, D. E. A., & Local, D. La planificación estratégica: eje central de una política de desarrollo local sostenible. 2011.
24. Comfort, L. K. Risk, Security, and Disaster Management. Annual Review of Political Science, 2005;8(1), 335–356. <https://doi.org/10.1146/annurev.polisci.8.081404.075608>
25. Gilbert, N., Clift, R., Davis, K., Edwards, M., Horsley, D., Irwin, A., Yearley, S. The Royal Academy of Engineering Report, The Societal Aspects of Risk. 1992.
26. Pidgeon, N., Hood, C., Jones, D., Turner, B., & Gibson, R. The Royal Society Report, Risk: Analysis, Perception and Management (pp. 4– 34). London. 1992.
27. ONU Mujeres. Reducción del riesgo de desastres. 2015. Disponible en: <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/humanitarian-action/disaster-risk-reduction>
28. International Strategy for Disaster Reduction. The Global Assessment Report on Disaster Risk Reduction (GAR). 2015.
29. Normas mínimas sobre abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene. Proyecto esfera. 2011.

Anexo

I

**Los 23 principios y buenas prácticas
en la donación humanitaria**

Objetivos y definición de la acción humanitaria

1. Los objetivos de la acción humanitaria son: salvar vidas, aliviar el sufrimiento y mantener la dignidad humana durante y después de las crisis –provocadas por el hombre o por desastres naturales–, así como prevenir y reforzar la capacidad de respuesta para cuando sobrevengan tales situaciones.
2. La acción humanitaria debería guiarse por los principios humanitarios de: humanidad, que transmite la importancia de salvar vidas y aliviar el sufrimiento allí donde se dé; imparcialidad, que significa emprender las acciones humanitarias basándose únicamente en las necesidades de las personas, sin discriminación entre las poblaciones afectadas ni dentro de ellas; neutralidad, entendida como que la acción humanitaria no debe favorecer a ningún bando en un conflicto armado o a ninguna de las partes en una disputa allí donde la acción humanitaria se esté llevando a cabo; independencia, como la autonomía de los objetivos humanitarios respecto de los objetivos políticos, económicos, militares u otros que cualquier actor pueda tener en las zonas donde la acción humanitaria se está realizando.
3. La acción humanitaria incluye la protección de civiles y de aquellos que ya no tomen parte en las hostilidades, y la provisión de agua, comida y saneamiento, refugio, atención sanitaria y otros tipos de asistencia, emprendidos a favor de las personas afectadas y para facilitar el retorno a la vida normal y a su medio de sustento.

Principios generales

4. Respetar y promover la aplicación del derecho internacional humanitario, la legislación sobre refugiados y los derechos humanos.
5. Al tiempo que se reafirma la responsabilidad principal de los estados ante las víctimas de emergencias humanitarias dentro de sus propias fronteras, procurar asegurar una financiación flexible y rápida basada en la obligación colectiva de hacer lo posible para satisfacer las necesidades humanitarias.
6. Destinar fondos humanitarios en proporción a las necesidades y de acuerdo con un análisis de necesidades.
7. Solicitar que las organizaciones humanitarias ejecutoras garanticen, en el mayor grado posible, una implicación adecuada de los beneficiarios en el diseño, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de la respuesta humanitaria.
8. Fortalecer la capacidad de los países y las comunidades locales afectados para prevenir, prepararse, mitigar y responder a las crisis humanitarias, con el fin de asegurarse de que los gobiernos y las comunidades locales estén lo mejor capacitadas posible para cumplir con sus responsabilidades y coordinarse de modo efectivo con sus socios humanitarios.

9. Proporcionar asistencia humanitaria que favorezca la recuperación y el desarrollo a largo plazo, esforzándose por garantizar el apoyo, cuando sea el caso, a la conservación y el retorno a un modo de vida sostenible y la transición desde la ayuda humanitaria hacia actividades de recuperación y desarrollo.
10. Apoyar y promover la función central y única de las Naciones Unidas de liderazgo y coordinación de la acción humanitaria internacional, la especial función del Comité Internacional de Cruz Roja y el papel vital de las Naciones Unidas, el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja y de las organizaciones no gubernamentales en la implementación de la acción humanitaria.

