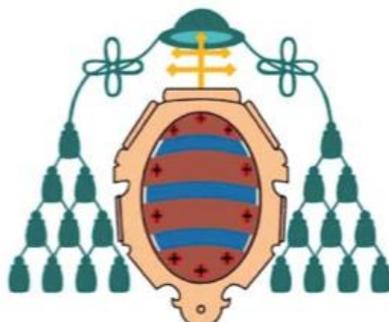


Universidad de Oviedo
Centro Internacional de Postgrado
Trabajo fin de Máster



UNIVERSIDAD DE OVIEDO

“LA CORRUPCIÓN COMO DETERMINANTE
SOCIAL DE LA SALUD Y SU RESULTADO EN LA
ASISTENCIA HUMANITARIA: EL CASO DE LA
EPIDEMIA DE CÓLERA EN YEMEN”

Máster Universitario en Análisis y Gestión de
Emergencias y Desastres

Alumno: Idoia Morán Fernández

Tutor: Pedro Ignacio Arcos González

Declaración de que la tesis que se presenta es el trabajo del alumno y está autorizada su defensa por el director, mediante el siguiente texto:

Declaro que esta tesis titulada "La corrupción como determinante social de la salud y su resultado en la asistencia humanitaria: el caso de la epidemia de cólera en Yemen" es únicamente el resultado de mi propio trabajo de investigación y que todas las fuentes de información utilizadas (impresas, sitios web, etc.) procedentes de otros autores o trabajos se indican en la lista de referencias de acuerdo con las normas establecidas.

Firma:

Idoia Morán Fernández

Recuento total de palabras: 12712

El Prof. Pedro Ignacio Arcos González aprueba esta tesis para su presentación.

Firma del director o directores de tesis

Universidad de Oviedo

Trabajo fin de Máster en Análisis y Gestión de Emergencias y Desastres

“La corrupción como determinante social de la salud y su resultado en la asistencia humanitaria: el caso de la epidemia de cólera en Yemen”

Idoia Morán Fernández

Oviedo, 17 de julio de 2020

Resumen

Desde mediados del año 2017 hasta el año 2018, la Organización Mundial de la Salud reportó más de dos millares de muertes y más de un millón de posibles casos a consecuencia del cólera en la República de Yemen. El derecho a la salud está recogido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948. En términos generales, el tema de estudio del presente trabajo ha sido entender y analizar el papel de la corrupción como determinante social de la salud (DSS) y su resultado final en emergencias complejas. Más específicamente, se ha realizado un análisis de la corrupción y el resultado que obtuvo Yemen tras la no implementación de esta en sus planes de actuación. Finalmente, se han aportado diversas conclusiones sobre la importancia de la implementación de los DSS en la asistencia humanitaria, y de la relevancia de la contextualización de la corrupción como dimensión susceptible de componente social. Además, y de manera breve, se ha aportado una idea nueva sobre la posibilidad de un futuro estudio para la creación de un proyecto anticorrupción contextualizado integrado en los protocolos de actuación de cada emergencia compleja.

Abstract

From mid 2017 to 2018, the World Health Organization reported more than two thousand deaths and more than a million possible cases as a consequence of cholera in the Republic of Yemen. The Right to Health is entitled in the 1948 Universal Declaration of Human Rights. In general terms, the subject of study of the present work has been to understand and to analyze the role of corruption as a Social Determinants of Health (SDH) and its final result in complex emergencies. More specifically, an overview of the corruption in Yemen has been conducted and the result obtained after the lack of implementation of the aforementioned SDH among its plans of action. Finally, diverse conclusions have been conducted regarding the relevance of the contextualization of corruption as a susceptible dimension of a social component. Furthermore, and briefly explained, a new idea has been conducted regarding the possibility of further studying the creation of an integrated contextualized anti-corruption project among the protocols of action of each complex emergency.

Palabras clave: determinante social de la salud, asistencia humanitaria, emergencia compleja, epidemia, Yemen

Expresiones de gratitud

Recuerdo cuando era pequeña aquella temida pregunta: Y tú, ¿qué quieres ser de mayor?

Estoy convencida de que todo el mundo tiene un propósito profesional que perseguir, que le haga feliz, que le complete, o quizás algo que simplemente se le da bien hacer. Personalmente creo que he tenido ventaja en comparación con la mayoría de los compañeros académicos que he tenido a lo largo de la vida. Yo siempre lo tuve claro: quería ayudar a la gente. Ser alguien que aportara a la sociedad de una manera u otra. Y para lograr esto mismo, he tenido mucha gente en mi camino que me ha ayudado a lo que de momento he conseguido: hacer lo que me gusta -que no es poco-.

En primer lugar, me gustaría agradecer a mi tutor y coordinador, el Dr. Pedro Arcos González, a quien le debo un sincero agradecimiento por su paciencia y por todo el apoyo y ayuda que me ha ido otorgando, no solo con el TFM, sino también por todo lo enseñado en el aula. A mis compañeros, de quienes he aprendido una barbaridad, y a quienes agradezco su esfuerzo y dedicación en su labor como personal sanitario durante la pandemia global del Covid-19.

A mi familia, sin los cuales no podría estar escribiendo esto ahora mismo. Agradecerles los valores inculcados, todos los sacrificios hechos por lo que ellos consideran “mi herencia: la educación”. Gracias por inculcarme que lo más importante, y el camino a todo, es hacer siempre lo que te gusta, y que, para ello, se necesita esfuerzo y dedicación, y que vengan las piedras que vengan, lo importante es levantarse y seguir luchando por aquello que llamamos vida. A mi hermano, quien, aun no sabiéndolo, me ha inspirado a no rendirme, y a hacer lo que me apasiona.

Quisiera agradecerle a mi abuela por estar ahí, por las interminables conversaciones al teléfono en las que me apoya incondicionalmente. Pero, sobre todo, por la confianza en mí. Porque nunca sabes lo importante que es saber que “tú puedes” hasta que alguien a quien admiras te lo reafirma.

Por último, quisiera agradecerme a mí misma, por levantarme siempre después de cada caída, incluso cuando todo el mundo pensaba que era imposible. Quisiera agradecerme la tenacidad y la valentía de perseguir siempre lo que he considerado que era correcto. Y quisiera recordarme que los límites los pongo yo, y que no hay lugar que se considere imposible de alcanzar.

Gracias a todas esas personas que me han inspirado y siguen inspirando en este camino tan divertido y complicado a partes iguales.

“Todo parece imposible hasta que se hace”

Nelson Mandela

Abreviaturas

AWD: Airway Disease Models

CIA: Central Intelligence Agency

CDSS: Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud

CFR: Case Fatality Rate

C4D: Communication for Development

CNUCC: La Convención de las Naciones Unidas Contra la Corrupción

CPI: Corruption Perception Index

DIH: Derecho Internacional Humanitario

DSS: Determinantes Sociales de la Salud

EITI: The Extractive Industries Transparency Initiative

MoPHO: Ministerio de Salud Pública y Población de Yemen

MSF: Médicos Sin Fronteras

MyE: Monitoreo y Evaluación

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

PIB: Producto Interior Bruto

RDT: Reliable cholera rapid diagnostic tests

TI: Transparency International

UNICEF: El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

UNOCHA: The UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs

USAID: La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

WASH: Water, Sanitation and Hygiene

YHRP: Yemen 2018 Humanitarian Response Plan

“La corrupción como determinante social de la salud y su resultado en la asistencia humanitaria: el caso de la epidemia de cólera en Yemen”

ÍNDICE

1.	Introducción	7
1.1.	Determinantes sociales de la salud.....	7
1.2.	Antecedentes: Epidemia de cólera en Yemen.....	8
1.3.	Plan de Respuesta Humanitaria de Yemen 2017-2018.....	10
1.3.1	Plan Integrado de Respuesta al Cólera en Yemen 2017.....	13
1.4.	Conclusiones adquiridas en el estudio previamente realizado.....	15
1.5.	Yemen en la actualidad.....	16
2.	Hipótesis y Objetivos.....	17
3.	Material y métodos.....	18
3.1.	Limitación temporal y territorial.....	18
3.2.	Población	18
3.3.	La aplicación de los determinantes sociales de la salud según la Organización Mundial de la Salud	19
3.4.	Cólera: Epidemiología y contagio.....	19
3.5.	Marco de los estándares del derecho a la salud: instrumentos internacionales de protección.....	19
4.	Resultados y Discusión.....	20
4.1.	Contextualizando la corrupción en Yemen	20
4.1.1	La economía política de la corrupción en Yemen.....	20
4.1.2	Gran corrupción e inestabilidad política.....	21
4.1.3	Formas de Corrupción en Yemen.....	22
4.1.4	Transparency International: Análisis de la corrupción en Yemen.....	22
4.1.5	Sanidad, asistencia humanitaria y corrupción: un sistema que merma toda esperanza yemení.....	24

4.2. La corrupción como determinante social de la salud en las emergencias complejas	26
5. Conclusiones.....	29
6. Bibliografía	30
7. Anexo.....	34

1. Introducción

1.1. Determinantes sociales de la salud

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), define los determinantes sociales de la salud (DSS) como "las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen" y como "los impulsores fundamentales de estas condiciones"¹. Estas circunstancias o condiciones son el resultado de la distribución monetaria, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, las cuales dependen al mismo tiempo de las políticas públicas adoptadas².

Sin embargo, la idea de los DSS se fundamenta en las críticas publicadas a lo largo de los años setenta, ochenta y principios de los noventa. En ellas, señalaban las limitaciones en cuestiones de intervención relacionadas con el riesgo de enfermedades. Razonaban que el entendimiento y la mejora de la salud requerían centrar la observación en la población, y no en un solo único individuo, a través de las medidas políticas dirigidas al conjunto de la sociedad a la que pertenecen dichos individuos³. Asimismo, la gran mayoría de las críticas se centraban en el argumento de que la atención médica no es el promotor principal de la salud de las personas, sino las condiciones o características sociales dentro de las cuales viven; lo que por ende son los DSS.

Además, según la publicación *Los hechos probados* del Centro para la Salud Urbana de la Oficina Regional de la OMS para Europa, por lo general, la sociedad comprende de manera intuitiva los efectos, tanto negativos como positivos, que las condiciones de vida, de trabajo, el nivel socioeconómico, etc., tienen sobre la salud⁴.

Existen evidencias científicas, particularmente durante las últimas dos décadas, que revelan un papel poderoso para los factores sociales, además de la atención médica, en la configuración de la salud en una amplia gama de indicadores de salud, entornos y poblaciones. Esta evidencia no niega que la atención médica influye en la salud; más bien, indica que la atención médica no es la única influencia en ésta misma¹.

Sin embargo, las relaciones entre los factores sociales y la salud no son simples, y existen controversias activas sobre la solidez de la evidencia que respalda el papel causal de algunos factores sociales¹.

El impacto en la salud de los factores sociales también está respaldado por las asociaciones fuertes y ampliamente observadas entre una amplia gama de indicadores de salud y medidas de los recursos socioeconómicos o la posición social de los individuos, generalmente ingresos, nivel educativo o rango en una jerarquía ocupacional¹.

Las estrategias de intervención actuales para reducir las disparidades de salud no suelen tener una "perspectiva de curso de vida" y tienden a ser específicas de la enfermedad, a menudo dirigidas a los factores individuales y a los sistemas de salud sin abordar los determinantes sociales⁵.

Las intervenciones que abordan los determinantes sociales, como las estructuras y políticas sociales, incluida la educación y la primera infancia, la planificación urbana y el desarrollo comunitario, la vivienda, la mejora de los ingresos y los suplementos, y el

empleo, deben ser un foco central del desarrollo, la implementación y la investigación futura de las políticas de salud. Aunque las intervenciones, apuntan principalmente a un solo determinante social, el cual es probable que tenga efecto dominó en otros⁵.

Las intervenciones centradas en el sector de la atención de la salud son insuficientes para abordar las disparidades de salud en la población. Los esfuerzos futuros de investigación, políticas e implementación deben concentrarse más en la intervención que se enfoca en los DSS⁶.

1.2. Antecedentes: Epidemia de cólera en Yemen

A pesar de sus raíces antiguas como encrucijada de África, Medio Oriente y Asia, la moderna República de Yemen es un estado relativamente nuevo. Fue creado después de que el sur de Yemen y el tradicional Yemen del Norte se fusionaran en 1990, después de años de lucha⁷.

Sin embargo, las tensiones se mantienen entre el norte y el sur. Un movimiento separatista del sur fue derrotado en una corta guerra civil en 1994, y las tensiones resurgieron en 2009 cuando las tropas gubernamentales y los rebeldes, conocidos como Houthi, se enfrentaron en el norte, matando a cientos y desplazando a más de un cuarto de millón de personas⁸.

Una nueva ola de protestas en 2011, inspirada en las revueltas de la Primavera Árabe¹ en Túnez y Egipto, obligó al entonces presidente Ali Abdallah Saleh² a dimitir⁹.

Yemen también se ha convertido en una base para grupos militantes, como AlQaeda y el Estado Islámico, lo que aumenta la inestabilidad en el país¹⁰. El país entró en una espiral de guerra civil en 2014 y, a pesar de las iniciativas de paz, la lucha continúa.

En Yemen, un conflicto civil de cinco años ha producido lo que los funcionarios de la Organización de las Naciones Unidas llaman "la peor crisis humanitaria creada por el hombre de nuestro tiempo"¹¹. Las cifras muestran que los muertos en conflicto hasta la fecha estudiada (año 2018) se estimaron en alrededor de 10.000, relativamente bajo comparado con los 470.000 que se cree fallecieron en los siete años que lleva la guerra civil en Siria¹².

Por otro lado, los combates en tierra y los ataques aéreos en áreas controladas por los rebeldes por parte de una coalición dirigida por Arabia Saudita respaldada por los Estados Unidos y el Reino Unido han desplazado a más de 3 millones de personas. De esos 3 millones de personas desplazadas desde marzo de 2015, más de 2 millones seguían desplazadas en enero de 2017, y tan solo un millón pudieron regresar a sus hogares. Un adicional de 180.000 personas se han visto obligados a huir del país¹³.

El gobierno asegura que también hay entre 1,7 y 2 millones de refugiados, solicitantes de asilo y migrantes en Yemen, 460.000 de los cuales necesitan asistencia humanitaria.

¹ Movimiento originario de Túnez. La Primavera Árabe 2010-2012 surgió como forma de manifestación en clamor de, según los manifestantes, los derechos sociales y la democracia del pueblo árabe.

² Ejerció como presidente de Yemen desde el 22 de mayo de 1990 hasta el 27 de febrero de 2012.

Cada vez más, la enfermedad y la inanición son peligros mayores que las bombas y los disparos. Yemen enfrentó la epidemia de cólera de más rápido crecimiento jamás registrada, agravada por el riesgo constante de hambruna. Esta epidemia ha dejado más de 2.200 muertes en el país, y casi un millón de posibles casos¹⁴. Esta enfermedad infecciosa no solamente afectó a los adultos, sino que lo hizo especialmente en niños menores de 15 años, quienes representaron más del 40% de los casos sospechosos. Según declaró El Fondo de la ONU para la Infancia (UNICEF), los centros de salud recibían a diario miles de niños con síntomas como la diarrea acuosa aguda¹⁵. Por otro lado, esta situación se vio agravada todavía más, debido a los niveles severos de desnutrición aguda infantil, pues son más de dos millones de niños/as los que lo sufren. Los niños/as en esta situación de desnutrición aguda tienen las defensas más bajas de lo normal, por lo que consecuentemente son mucho más vulnerables ante cualquier tipo de bacteria y/o enfermedades infecciosas. Este tipo de enfermedades infecciosas, como lo es el cólera, viene acompañado de diarrea y abundantes episodios de deshidratación, por lo que agudiza más el estado de desnutrición de los más pequeños.