Buenas prácticas para la financiación, gestión y responsabilidad de los donantes

(a) Financiación

11. Esforzarse por asegurar que la financiación de la acción humanitaria, en nuevas crisis, no vaya en perjuicio de la satisfacción de las necesidades de crisis en curso.
12. Reconociendo la necesidad de proporcionar una respuesta dinámica y flexible a las necesidades cambiantes en las crisis humanitarias, esforzarse por asegurar la previsión y flexibilidad en la financiación a agencias de las Naciones Unidas, fondos y programas y otras organizaciones humanitarias clave.
13. Al tiempo que se insiste en la importancia de establecer una planificación financiera y una definición de prioridades transparentes y estratégicas por parte de las organizaciones ejecutoras, explorar la posibilidad de reducir las asignaciones específicas, o mejorar su flexibilidad, y de introducir acuerdos de financiación a largo plazo.
14. Contribuir responsablemente, y sobre la base del reparto de la carga, a los llamamientos consolidados entre agencias de las Naciones Unidas (UNCAP) y a los llamamientos del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, y apoyar activamente la formalización de planes de acción humanitaria común (CHAP, en inglés) como instrumento primordial de planificación estratégica y de coordinación de emergencias complejas.

(b) Promoción de normas básicas y mejora de la ejecución

15. Solicitar que las organizaciones humanitarias se adhieran a las buenas prácticas y se comprometan a promover la rendición de cuentas, la eficacia y la eficiencia en el desempeño de la acción humanitaria.
16. Promover el uso de las directrices y principios del Comité Permanente Interagencias en las actividades humanitarias, los Principios Rectores de

los Desplazamientos Internos y el Código de Conducta de 1994 para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, y las organizaciones no gubernamentales en actividades de socorro.

17. Estar preparados para ofrecer apoyo en la ejecución de acciones humanitarias, que incluye el facilitar acceso seguro.
18. Apoyar los mecanismos de planificación de contingencias de las organizaciones humanitarias incluida, cuando sea el caso, la asignación de fondos para fortalecer la capacidad de respuesta.
19. Afirmar el papel primordial de organizaciones civiles en el desempeño de la acción humanitaria, particularmente en zonas afectadas por conflictos armados. En situaciones en las que se utilizan la capacidad y los recursos militares para apoyar la acción humanitaria, garantizar que ese uso es conforme al derecho internacional humanitario y a los principios humanitarios, y que reconoce la función de liderazgo de las organizaciones humanitarias.
20. Apoyar la aplicación de las Directrices sobre el Uso de Recursos de Defensa Militar y Civil en el socorro ante desastres de 1994 y las Directrices sobre el Uso de Recursos de Defensa Militar y Civil para Apoyar Actividades Humanitarias de Naciones Unidas en Emergencias Complejas de 2003.

(c) Aprendizaje y responsabilidad

21. Apoyar las iniciativas de aprendizaje y rendición de cuentas para un eficiente y eficaz desempeño de la acción humanitaria.
22. Promover evaluaciones regulares de las respuestas internacionales a crisis humanitarias, incluyendo las evaluaciones sobre la actuación de los donantes.
23. Asegurar un alto grado de precisión, puntualidad y transparencia en los informes de los donantes sobre el gasto oficial en asistencia humanitaria, y fomentar la elaboración de formatos estandarizados para facilitar esta información.

Anexo

II

Marco legal

Estándares mínimos transversales

Estándar 1: gestión administrativa, información, coordinación y evaluación

Internacional

- La reforma humanitaria y la agenda transformativa de las Naciones Unidas, las resoluciones CD45.R8 (2004) y CSP28.R19 (2012) de la OPS/OMS y WHA65.20 (2012) de la OMS instan a mejorar la coordinación entre los diferentes actores que trabajan en la respuesta a emergencias, con la finalidad de optimizar la respuesta y la rendición de cuentas de la cooperación Internacional.
- Resolución 46/182 de las Naciones Unidas, 1992. Da origen al Departamento para Asuntos Humanitarios (DHA), en 1998 se convertiría en la Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA).
- Resolución 1257 de 1996 del Consejo de la Unión Europea sobre la ayuda humanitaria.
- Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 y el Programa y Presupuesto 2014-2015, aprobados por el 52.º Consejo Directivo de la OPS, establecen que los países contarán con un mecanismo de coordinación de emergencias en el ámbito de la salud, que cumpla con los requisitos mínimos para un desempeño satisfactorio.
- Resolución CD53.R9/2014 de las Naciones Unidas. Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria.
- Reglamento Sanitario Internacional (2005).
- Declaración de Sendai y el Marco de Acción de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015- 2030.

Nacional

- Ley 1523 de 2012, por la cual se adopta la política Nacional de gestión del riesgo de desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1575 de 2012, por medio de la cual se establece la Ley General de Bomberos de Colombia.
- Ley 1505 de 2012, Por medio de la cual se crea el Subsistema Nacional de Voluntarios de Primera Respuesta y se otorgan estímulos a los voluntarios de la Defensa Civil, de los Cuerpos de Bomberos de Colombia y de la Cruz Roja Colombiana y se dictan otras disposiciones en materia de voluntariado en primera respuesta.
- Ley 1753 de 2015, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país".

- Decreto ley 019 de 2012 artículo 134. Control Sanitario de Bienes Donados- "Cuando existan tratados Internacionales cuyo objeto principal sea conseguir diversas clases de auxilios o bienes donados para prevenir o remediar problemas de salud o indefensión de la población colombiana más pobre, desplazada o víctima de desastres naturales, sin perjuicio de las reglas legales para la importación, el control sanitario se adelantará por el INVIMA a través de un mecanismo simplificado que garantice el cumplimiento de los requisitos sanitarios establecidos por la Organización Mundial de la Salud en el documento Directrices sobre Donativos de Medicamentos (WHO/EDM/PAR/99.4) y la normativa Nacional".
- Decreto 4366 de 2006, "Por el cual se regula la operatividad de los Sistemas Integrados de Emergencias y Seguridad, SIES".
- Decreto 4107 de 2011, por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social.
- Decreto 4147 de 2011, por el cual se crea la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres.
- Decreto 4109 de 2011, cambió la naturaleza jurídica del Instituto Nacional de Salud.
- Decreto 1974 de 2013, por el cual se establece el procedimiento para la expedición y actualización del Plan Nacional de Gestión del Riesgo.
- Decreto 859 de 2014, por el cual se reglamenta el parágrafo 1 del artículo 7 de la Ley 1438 de 2011 (Comisión Intersectorial de Salud Pública).
- Decreto 3518 de 2006, "Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones".
- Resolución 1802 de 1989, "Por la cual se crean los Comités Hospitalarios para Emergencias y se asigna la responsabilidad de la elaboración y puesta a prueba de los Planes Hospitalarios para Emergencias (PHE)".
- Resolución 1220 de 2010, "Por la cual se establecen las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres, CRUE".
- Resolución 4629 de 2013, por la cual se aprueba una reforma estatutaria a entidad privada sin ánimo de lucro denominada Cruz Roja Colombiana seccional Bogotá y Cundinamarca.
- Resolución 1841 de 2013 por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.
- Resolución 1345 de 2014, por la cual se crea y conforma la Comisión Técnica Nacional Asesora para el Sector Salud.
- Resolución 0448 de 2014, lineamientos para conformar el inventario Nacional de asentamientos en alto riesgo de desastres.
- Resolución 1536 de 2015, por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud.

- Resolución 518 de 2015 Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC).
- Conpes 3501 de 2007, lineamientos de política para implementar un proceso de gestión integral del riesgo en la zona de amenaza volcánica alta del Volcán Galeras.
- Conpes 3667 de 2010, lineamientos de Política para la Reducción del Riesgo ante la Amenaza de Flujo de Lodo (Avalancha) en el Volcán Nevado del Huila.
- Circular 040 de 2014, participación del Sector Salud en los procesos de Gestión de Riesgo de Desastres.

Estándar 2: atención en salud

Internacional

- Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1976.
- Resolución 43/131 de las Naciones Unidas, 1988. Por la que se exhorta a los países miembros, a proporcionar asistencia humanitaria a las personas víctimas de desastres naturales o quienes se encuentren en situaciones similares.

Nacional

- Constitución Política de Colombia, 1991.
- Ley 100 de 1993, “por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”.
- Ley 715 de 2001, “por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de servicios de educación y salud, entre otros” Título III.
- Ley 1438 de 2011, “por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en salud y se dictan otras disposiciones”.
- Ley 1751 de 2015, “por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.
- Decreto 412 de 1992, “por el cual se reglamentan parcialmente los servicios de urgencias, establece la obligación de brindar atención inicial de urgencias a todos los que la requieran y emite el marco para la atención de urgencias en el país”.