La ONU dice que un 75% de los casi 28 millones de habitantes del país necesitan asistencia externa para evitar el hambre y las enfermedades, y la mitad de ellos necesitan ayuda urgentemente para sobrevivir. Se estima que más de 1,8 millones de niños menores de 5 años que padecen malnutrición aguda, 400.000 están severamente desnutridos, por lo que tienen 10 veces más riesgo de morir¹⁶. A estas cifras le suma el embargo naval impuesto por la coalición liderada por Arabia Saudita (y respaldada por Estados Unidos y Reino Unido), que luchaba en torno al puerto de Adén controlado por el gobierno y ataques aéreos en el puerto de Hudaydah, controlado por los rebeldes, redujo drásticamente las importaciones, no solo de los víveres sino también de los servicios de asistencia primaria otorgados por organizaciones internacionales no gubernamentales⁷. La falta de combustible, junto con la inseguridad y el daño a los mercados y las carreteras, también impidieron la distribución de suministros. Los precios de los productos básicos son, en promedio, del 30% al 50% más alto que antes del conflicto, mientras que el poder adquisitivo se ha reducido sustancialmente debido a la disminución de los medios de subsistencia¹⁷.

El Banco Mundial estimó que la tasa de pobreza se ha duplicado al 62%, y los salarios del sector público -de los que depende aproximadamente el 30% de la población- solo se pagan de forma irregular¹⁷.

En resumen, el conflicto en el país bicontinental explica el motivo por el que se produjo este brote de cólera tan devastador. Los ataques y enfrentamientos entre ambas partes han dejado sin sistema de saneamiento de agua, y además han agravado más aún la situación económica por la que está pasando el país, inutilizando los centros de salud por falta de medicamentos y servicio sanitario. Además, la basura que se acumuló durante meses por las calles no ayudó en absoluto en el proceso de saneamiento.

Sin un sistema que permitiese la potabilización de agua, el cólera comenzó a contagiarse con mayor velocidad, y si los pacientes no contaban con servicios de salud ni recursos económicos, definitivamente era imposible hacer frente a una emergencia sanitaria sin ayuda de la comunidad internacional. Estos factores en combinación hicieron que Yemen entrase en una de las peores crisis humanitarias y emergencias complejas a la que se ha enfrentado el ser humano, y la comunidad internacional en su conjunto.

1.3. Plan de Respuesta Humanitaria de Yemen 2017-2018

Lo cierto es que una crisis humanitaria se entiende como aquella situación de emergencia que pone en riesgo la salud, seguridad y el bienestar de la sociedad o una comunidad, tanto en un país como en una región¹⁸. Además, una emergencia humanitaria sucede cuando tal evento afecta a poblaciones vulnerables que no pueden soportar las consecuencias negativas por sí mismas. Con "población vulnerable" se refiere a individuos o grupos, con una capacidad limitada para resistir y recuperarse de los peligros que amenazan la vida. Ciertamente, estas vulnerabilidades están relacionadas con la pobreza o la falta de desarrollo socioeconómico. Es decir, es más probable que las poblaciones pobres sean más vulnerables a desastres naturales o provocados por el hombre, que las poblaciones mayormente desarrolladas. Dentro de las comunidades afectadas, los grupos vulnerables generalmente incluyen niños, mujeres embarazadas y lactantes, migrantes y personas desplazadas¹⁹.

Las emergencias humanitarias pueden ser producto de una catástrofe ambiental, como pueden ser los tsunamis, terremotos, etc., de un acontecimiento político, en caso de guerra o conflicto armado, o de otro tipo de sucesos que debilitan a un conjunto de personas, al punto de precisar ayuda externa, y en muchas ocasiones, de cooperación internacional, para así cubrir las necesidades básicas como la salud, la alimentación, la educación y la reconstrucción de infraestructuras básicas¹⁹.

En respuesta a esta clase de acontecimientos, los países en particular y la comunidad internacional deben tener un plan de actuación para garantizar las necesidades y derechos fundamentales a todos los individuos, sin excepción alguna.

En este caso, hablamos de una catástrofe, emergencia compleja o crisis humanitaria que afectó y sigue afectando a la república yemení de manera abrumadora. Lo cierto es que Yemen posee un instrumento de actuación principal desarrollado en el año 2017 y en aplicación desde enero del año 2018. Se trata del Plan de Respuesta Humanitaria (con siglas YHRP en inglés), el cual lleva integrado el Plan de Respuesta de Cólera, que como su nombre indica trata de dar respuesta humanitaria exclusivamente a la epidemia de cólera que comenzó a azotar el país en el año 2016-2017.

Son cuatro los objetivos que se detallan en el YHRP. En primer lugar, proporcionar asistencia para salvar vidas de los más vulnerables, a través de un efectivo programa de respuesta. Un número cada vez más mayor de personas sufriendo inseguridad alimentaria severa, desnutrición aguda, falta de agua potable, desplazamientos forzados y una disminución de servicios de salud, necesitan asistencia humanitaria para garantizar su supervivencia básica. En segundo lugar, asegurar que toda la asistencia promueva la protección, la seguridad y la dignidad de las personas afectadas, y se proporcione equitativamente a hombres, mujeres, niños y niñas. El conflicto intensificado y las violaciones del DIH han dado lugar a necesidades de protección masivas, particularmente para mujeres, niños, desplazados y personas con necesidades específicas, lo que subraya la importancia de fortalecer los esfuerzos para la protección de civiles. En 2018, la asistencia intentó promover la seguridad y dignidad de aquellos a quienes sirve, y todas las personas - hombres, mujeres, niños y niñas de todos los grupos de la población – tendrían acceso equitativo a la ayuda en función de sus necesidades. En tercer lugar, apoyar y preservar servicios e instituciones esenciales para la acción humanitaria inmediata y la promoción de medios de vida y resiliencia. Los socios tenían la intención de promover el apoyo específico a servicios públicos clave y proporcionar paquetes de asistencia mínima para complementar la continuidad de estos servicios básicos y evitar un mayor colapso. También se hizo hincapié en apoyar el acceso a oportunidades de medios de vida, procesos de recuperación

económica, rehabilitación de activos comunitarios y reintegración de poblaciones desplazadas y repatriados para restaurar la autosuficiencia y minimizar el mecanismo negativo de afrontamiento.

En último lugar, el YHRP, intentaría ofrecer una respuesta humanitaria de principios, integrada, coordinada e inclusiva, que sirviera para rendir cuentas y defender eficazmente a las personas más vulnerables en Yemen, con mayor participación de los socios nacionales. La respuesta humanitaria en 2018 pretendería fortalecer los enfoques multisectoriales integrados y acercarse a las personas afectadas. Por primera vez, el YHRP presenta una respuesta multisectorial sobre temáticas clave - prevención de la hambruna, cólera, así como una respuesta integral a desplazados / retornados / comunidades de acogida, además de planes de respuesta de clúster individuales. La intención de los socios ha sido fortalecer la coordinación aumentando la presencia del personal y toma de decisiones de los centros de campo. Igualmente, han pretendido realizar esfuerzos para fortalecer las capacidades de los socios nacionales y reforzar su compromiso para garantizar una cobertura más amplia y la sostenibilidad de los esfuerzos de respuesta^{20,21}.