- Decreto 1876 de 1994, “por el cual las Empresas Sociales del Estado deben elaborar un Plan de Seguridad Integral, que garantice la prestación de los servicios de salud en caso de situaciones de emergencia y desastre, de acuerdo con la normatividad existente sobre la materia”.
- Decreto 1011 de 2006, “por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema general de Seguridad Social en Salud”.
- Decreto 4747 de 2007, “por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones”.
- Decreto 056 de 2015, “por el cual se establecen las reglas para el funcionamiento de la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito -ECAT y las condiciones de cobertura, reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, por parte de la Subcuenta ECAT del Fosyga y de las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT”.
- Resolución número 7381 de 2004, “por la cual se adoptó el Reglamento Operativo de Atención a Víctimas de la Violencia de la Red de Solidaridad Social y se integraron al Reglamento Operativo los valores a reconocer por concepto de Asistencia Humanitaria y Gastos Funerarios a las Víctimas de la Violencia, establecidos por el Consejo Directivo de la Red de Solidaridad Social”.
- Resolución 1220 de 2010, “por la cual se establecen las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres, CRUE”.
- Resolución 5521 de 2013 “por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)”
- Resolución 2003 de 2014, “por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud”.

Estándar 3: talento humano en salud y agentes comunitarios

Nacional

- Ley 1164 de 2007, “por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud”.
- Ley 1562 de 2012, “por la cual se modifica el sistema de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional”.

- Resolución 4481 de 2012, “por la cual se adopta el Manual de Misión Médica y se establecen normas relacionadas con la señalización y divulgación de su emblema”.

Estándar 4: medicamentos, sangre, dispositivos médicos y equipos biomédicos

Nacional

- Ley 9ª de 1979, por la cual se dictan medidas sanitarias.
- Decreto 2200 de 2005, “por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones”.
- Decreto 3696 de 2009, por el cual se modifica el Decreto 969 de 1995 (Centros de Reserva).
- Resolución 1438 de 2005, “por la cual se establecen los formularios para la autorización de donaciones Internacionales de medicamentos y dispositivos médicos y se dictan otras disposiciones”.
- Comunicado 100-00301-15 06 DE AGOSTO DE 2015 “Requisitos para la importación de productos destinados a donación con fines sociales y humanitarios en el territorio Nacional colombiano”.

Estándar 5: enfoque diferencial y las poblaciones vulnerables

Internacional

- Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1976.
- Convención para la eliminación de toda forma de discriminación contra las mujeres, 1979.
- Convención sobre los derechos del niño, 1989.
- Convención Interamericana contra toda forma de discriminación hacia las personas con discapacidad, 1999.
- Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, 2006.
- Resolución 45/100 de las Naciones Unidas, 1990. Apoyo a víctimas en situaciones de crisis que requieren asistencia humanitaria.
- Compromisos básicos para la infancia en la acción Humanitaria de Unicef, actualizado en 2010.

Nacional

- Constitución Política de Colombia, 1991.

- Ley 21 de 1991, “por medio de la cual se aprueba el Convenio número 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, adoptado por la 76a. reunión de la Conferencia General de la O.I.T., Ginebra 1989”.
- Ley 418 de 1997, prevé en su artículo 49 el beneficio de la ayuda humanitaria de emergencia dirigida a quienes sufran perjuicios por causa de homicidios u otros atentados o agresiones contra la vida, la integridad física, la seguridad o la libertad personales, cometidos por móviles ideológicos o políticos, o sean objetos de amenazas referentes a la comisión de atentados o agresiones de esta naturaleza, tendiente a mitigar o a impedir la agravación o la extensión de los efectos de los mismos.
- Ley 691 de 2001, “mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia”.
- Ley 1346 de 2009, “por la cual se aprueba la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad”.
- Ley 1448 de 2011, por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones.
- Ley Estatutaria 1618 de 2013 “por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad”.
- Decreto Ley 4633 de 2011, “por medio del cual se dictan medidas de asistencia, atención, reparación integral y de restitución de derechos territoriales a las víctimas pertenecientes a los pueblos y comunidades indígenas”.
- Decreto Ley 4634 de 2011, “por el cual se dictan medidas de asistencia, atención, reparación integral y restitución de tierras a las víctimas pertenecientes al pueblo Rom o Gitano”.
- Decreto Ley 4635 de 2011, “por el cual se dictan medidas de asistencia, atención, reparación integral y de restitución de tierras a las víctimas pertenecientes a comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras”.
- Resolución número 7381 de 2004, “por la cual se adoptó el Reglamento Operativo de Atención a Víctimas de la Violencia de la Red de Solidaridad Social y se integraron al Reglamento Operativo los valores a reconocer por concepto de Asistencia Humanitaria y Gastos Funerarios a las Víctimas de la Violencia, establecidos por el Consejo Directivo de la Red de Solidaridad Social”.
- Resolución 2349 de 2012, “por la cual se dicta el Manual Operativo de Entrega de la Ayuda Humanitaria para las Víctimas de hechos victimizantes diferentes al desplazamiento forzado”.
- Sentencia T-218/14, “acción de tutela para la protección de los derechos fundamentales de la población desplazada”.
- Sentencias C-098 de 1996, la SU- 337 de 1999, T-551 de 1999, la C-507 de 1999, la T-1096 de 2004, y la Sentencia C-577/11, “sobre el tema