El YHRP pretendía llegar a 13,1 millones de personas en Yemen con asistencia de salvamento o protección en 2018. Las agrupaciones priorizaron poblaciones y áreas geográficas con necesidades agudas donde el acceso y la capacidad operativa lo permitían incluyendo objetivos en áreas donde las poblaciones en necesidad moderada corrían el riesgo de caer en necesidad aguda. Los socios intentarían trabajar con y a través de las instituciones públicas que brindan servicios básicos esenciales para evitar su colapso. Por primera vez, la planificación se ha llevado a cabo a nivel de distrito para garantizar que la respuesta se dirija a los más necesitados. 153 miembros, participan en la colaboración desde diciembre del año 2017 bajo este YHRP, con un presupuesto de 2,96 mil millones de dólares americanos para alcanzar los objetivos mencionados²⁰.

El presupuesto destinado para el Plan se divide en diez clústeres distintos: seguridad alimentaria y agricultura; salud; agua, saneamiento e higiene; protección; nutrición; refugio, artículos no alimentarios y coordinación y gestión de campamentos; educación; empleo de emergencia y rehabilitación comunitaria; plan de respuesta multisectorial para refugiados y migrantes; y otros servicios comunes como la logística y la coordinación.

La estrategia presentada por el YHRP destinaría a la seguridad alimentaria y agricultura, y a la salud un mayor presupuesto, considerándolos así actividades de prioridad crítica e inmediata.

Para la salud en concreto, se subraya la importancia de brindar servicios primarios y secundarios de atención médica y derivación a través de la implementación del paquete de servicios mínimos de salud, al que se destinarían más de 120 millones de dólares. Además, para la prevención y respuesta a los brotes de enfermedades contagiosas, incluido el cólera se destinan 100 millones de dólares, y para los programas de vacunación para niños y mujeres embarazadas se estimaría invertir alrededor de 70 millones de dólares. Se dedicarían más de 37 millones de dólares para garantizar y dar a más de 3 millones de mujeres servicios de atención reproductora y obstétrica. Para más de un millón de adultos se invertiría 61 millones al diagnóstico precoz, el tratamiento y la distribución de medicamentos como la diabetes y la hipertensión, al igual que los trastornos mentales²⁰.

Por otro lado, y en cuanto a prioridad alta se refiere, el Plan programó destinar más de 159 millones de dólares en: (I) Proporcionar medicamentos, suministros médicos y equipos para permitir la implementación del paquete de servicio mínimo; (II) Llevar a cabo actividades prioritarias de desarrollo de capacidades, desarrollar, actualizar y diseminar directrices y protocolos para adoptar y ampliar la implementación de mínimos paquete de servicios; (III) Llevar a cabo evaluaciones para alimentar los sistemas de información de clúster y fortalecer la coordinación de intervenciones de salud entre los clústeres; y (IV) Renovar, rehabilitar y equipar instalaciones de salud seleccionadas en distritos prioritarios para hacerlos completamente funcionales²⁰.

El clúster de salud identificó que más 16 millones de personas estarían en necesidad de ayuda, sin embargo, el presupuesto va dirigido para 12,3 millones de personas. La población objetivo de dicha ayuda se distribuye en todos los distritos de Yemen, sin embargo, la mayor proporción iría destinada para la población de los distritos más necesitados. De 333 distritos en Yemen, se identificaron 125 distritos con población en necesidad aguda de salud y 158 distritos en necesidad moderada de salud. Con la mayor epidemia de cólera, la falta de salarios para el personal de salud, el 50 por ciento de los establecimientos de salud no funcionales o parcialmente funcionales, y la falta de medicamentos y suministros médicos; el índice de severidad reflejó una situación agravada para finales del año 2018²⁰.

Los socios del clúster de salud cubren áreas en 22 de las 23 gobernaciones en Yemen y respaldan la provisión de atención médica a través de 1158 instalaciones fijas y 143 equipos médicos móviles. Esto representa casi el 50% de las instalaciones sanitarias funcionales completas en Yemen. A pesar de las limitaciones de acceso localizado, financiamiento limitado, impedimentos burocráticos para importar y transportar medicinas y suministros, los socios tienen la capacidad de llegar a los servicios de salvamento específicos. Hasta noviembre de 2017, los socios del Grupo de Acción Sanitaria alcanzaron a 4,5 millones de personas, cuyos servicios de salud representaron el 43% de la meta de 2017, con el 31% de los requisitos de financiación satisfechos²⁰.

La respuesta del Grupo de Salud incluye servicios y apoyo en especie para aumentar el acceso a paquetes de servicios de salud mínimos que salvan vidas. La provisión de costos operativos para las instalaciones de salud y el incentivo para los proveedores de servicios de salud, cuando corresponda, pretenden contribuir a garantizar la continuidad del servicio. Otra ayuda en especie incluye materiales como medicinas, suministros medicinales, y equipos (médicos y no médicos). El Clúster de Salud aspiraría a operar principalmente desde instalaciones de salud fijas y mediante actividades de extensión en lugar de a través de equipos médicos móviles.

Además, los socios del clúster de salud aseguraron tener la intención de incorporar el género en todos los aspectos del ciclo del programa. Durante las evaluaciones, el diseño y la implementación del programa, las perspectivas y las diferentes necesidades de las mujeres, hombres, niñas y niños se tendrían en consideración. Por otro lado, reconocen los derechos de cada individuo a la atención médica, incluida la salud reproductiva. En especial en los hogares más pobres, vulnerables y encabezados por mujeres, embarazadas y mujeres lactantes, personas con discapacidad, enfermos crónicos o enfermedades críticas²².

En resumen, se puede observar que pese al esfuerzo de la comunidad internacional y a los 159 miembros que forman parte de este YHRP de Yemen, aún hay millones de personas que necesitan ayuda y que no están cubiertas por el presupuesto anteriormente desglosado y explicado, y que en total en el sector de sanidad, de las más de 16 millones de personas con necesidad de atención sanitaria de cualquier tipo, solo 12 millones de personas recibirían ayuda, lo que complica de forma abrumadora la recuperación del país.

La UNCHOA enumeró las consecuencias que podría tener en la población yemení la falta de respuesta ante la crisis humanitaria que azotaba Yemen. Además, repasar estas consecuencias ayudará para observar y analizar la situación actual y comprender si la hipótesis inicial de este trabajo tiene cabida para un futuro más social en cuanto a los protocolos de actuación.

Las consecuencias expuestas fueron las siguientes: (I) Riesgo inminente de hambruna²³, con más de 107 distritos identificados en riesgo de hambruna, la falta de respuesta privaría salvar vidas de millones de personas. Consecuentemente, la vulnerabilidad aumentará, y aproximadamente 17,8 millones de personas (el 61 por ciento de la población) estarían en riesgo por muerte de inanición sin asistencia urgente; (II) Fallo en el sistema de salud en un tiempo de necesidades sin precedentes²². Con un colapso casi total del sistema de salud en Yemen, la falta de fondos por parte de los socios provocaría el cierre del 5 por ciento de las instalaciones funcionales que brindan servicios salvavidas y servicios básicos. Sin servicios de salud reproductiva para madres, los recién nacidos y los niños de corta edad estarían en el foco de las enfermedades y los brotes, aumentando su probabilidad de muerte y afectando así al segmento más vulnerable de la población; (III) Millones de personas estarían faltos al acceso de agua y saneamiento básico²⁴. Sin asistencia más de 11 millones de personas no podrían gozar de las necesidades básicas, aumentando de esta forma los riesgos de otra posible crisis de salud pública. La prevención del cólera a través de la provisión de agua potable, y la higiene son claves para abortar la posibilidad de un brote futuro. Una nueva ola de esta enfermedad infecciosa podría impactar a cientos de miles de personas y por ende sus vidas correrían peligro; (IV) La malnutrición infantil aumentaría, por lo que la mortalidad de los más pequeños/as tendría un aumento vertiginoso²⁵, estimándose en más de 272 muertes al día en menores de 5 años; (V) Violación de los derechos básicos de millones de personas²⁰. Fracasos en proteger a los ciudadanos yemeníes, sería una catástrofe para la población ya vulnerable y por tanto se incurriría la violación del DIH, los derechos humanos y los derechos del niño, las mujeres y los inmigrantes y desplazados y afectados por el conflicto bélico; (VI) Los más vulnerables no recibirán asistencia. Lo cierto es que, sin una intervención a tiempo, la tasa de mortalidad infantil aumentaría²⁵, y surgirían otros problemas como la violencia de género en los campos de desplazados internos; (VII) Aumento de la necesidad de intervención humanitaria. El incumplimiento en la entrega de la asistencia necesaria, contribuiría al aumento de necesidades por parte de las personas víctimas de cualquier emergencia sanitaria; (VIII) Una generación de niños sin educación²⁶. Sin una financiación adecuada, más de cuatro millones de niños/as se verán privados de su derecho a la educación. Por lo tanto, quedarán vulnerables al reclutamiento de grupos radicales. Y las niñas tendrán más riesgo de ser obligadas a un matrimonio temprano; (IX) Mayor número de refugiados e inmigrantes internos²⁷. Si la comunidad internacional no responde, no se haría cumplir a Yemen de sus obligaciones respecto a la legislación internacional, los refugiados y solicitantes de asilo no estarían protegidos debido al continuo flujo de nuevas llegadas y aumento de la carga de los servicios del país ya empobrecido y envuelto en una guerra civil. La incapacidad de responder a las necesidades de las nuevas llegadas resultaría en un deterioro en la dinámica social y aumento de indigencia en el país.

1.3.1 Plan Integrado de Respuesta al Cólera en Yemen 2017

Como se ha mencionado antes, el Plan de Respuesta Humanitaria del año 2017, lleva integrado el Plan de Respuesta al Cólera. En las siguientes líneas, se analizará brevemente el contenido de dicho Plan y se darán datos clave para entender y captar la

imagen del país desde el comienzo del brote de cólera hasta 2018 (finalización del estudio previo).

El objetivo general de este plan era y es reducir la incidencia y minimizar la morbilidad y fatalidad del cólera a través de una prevención efectiva y respuesta oportuna²⁸. **La estrategia de respuesta implica dos enfoques que se centran en el control y la prevención.** Además, la estrategia también identifica los criterios para la priorización de la respuesta en los distritos más afectados.

El plan describe las intervenciones de salud, WASH (agua, saneamiento e higiene) y las intervenciones en comunicaciones de emergencia, para contener y evitar una mayor propagación del brote en los 286 distritos de alto riesgo, donde se informaron casos de cólera sospechosos durante el período de octubre de 2016 a junio de 2017. Los clústeres de salud y WASH identifican continuamente los distritos prioritarios de los distritos de alto riesgo, considerando el número de casos²⁸. El Plan consideraba un total de 254 millones de dólares durante el periodo de mayo a diciembre de 2017, para controlar el brote, evitar una mayor propagación y minimizar el riesgo de recurrencia.

El primer enfoque llamado "Control" se centra en los distritos que informan casos sospechosos con prueba de diagnóstico rápido positiva y / o casos confirmados. Este enfoque tiene como objetivo controlar la propagación del brote en los distritos afectados.

En áreas donde el cólera ha sido confirmado, todos los casos de AWD (enfermedades de las vías respiratorias) deben tratarse como cólera, sin necesidad de confirmación de laboratorio; por lo tanto, las pruebas de laboratorio solo deberían realizarse esporádicamente para supervisar la evolución del brote. Cuando los pacientes presentasen síntomas como diarrea acuosa, con o sin deshidratación severa, serían tratados como casos de cólera e informados a través de los canales establecidos de vigilancia del cólera. En áreas donde no se ha confirmado el cultivo de la bacteria *Vibrio Cholerae*, todos los casos de AWD deberían manejarse clínicamente como si fuera cólera y las pruebas (RDT y cultivos) deben iniciarse de acuerdo con las pautas y protocolos hasta que se confirme el diagnóstico positivo²⁸.

Mientras que el segundo enfoque, "Prevención", considera la intervención en los distritos con bajo o medio riesgo de contagio, para prevenir y / o minimizar las posibilidades de que haya un nuevo brote. Hasta el 28 de junio 2017, 286 distritos informaron sobre presuntos casos de cólera y estos distritos se beneficiaron de las actividades de control, mientras que otros 47 distritos no denunciaron ningún caso sospechoso de cólera y por lo tanto se implementaron las actividades de prevención. Ambos enfoques incluyen respuesta temprana, actividades integradas de respuesta y actividades integradas de prevención que previeran continuar hasta que se interrumpa la transmisión del cólera y no se informen nuevos casos²⁸.

- Las actividades de respuesta temprana / rápida permiten una respuesta rápida tan pronto como se sospecha sobre posibles casos en un área. Parte de esta respuesta rápida incluye mejorar la vigilancia sobre la bacteria, la confirmación oportuna del laboratorio, un mejor control de infecciones, fortalecer el saneamiento de agua y la higiene, y proporcionar suministros esenciales;

- Las actividades de respuesta integradas se basan en el análisis epidemiológico del brote, incluido el rastreo de contactos, la incidencia, la tasa de letalidad, y las áreas de mapeo con agua contaminada en el hogar.

- Las actividades de prevención integradas se caracterizan principalmente por WASH, Salud y la estrategia de Comunicación para el Desarrollo (C4D), para proteger a las personas que residan tanto en áreas afectadas como las que aún están libres de cólera.

Los dos enfoques se implementaron en paralelo, mientras que se dio prioridad a las actividades de control en caso de que no hubiese capacidad suficiente para responder a todos los distritos bajo los enfoques de Prevención y Control.

1.4. Conclusiones adquiridas en el estudio previamente realizado

Para dar respuesta a la pregunta de investigación sobre cuál es el verdadero peso de los DSS en la intervención de la OMS en la epidemia de cólera en Yemen, se compararon los datos cuantitativos-de carácter específico- recogidos por medios oficiales, con la perspectiva teórica de los DSS desarrollados durante los años noventa, y el marco de la aplicación de los DSS según la OMS (en el Plan de Respuesta Humanitaria 2017-2018 y el Plan Integrado de Respuesta al Cólera en Yemen 2017). Para ello, se dividió la información adquirida para realizar el análisis en tres ejes temáticos: socioeconómico; sociocultural y político; y mortalidad y epidemiología²⁹ (Ver anexo).

Para el estudio actual, en el que se pretende analizar la corrupción como dimensión susceptible de componente social, con gran impacto en los resultados finales en la asistencia humanitaria, es necesario detenerse en el segundo eje temático analizado: el eje sociocultural y político.

Los determinantes que enfatiza la comunidad científica respecto al eje sociocultural y político son: la educación; las condiciones culturales: redes sociales y comunitarias; las instituciones políticas; y la estratificación social.

La situación real en cuanto a los datos socioculturales y políticos se refiere, nos indican, efectivamente, que Yemen es uno de los países con mayor corrupción a nivel mundial (recoge 15 puntos en el índice de percepción de la Corrupción, y se encuentra en el puesto 177 sobre 180 países analizados, en el Ranking de la Corrupción), lo que nos sugiere que los bloques de poder corrupto controlan los recursos públicos. Como consecuencia de esa corrupción, la sociedad civil en general recibe servicios mínimos o casi nulos en el sector de sanidad y educación. Según los datos recogidos por UNICEF³⁰, la tasa de escolarización en la educación primaria es de un 76%, lo que nos indica que, pese a la situación actual, la gran mayoría de niños y niñas tienen acceso a esta. Sin embargo, la brecha existente de escolarización entre niños y niñas (80% y 72% respectivamente) y el dato de que tan solo un 56% de los niños/as de las zonas más pobres acudan a la escuela, nos sugiere que las niñas -generalmente de zonas rurales- llegadas a una edad, son obligadas a dejar las escuelas y a ayudar en el campo o en tareas domésticas, y en muchas ocasiones les obligan también a un matrimonio temprano.