de la orientación sexual, la identidad de género y la diversidad sexual, considerándolas condiciones de la autonomía personal protegidas por la Constitución y ha llamado la atención sobre la necesidad de desarrollos normativos que eviten estas formas de discriminación y protejan a las personas homosexuales y transgeneristas de la vulneración de sus derechos”.

Estándar 6: participación social, comunitaria y rendición de cuentas

Internacional

- La reforma humanitaria y la agenda transformativa de las Naciones Unidas, las resoluciones CD45.R8 (2004) y CSP28.R19 (2012) de la OPS/OMS y WHA65.20 (2012) de la OMS, instan a mejorar la coordinación entre los diferentes actores que trabajan en la respuesta a emergencias con la finalidad de optimizar la respuesta y la rendición de cuentas de la cooperación Internacional.
- Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 y el Programa y Presupuesto 2014-2015, aprobados por el 52.o Consejo Directivo de la OPS, establecen que los países contarán con un mecanismo de coordinación de emergencias en el ámbito de la salud que cumpla con los requisitos mínimos para un desempeño satisfactorio.

Nacional

- Decreto 1757 de 1994, “por el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4 del Decreto- Ley 1298 de 1994”.
- Resolución 1841 de 2013 por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Estándar 7: comunicación

Nacional

- Decreto 1757 de 1994, “por el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4 del Decreto- Ley 1298 de 1994”.
- Resolución 1841 de 2013 por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Estándares mínimos específicos

Estándar 1: enfermedades transmisibles

Nacional

- Ley 9ª de 1979, “por la cual se dictan medidas sanitarias”.
- Decreto 3518 de 2006, “por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones”.
- Resolución 2257 de 2011, “por la cual se adoptan los Protocolos y Guías para la Gestión de la Vigilancia en Salud Pública, las Guías de Atención Clínica Integral y las Guías de Vigilancia Entomológica y Control para las Enfermedades Transmitidas por Vectores”.
- Resolución 518 de 2015 “por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC)”.
- Circular 007 de 2015, “actualización de los lineamientos para el manejo programático de la Tuberculosis y Lepra en Colombia”.

Estándar 2: vacunación

Nacional

- Ley 9ª de 1979, “por la cual se dictan medidas sanitarias”.
- Decreto 3518 de 2006, “por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones”.
- Resolución 518 de 2015, “por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC)”.

Estándar 3: atención de víctimas en masa

Nacional

- Ley 1523 de 2012, “por la cual se adopta la política Nacional de gestión del riesgo de desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones”.
- Ley 1575 de 2012, “por medio de la cual se establece la Ley General de Bomberos de Colombia”.
- Ley 1505 de 2012, “por medio de la cual se crea el Subsistema Nacional de Voluntarios de Primera Respuesta y se otorgan estímulos a los voluntarios de la Defensa Civil, de los Cuerpos de Bomberos de Colombia”.

y de la Cruz Roja Colombiana y se dictan otras disposiciones en materia de voluntariado en primera respuesta”.

- Decreto 412 de 1992, “por el cual se reglamentan parcialmente los servicios de urgencias, establece la obligación de brindar atención inicial de urgencias a todos los que la requieran y emite el marco para la atención de urgencias en el país”.

Estándar 4: vigilancia en salud pública

Internacional

- Reglamento Sanitario Internacional (2005).

Nacional

- Ley 9ª de 1979, por la cual se dictan medidas sanitarias.
- Decreto 3518 de 2006, “Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones”.
- Decreto 2323 de 2006, “Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 9ª de 1979 en relación con la Red Nacional de Laboratorios y se dictan otras disposiciones”.
- Resolución 1619 de 2015, “Por la cual se establece el Sistema de Gestión de la Red Nacional de Laboratorios en los ejes estratégicos de Vigilancia en Salud Pública y de Gestión de la Calidad.

Estándar 5: agua para consumo humano

Nacional

- Ley 9ª de 1979, “por la cual se dictan medidas sanitarias”.
- Ley 715 de 2001, “por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de servicios de educación y salud, entre otros” Título III.
- Decreto 1575 de 2007, “por el cual se establece el Sistema para la Protección y Control de la Calidad del Agua para Consumo Humano”.
- Resolución 2115 de 2007, “por medio de la cual se señalan características, instrumentos básicos y frecuencias del sistema de control y vigilancia para la calidad del agua para consumo humano”.
- Resolución 811 de 2008, “por medio de la cual se definen los lineamientos a partir de los cuales la autoridad sanitaria y las personas prestadoras, concertadamente definirán en su área de influencia los lugares y puntos de muestreo para el control y la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano en la red de distribución”.

- Resolución 82 de 2009, “por medio de la cual se adoptan unos formularios para la práctica de visitas de inspección sanitaria a los sistemas de suministro de agua para consumo humano”.
- Resolución 4716 de 2010, “por el cual se reglamenta el parágrafo del artículo 15 del Decreto 1575 de 2007”.
- Resolución 1615 de 2015, “por la cual se autorizan laboratorios para la realización de análisis físicos, químicos y microbiológicos al agua para consumo humano”.
- Conpes 3550 de 2008, “lineamientos para la formulación de la política integral de salud ambiental con énfasis en los componentes de calidad de aire, calidad de agua y seguridad química”.
- Resolución 518 de 2015 Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC).

Estándar 6: saneamiento básico

Nacional

- Ley 9ª de 1979, “por la cual se dictan medidas sanitarias”.
- Decreto 1594 de 1984, “por el cual se reglamenta parcialmente el Título I de la Ley 09 de 1979, así como el Capítulo II del Título VI - Parte III - Libro II y el Título III de la Parte III Libro I del Decreto 2811 de 1974 en cuanto a usos del agua y residuos líquidos.
- Conpes 3550 de 2008, “lineamientos para la formulación de la política integral de salud ambiental con énfasis en los componentes de calidad de aire, calidad de agua y seguridad química”.
- Resolución 5194 de 2010, “Por la cual se reglamenta la prestación de los servicios de cementerios, inhumación, exhumación y cremación de cadáveres”.
- Resolución 518 de 2015, “por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC)”.

Estándar 7: seguridad alimentaria y nutricional

Nacional

- Conpes 113 de 2007, “política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional”.
- Para facilitar los procesos de consulta de la regulación sanitaria en alimentos y bebidas, el Ministerio de Salud y Protección Social ha dispuesto en su página web, de un normograma en el siguiente link: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/normograma-sanitario-alimentos-bebidas-2015.pdf>

Estándar 8: salud sexual y reproductiva

Nacional

- Ley 972 de 2005, “por el cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida”.
- Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de 2014, busca mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos para toda la población.
- Decreto 1543 de 1997, “por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)”.
- Resolución 412 de 2000 Ministerio Protección Social, se adoptan las normas técnicas y guías de atención que definen las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica (atención del parto, atención al recién nacido, atención en planificación familiar a hombres y mujeres). normas de detección temprana (alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años, alteraciones del embarazo y cáncer de cuello uterino y seno) y guías de atención y recuperación (enfermedades de transmisión sexual, sífilis, VIH/Sida y menor y mujer maltratados).
- Resolución 3442 de 2006, “por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH/SIDA y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión programática en VIH/SIDA y de prevención y control de la Enfermedad Renal Crónica”.
- Resolución 2003 DE 2014, “por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud”.
- Resolución 518 de 2015, “por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC).

Estándar 9: atención psicosocial y salud mental

Nacional

- Ley 1448 de 2011, “por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones”.
- Ley 1566 de 2012, “por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se

crea el premio Nacional “entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas”.

- Ley 1616 de 2013, “por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones”.
- Resolución número 7381 de 2004, “por la cual se adoptó el Reglamento Operativo de Atención a Víctimas de la Violencia de la Red de Solidaridad Social y se integraron al Reglamento Operativo los valores a reconocer por concepto de Asistencia Humanitaria y Gastos Funerarios a las Víctimas de la Violencia, establecidos por el Consejo Directivo de la Red de Solidaridad Social”.
- Decreto número 4802 de 2011, “por medio de la cual se adopta la estructura de la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas”.
- Resolución 2349 de 2012, “por la cual se dicta el Manual Operativo de Entrega de la Ayuda Humanitaria para las Víctimas de hechos victimizantes diferentes al desplazamiento forzado”.
- Resolución 518 de 2015, “por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC)”.
- Sentencia C-438/13, ley de atención, asistencia y reparación integral de víctimas del conflicto armado-ayuda humanitaria/asistencia humanitaria a las víctimas-régimen jurídico/asistencia humanitaria-concepto/asistencia humanitaria-principios.