De nuevo, la intención de acción sobre este eje temático de la OMS es bastante generalista, sin embargo, el Plan de Respuesta Humanitaria de Yemen y el marco de aplicación de los DSS de la OMS, muestran una particularidad, y es sobre el papel de la mujer. Los indicadores se centran en la posición social, la escolarización, y diversos

programas de salud, salud reproductiva; y planificación familiar, manteniéndolo siempre en un eje de género y haciendo hincapié en los indicadores relacionados con la mujer. Por otro lado, en el Plan Integrado de Respuesta al Cólera en Yemen no menciona los indicadores relacionados con la política o la posición social, y los indicadores de DSS que se pueden observar se encuentran estrechamente relacionados con el problema abordado, la epidemia de cólera. Cabe resaltar, en este sentido, que el Plan de Respuesta al Cólera reafirma la importancia del papel de la mujer en la recuperación del país, en general, y en la intervención contra el cólera en particular, y propone instruir a las mujeres con diversos cursos relacionados con la salud²⁹ (la potabilización del agua mediante las pastillas, por ejemplo).

En resumen, la intervención de la OMS en el YHRP 2017-2018 presenta unos DSS básicos y muy generalistas, que reflejan los dos primeros ejes temáticos (socioeconómico; sociocultural y político). Sin embargo, dado que se trata de una situación particular de una crisis humanitaria y una extendida epidemia de cólera, la OMS claramente se ha visto obligada, dados los escasos recursos, a delimitar los DSS que exponen en el YHRP a unos DSS única y exclusivamente sobre salud, factores clínicos y epidemiológicos, lo que claramente deja el foco en la preocupación de solventar primeramente la epidemia de cólera²⁹.

1.5. Yemen en la actualidad

En septiembre del 2019, El Ministerio de Salud Pública y Población de Yemen reportó 18,546 casos sospechosos y 10 muertes asociadas durante la semana epidemiológica 35 (20 de agosto-1 de septiembre) de 2019. El diez por ciento de los casos fueron graves. El número total acumulado de casos sospechosos de cólera desde el 1 de enero de 2018 hasta el 1 de septiembre de 2019 es 991674, con 1350 muertes asociadas (CFR 0.14%). Los niños menores de cinco años representan el 25% del total de casos sospechosos durante 2019. El brote afectó a 22 de 23 gobernaciones y 305 de 333 distritos en Yemen³¹.

A lo largo de este tiempo, hemos visto el fuerte impacto de la guerra de Yemen en los civiles y el intento de la ONU de potenciar el papel de los DSS en los planes de respuesta para mejorar la intervención contra el cólera en el país.

Pero para llevar a cabo una acción coherente, hay que intervenir sobre el conjunto de los determinantes sociales, para eliminar las desigualdades estructurales, como para alcanzar un bienestar más inmediato. Para ello, será necesario introducir cambios que afecten a todo el ciclo vital, desde las primeras fases de la vida y a lo largo de ésta. La rapidez con la que puede mejorar la situación sanitaria y los medios para llevar a cabo los cambios necesarios, nos hacen pensar que esas diferencias pueden subsanarse en gran medida²⁹.

Las intervenciones han de centrarse en dotar de autonomía al individuo, a las comunidades y a los países que en la actualidad no gozan de la situación que les corresponde. Es necesario proceder con los conocimientos y los medios necesarios para que se produzca el cambio, y sobre todo con voluntad política. La inacción será juzgada en las décadas venideras como una negativa de consecuencias imprevisibles a asumir una responsabilidad que nos incumbe a todos³².

2. Hipótesis y Objetivos

La corrupción es un DSS clave en la gestión y resultados de la asistencia humanitaria en casos de emergencias complejas.

Objetivos:

- 1.** Explorar el grado de cumplimiento de la corrupción como DSS (bajo el marco de la OMS) en la intervención humanitaria, en caso de la epidemia y emergencias compleja de Yemen.
 - 2.** Analizar la corrupción como dimensión susceptible de componente social
- a.** Visualizar la eficacia de una posible contextualización de los DSS en la asistencia humanitaria en la OMS, mediante una dimensión susceptible de componente social: corrupción.

3. Material y métodos

Para realizar el presente trabajo y alcanzar los objetivos propuestos, se ha seguido la metodología PRISMA para la revisión de la literatura científica acerca del marco teórico de los DSS, la búsqueda bibliográfica en las bases electrónicas de datos PubMed y Reliefweb, además de la Web of Science, esta última sin mucho éxito. Por otro lado, se ha realizado un análisis de la información procedente de organismos internacionales como la ONU, UNICEF, OMS, USAID, y Banco Mundial, además de los organismos no gubernamentales- Oxfam y Transparency International (TI).

Para la información adquirida para la realización del perfil de la República de Yemen se han utilizado el organismo de la Agencia Central de Inteligencia (en inglés CIA) y también, una fuente primaria, los periódicos BBC, AlJazeera y The Independent, conocidos por su rigurosidad e importancia a nivel mundial.

Por otro lado, cabe mencionar la revisión de los mecanismos jurídicos y de intervención internacional para la protección de las personas en la salud. Además, de los protocolos de actuación de Yemen, parte indispensable para el presente trabajo: el Plan de Respuesta Humanitaria de Yemen 2017-2018 y el Plan Integrado de Respuesta al Cólera en Yemen 2017.

3.1. Limitación temporal y territorial

Para la mayor eficacia del estudio, se ha considerado la limitación temporal y territorial; limitando así el territorio a la República del Yemen. Y, el tiempo, al comienzo de la epidemia en abril del año 2017 hasta febrero del 2018 (misma limitación temporal que en el estudio hecho en el Trabajo Fin de Grado).

3.2. Población

El presente trabajo limita la población estudiada a los 27.4 millones de personas con las que contaba Yemen en el año 2017; población expuesta al posible contagio del cólera.

Según Jamie McGoldrick, coordinador humanitario para el Plan de Respuesta Humanitaria de Yemen 2017-2018 y el Plan Integrado de Respuesta al Cólera en Yemen 2017, la situación en Yemen era catastrófica y aseguraba su rápido deterioro. Determinaron que en torno a 18.8 millones de personas necesitaban asistencia humanitaria en al menos un sector -incluyendo a 10.3 millones de personas en necesidad de asistencia humanitaria inmediata para salvar sus vidas. Entonces, más de 7 millones de personas desconocen cuando van a volver a ingerir alimento de nuevo, y más de 8 millones de personas enfrentan una grave escasez de agua limpia y saneamiento. Además, asegura que más de la mitad de las infraestructuras sanitarias están fuera de funcionamiento.

Los números son tan alarmantes que desafían la comprensión.

Sin embargo, el Plan de Respuesta Humanitaria de Yemen 2017-2018 está dirigido a 12.0 millones de personas. Ésta clara limitación de respuesta, McGoldrick lo justifica con “la escasez de datos, el número reducido de personal, la inseguridad rampante, los impedimentos burocráticos y la cobertura de los vientos en contra de la política mundial para limitar la evidencia que los socios humanitarios podrían recopilar, la asistencia que podríamos proporcionar y la atención brindada por el mundo”²⁰.

3.3. La aplicación de los determinantes sociales de la salud según la Organización Mundial de la Salud

Según la OMS las desigualdades sanitarias son producto de dos factores: la situación en las que la población crece, habita, ejerce su profesión y envejece, y del tipo y la calidad de sistema sanitario que se ofrece para combatir la enfermedad. A su vez, afirma, que las condiciones en las que la gente vive y muere están definidas por las políticas sociales y económicas aplicadas bajo el parámetro de las fuerzas políticas. La ONU determina que, para remediar las inequidades en el área de la salud, es preciso que los estados, los organismos de la ONU, las organizaciones de la sociedad civil y la propia OMS, desarrollen una actividad en este asunto a todos los niveles².

A consecuencia de la paulatina brecha que han supuesto las desigualdades persistentes en el ámbito de la salud, y las preocupaciones que estas conllevan, la OMS estableció, como he indicado anteriormente, una CDSS en 2005, para el asesoramiento en cuanto a la forma para mitigarlas.

Las directrices de la CSDSS se basan en tres principios: mejorar las condiciones de vida cotidiana; **luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos**; y la mediación y el análisis del problema.

3.4. Cólera: Epidemiología y contagio

El cólera representa hoy en día una amenaza mundial y es un indicador fundamental del grado de desarrollo como sociedad. Si bien no supone una amenaza para los países desarrollados, que garantizan una mínima higiene, la enfermedad sigue siendo un reto para los países que no pueden asegurar el acceso a agua potable y un saneamiento adecuado. Muchos de los países en desarrollo, tienen que hacer frente a brotes puntuales o incluso a la amenaza de una epidemia de la enfermedad³³.

“El cólera es una infección intestinal aguda causada por la ingestión de alimentos o agua contaminados por la bacteria *Vibrio cholerae*”³³. Tiene un periodo de incubación bastante corto, entre menos de un día y cinco días. La bacteria produce una enterotoxina que tiene como consecuencia una diarrea copiosa, indolora y acuosa que puede conducir con rapidez a una deshidratación grave y a la muerte si no se trata rápidamente. La mayor parte de los pacientes sufren también vómitos.

La mayoría de las personas infectadas por la bacteria *V. cholerae* no presentan síntomas. Sin embargo, la bacteria está presente en sus heces durante los 1 a 10 días siguientes a la infección, siendo esto, riesgo de infección de otras personas. El 80% de las personas que presentan síntomas, son de leves a moderados; un 20% padece diarrea acuosa aguda con deshidratación grave. Si no se da tratamiento, esta puede ocasionar la muerte.

3.5. Marco de los estándares del derecho a la salud: instrumentos internacionales de protección

Todos los seres humanos son titulares de todos los derechos reconocidos por la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), en los tratados y convenciones internacionales de carácter vinculante que los desarrollan. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales establece a la salud como derecho fundamental de las personas²⁹.

Así mismo, el derecho a la salud para la población en general está regulado internacionalmente con amplia referencia a los DSS.

4. Resultados y Discusión

Analizando el contenido expuesto anteriormente, se ha observado el incumplimiento o la contradicción en la aplicación de la segunda directriz de la CSDSS - la cual contempla la **lucha contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos**- en la ejecución de **los protocolos de actuación creados para la crisis de cólera en Yemen del año 2017-2018**.

Primeramente, y reforzando la idea anterior, la lucha contra la distribución desigual del poder, la transparencia, el buen gobierno o la corrupción no aparecen de ninguna manera reflejados en los objetivos detallados en el YHRP.

En segundo lugar, y pese a ser la primera vez en la historia en hacer la planificación de una emergencia compleja a nivel de distrito, el presupuesto total del YHRP se divide únicamente en 10 clústeres individuales, ninguno contemplando ni dirigido en atajar la corrupción que azota el país.

Además, en todas las repercusiones enumeradas por la UNCHOA en las que se describían lo que pasaría si no se adoptaran todas las medidas necesarias, la corrupción tiene gran cabida, ya que trabajando e invirtiendo en programas para la transparencia, la efectividad de la asistencia en terreno tendría una repercusión positiva y calmaría sustanciosamente dichas consecuencias.

Con el fin de conocer la repercusión de la corrupción en la asistencia humanitaria, es necesario realizar una contextualización de esta.

4.1. Contextualizando la corrupción en Yemen

4.1.1 La economía política de la corrupción en Yemen

Yemen tiene todos los ingredientes habituales que crean un ambiente permisivo para la corrupción desenfrenada, típicamente definido como el mal uso de la autoridad encomendada para beneficio privado. Como uno de los estados más pobres y menos desarrollados del mundo, Yemen posee instituciones estatales débiles con poco personal cualificado y empleados estatales mal pagados³⁴.

Las instituciones estatales débiles y las élites fragmentadas han creado un "estado magnate" en Yemen, donde las élites depredadoras compiten entre sí para atacar los recursos estatales para obtener ganancias personales³⁴.

La economía política actual de la corrupción en Yemen refleja la toma de posesión en la década de 1970 del estado yemení por los miembros de la tribu del norte de Zaydi³ al adquirir una presencia dominante en el cuerpo de oficiales militares. La tensión histórica tanto en los estados yemeníes premodernos como en los modernos estaba entre el poder del estado, representando a poblaciones urbanas y no tribales derivadas del campesinado Shafa'i

³ La tribu del norte de Zaydi o Zaidi, o también conocidos como chiíes zaidí, son seguidores de la jurisprudencia islámica zaidí y constituyen alrededor del 50% de los musulmanes de la República de Yemen.

(sunita) que viven en las tierras fértiles del bajo Yemen, y tribus del norte que anuncian de las duras y áridas tierras del alto Yemen. El Alto Yemen no podía apoyar una agricultura asentada significativa, por lo que las tribus del norte de esa área complementaron sus ingresos mediante el pastoreo, el comercio y, lo que es más importante, allanaron las comunidades más prósperas del bajo Yemen. El estado nunca ha disfrutado del control total sobre las tribus, pero ha establecido un delicado equilibrio de poder con respecto a las principales tribus basado en la distribución de los beneficios económicos y políticos del poder³⁴.

La década de 1970 fue testigo del comienzo de dinámica histórica. En lugar de que el estado extendiera su control sobre las áreas tribales del norte, las tribus comenzaron a tomar el control del estado. A un ritmo acelerado desde 1994, los recursos estatales han sido asumidos cada vez más por las élites tribales, ya sea en su calidad de líderes tribales o por su dominio de los niveles superiores de las fuerzas militares y de seguridad. Las instituciones estatales han sido principalmente un espectáculo secundario, mientras que las redes criminales y los flujos financieros que controlan han sido la clave de la política de élite³⁴.

En 1990 el norte y el sur se unieron formando La República de Yemen. Dos burocracias estatales, dos militares y dos sociedades bastante diferentes tuvieron que fusionarse.

La unificación consolidó aún más la economía política de la corrupción en Yemen.

4.1.2 Gran corrupción e inestabilidad política

La corrupción no es un problema tangencial en Yemen. Más bien, es el pegamento que mantiene las cosas en su lugar. Las élites fragmentadas se "pagan" de varias maneras a cambio de su apoyo político³⁴.

Las estructuras del estado de Yemen son tan débiles que los pagos de patrocinio a las élites dispares son un medio más efectivo de control social que las medidas institucionales. Sin embargo, como parte de un círculo vicioso, dicho sistema de patrocinio debilita aún más las instituciones estatales, lo que dificulta la construcción del estado³⁴.

La corrupción no es un problema de transición hasta que las instituciones estatales puedan suplantar el patrocinio como mecanismo para hacer las cosas.

El costo de la economía política de la corrupción en Yemen se ha vuelto prohibitivo. Un número de signos apuntan en esta dirección. Primero, los donantes han evitado apoyar a Yemen debido a la corrupción. El Banco Mundial redujo drásticamente su programa de asistencia a Yemen por este motivo, y la Cuenta del Desafío del Milenio en Yemen se suspendió debido a un retroceso en una serie de criterios, incluyendo la corrupción. La fuga de capitales de Yemen ahora supera la inversión extranjera directa en Yemen. Se ejemplificó la pérdida de confianza de los inversores en Yemen debido principalmente a la corrupción por las decisiones de los principales inversores internacionales, como la Autoridad Portuaria de Singapur, Proctor & Gamble y Cable y Wireless quienes abandonaron el país³⁴.