Estándar 10: convivencia y prevención del consumo de sustancias psicoactivas

Nacional

- Ley 1616 de 2013, por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 518 de 2015 Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC).

Estándar 11: enfermedades no transmisibles

Nacional

- Resolución 518 de 2015 Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC).

Anexo

III

Mecanismos de financiación

Fondo Nacional de Gestión de Riesgo de Desastres

Desarrolla sus funciones y operaciones de manera directa subsidiaria o complementaria, bajo esquemas interinstitucionales de cofinanciación, concurrencia y subsidiariedad.

Los recursos de la subcuenta de manejo de desastres están destinados a apoyar el financiamiento de la preparación para la respuesta a emergencias, y de preparación para la recuperación a nivel nacional y territorial, así como para brindar apoyo económico en la ejecución de la respuesta a emergencias cubriendo las siguientes fases: a) El período de inminencia de desastre y b) El período de la emergencia que incluye la atención de los afectados y la ejecución de los diferentes servicios básicos de respuesta.

Las entidades del orden nacional, regional, departamental, distrital y municipal que hacen parte del sistema nacional, incluirían desde el año 2013, las partidas presupuestales que sean necesarias para la realización de las tareas que le competen en materia de conocimiento y reducción de riesgos y de manejo de desastres.

Las administraciones departamentales, distritales y municipales, constituyeron sus propios fondos de gestión del riesgo bajo el esquema del Fondo Nacional, como cuentas especiales con autonomía técnica y financiera, con el propósito de invertir, destinar y ejecutar sus recursos en la adopción de medidas de conocimiento y reducción del riesgo de desastre, preparación, respuesta, rehabilitación y reconstrucción. Estableciendo mecanismos de financiación dirigidos a las entidades involucradas en los procesos y a la población afectada por la ocurrencia de desastres o calamidad. El Fondo puede crear subcuentas para los diferentes procesos de la gestión del riesgo.

Estos fondos son de carácter acumulativo y no pueden en ningún caso ser retirados del mismo, por motivos diferentes a la gestión del riesgo. En todo caso el monto de los recursos deberá guardar coherencia con los niveles de riesgo de desastre que enfrenta el departamento, distrito o municipio.

Subcuenta ECAT del Fosyga

El Decreto 056 de 2015, estableció las reglas para el funcionamiento de la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT), y las condiciones de cobertura, reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA, por parte de la

Subcuenta ECAT del FOSYGA y de las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT.

Aplica a personas naturales y jurídicas para el reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos previstos en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993. Así mismo, aplica a las aseguradoras autorizadas para operar el SOAT.

Toda reclamación ante la Subcuenta ECAT del FOSYGA o quien haga sus veces, surtirá para su verificación, control y pago, las etapas de: 1) pre—radicación; 2) radicación; 3) auditoría integral; 4) comunicación del resultado de auditoría y respuesta al mismo; y/o 5) pago, cuando este último proceda. Lo anterior se encuentra descrito en la Resolución 1645 de 2016.

Subcuenta Salud Pública Colectiva del Sistema General de Participaciones (SGP)¹

En esta subcuenta, ingresan todos los recursos de las fuentes cuya destinación es el desarrollo de acciones de salud pública (incluye la gestión en salud pública y el plan de intervenciones colectivas según la Resolución 518 de 2015).

El Sistema General de Participaciones (SGP) corresponde a los recursos de ingresos corrientes de la Nación (ICN) que el Gobierno Nacional transfiere anualmente, por mandato de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política, a las entidades territoriales (Departamentos, Distritos y Municipios) para la financiación de las competencias asignadas en la Ley 715 de 2001 en Educación, Salud y propósitos generales (incluye agua, saneamiento básico, alimentación escolar, entre otros).

La Ley 1438 de 2011, artículo 44, establece que el 10% del Sistema General de Participaciones para Salud se destinará a financiar las acciones en salud pública, traducidas en acciones del PIC y de los procesos de Gestión de Salud Pública según el artículo 20 de la Resolución 518, siempre y cuando no constituyan gastos de funcionamiento.

Los procesos de la Gestión de la Salud Pública son: coordinación intersectorial, desarrollo de capacidades, gestión administrativa y financiera, gestión del aseguramiento, gestión del conocimiento, gestión de insumos de interés en salud pública, gestión del talento humano, gestión de las intervenciones colectivas, gestión de la prestación de servicios individuales, participación social, planeación integral en salud, vigilancia en salud pública e inspección, vigilancia y control.

¹ Orientaciones para la implementación de la Gestión de Salud Pública y del Plan de Intervenciones Colectivas. Dirección de Promoción y Prevención 2015.

Para la asignación de recursos de este tipo tendrá que realizarse procesos de identificación del riesgo y planificación de posibles estrategias de mitigación y respuesta ante la ocurrencia de los mismos.

Transferencias Nacionales

Son los recursos transferidos por la Nación a las entidades territoriales para financiar o cofinanciar programas o estrategias y son de destinación específica.

Los recursos de transferencias nacionales para programas y estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, deberán ser incorporados a la subcuenta de salud pública y ejecutados según el lineamiento técnico del Ministerio de Salud y Protección Social expedido para su ejecución. Así mismo, se realizan transferencias para proyectos de fortalecimiento de capacidades y restablecimiento de las condiciones posteriores a la emergencia.

Recursos propios

Son aquellos recursos que las entidades territoriales generan de forma regular debido al esfuerzo de recaudo, la gestión tributaria y la prestación de servicios por parte de las mismas entidades. Pueden ser tributarios o no tributarios; entre ellos se encuentran los impuestos territoriales, permisos de circulación, patentes municipales, derechos de aseo, derechos varios, fondo común municipal, rentas de inversiones, multas e intereses.

Los recursos propios se usan para financiar servicios públicos; gastos de funcionamiento de la dirección territorial de salud; la ampliación de coberturas y continuidad de régimen subsidiado; la prestación de servicios de salud a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda; el desarrollo de acciones colectivas de salud pública y la implementación de procesos de Gestión de la Salud Pública.

Sistema de regalías

Las regalías son las contraprestaciones económicas que recibe el Estado por la explotación de un recurso natural no renovable cuya producción se extingue con el transcurso del tiempo.

Financiamiento de proyectos de inversión y la estructuración de proyectos, como componentes de un proyecto de inversión o presentados en forma individual. Los proyectos de inversión podrán incluir las fases de operación y mantenimiento, siempre y cuando esté definido en los mismos el horizonte de realización. En todo caso, no podrán financiarse gastos permanentes (o de funcionamiento).

Los proyectos susceptibles de ser financiados con los recursos del Sistema General de Regalías deben estar en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo y los planes de desarrollo de las entidades territoriales y con las siguientes características: Pertinencia, Viabilidad, Sostenibilidad, Impacto, Articulación con planes y políticas nacionales, de las entidades territoriales.

Fondos humanitarios comunes- Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA)

El objetivo principal de los fondos humanitarios comunes es el de proporcionar una financiación rápida y previsible para las necesidades humanitarias más importantes, tal y como se definen y formulan en el procedimiento de llamamiento unificado. Los fondos humanitarios comunes mantienen una reserva de emergencia (generalmente el 10% de la financiación total como máximo), para dar respuesta a las necesidades de emergencia imprevistas que no se inscriben en el procedimiento de llamamiento unificado. Todos los socios humanitarios que participan en el procedimiento de llamamiento unificado pueden recibir financiación de los fondos humanitarios comunes. El objetivo de estos fondos es el de garantizar la financiación básica del procedimiento de llamamiento unificado, por ello son frecuentemente más importantes que los fondos de intervención de emergencia.

El Procedimiento de llamamiento unificado permite obtener fondos para fines generales de las intervenciones humanitarias. También es un mecanismo de coordinación entre los organismos de asistencia.

El llamamiento urgente es una herramienta que permite estructurar una respuesta humanitaria coordinada para el período que cubre desde los tres a los seis primeros meses de una emergencia humanitaria. El Coordinador de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas inicia el proceso de consulta con todas las partes interesadas.

Lo ideal es que el llamamiento urgente se publique a la semana siguiente del inicio de una emergencia. Ofrece un panorama conciso de las necesidades fundamentales y puede incluir proyectos de reparación que pueden realizarse en el plazo del llamamiento.



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**