La corrupción es esencial para la estabilidad política a corto plazo en Yemen. El problema esencial, sin embargo, es que este sistema de control social tiene fallas fatales y se desconocen sus futuras consecuencias.

Las élites yemeníes, actuando racionalmente, tienen una principal estrategia lógica que pueden seguir para maximizar sus ganancias. Una estrategia de interés propio ilustrado obligaría a las élites de Yemen a agrandar el “pastel”: expandir el PIB de Yemen, y hacerlo sostenible. De esta manera, la corrupción, incluso en un porcentaje menor de los ingresos del gobierno, podría conducir a un mayor y más sostenible recorrido para las élites de Yemen. Para hacer esto, sin embargo, Yemen tendría que atraer niveles significativos de inversión extranjera directa y asistencia de donantes. Para lograr esto, Yemen tendría que implementar seriamente la anticorrupción integral, incluso con el riesgo político que ello conllevaría. Simultáneamente, las élites de Yemen tendrían que construir fuertes instituciones estatales que podrían reemplazar el sistema criminal en declive como un medio de control social y efectiva gobernanza. Todo esto debe estar en marcha antes de que se acabe el petróleo de Yemen³⁴.

Lo que está claro es que este es precisamente el debate y la lucha política que se está produciendo actualmente entre las élites de Yemen.

Durante el 2005 se produjeron dos intentos de reforma entre algunos elementos de la élite gobernante que reconoce que la corrupción debe ser abordada³⁴. El parlamento yemení ratificó la Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción (CNUCC) el 7 de noviembre de 2005. En el año 2006, el gobierno sacó la legislación Nacional para la Anticorrupción; la Ley de Divulgación Financiera de 2007 y la Ley Nacional de Adquisiciones de 2007. Además, el gobierno decidió unirse a la Iniciativa de Transparencia de las Industrias Extractivas (EITI) para tratar de mejorar la transparencia de los ingresos de las reservas de petróleo³⁵.

4.1.3 Formas de Corrupción en Yemen

Siguiendo la metodología de La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), para determinar el nivel de corrupción en los países, se examinan tanto las pequeñas empresas, como las administrativas, como la corrupción a mayor escala. La corrupción a gran escala en Yemen es un resultado de la combinación de las débiles instituciones estatales y las élites fragmentadas. En efecto, una abusiva relación entre las elites y los recursos del Estado, han ido alentando lo que la USAID categoriza como “mogul state” (“estado magante” en español)³⁴.

La corrupción más pequeña se ve reflejada en los sobornos entre los civiles y los trabajadores del estado para agilizar la burocracia.

Otra forma común de corrupción administrativa es la contratación de “trabajadores fantasmas” en los ministerios gubernamentales. El uso de “trabajadores fantasmas” también puede hacerse a gran escala como parte de la corrupción de la élite, por lo que es un método que vincula tanto la baja como la alta corrupción. Dicha práctica trata de la contratación de X persona sin que dicha persona tenga que presentarse al trabajo.

Sin embargo, la corrupción a pequeña como a gran escala afecta a todos los ámbitos de la sociedad, incluyendo la asistencia humanitaria.

4.1.4 Transparency International: Análisis de la corrupción en Yemen

La organización no gubernamental Transparencia Internacional publica desde 1995 el índice de percepción de la corrupción que mide, en una escala de cero (percepción de muy corrupto) a cien (percepción de ausencia de corrupción), los niveles de percepción de

corrupción en el sector público en un país determinado y consiste en un índice compuesto, que se basa en diversas encuestas a expertos y empresas³⁶.

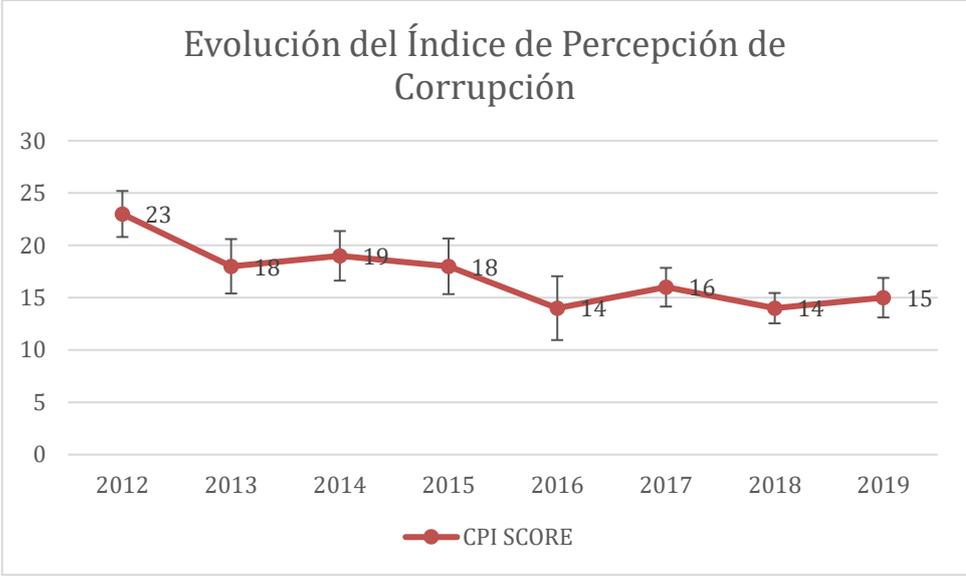


Figura 1. Evolución de Yemen en el índice de percepción de corrupción 2012-2019³⁶

Datos adquiridos a través de TI. En una escala de cero (percepción de muy corrupto) a cien (percepción de ausencia de corrupción). En el gráfico se puede observar la caída de hasta 8 puntos en el año 2016 del índice de percepción de corrupción.

A la escala CPI se le ha añadido el error estándar que oscila entre 1,45 y 3,05.

Tabla 1. Ranking percepción de corrupción de Yemen³⁶

RANKING	
2017	175
2018	176
2019	177

El índice clasifica a 180 países y territorios por su nivel de percepción de corrupción del sector público, de acuerdo con expertos y gente de negocios. Utiliza una escala de cero a 100, donde cero es “altamente corrupto” y 100 se considera “muy limpio”.

En esta tabla observamos la evolución de Yemen en el ranking de percepción de corrupción desde el año 2017 hasta el 2019. Cabe destacar que no se han encontrado datos de la posición de Yemen en el ranking hasta el 2017.

4.1.5 Sanidad, asistencia humanitaria y corrupción: un sistema que merma toda esperanza yemení

La literatura de investigación sobre sistemas de salud es amplia y existe una multitud de marcos para el análisis de sistemas de salud en diferentes contextos³⁷.

Las evaluaciones de gobernanza de lo que era un sector muy heterogéneo en Yemen antes del conflicto, sugerían una gran debilidad en el sistema de gobernanza y que la corrupción era un problema importante, a niveles de afectar las instalaciones sanitarias, especialmente con lo referido a los costes de la adquisición de consumibles³⁷.

La sanidad está garantizada por el estado como derecho para todo ciudadano bajo la constitución yemení. Históricamente, era el Ministerio de Salud Pública y Población (MoPHP) el responsable de garantizar el servicio sanitario. Sin embargo, a partir del año 2000, el Ministerio pasó a tener un papel más bien supervisor, y se hicieron cargo los 22 gobernadores del país³⁷. A raíz del comienzo del conflicto en 2015, la MoPHP en colaboración con la oficina regional de la OMS y 20 socios más, incluyendo El Comité Internacional de Médicos sin Fronteras (MSF) formaron parte del clúster de salud. Sin embargo, la efectividad de dicho mecanismo fue cuestionada, y agravado por el conflicto y la imposibilidad de ejecutar la asistencia humanitaria por la corrupción que acechaba ya el país ese mismo año, los trabajadores de MSF fueron evacuados.

Lo cierto es que no es sorprendente que la corrupción en la salud no solo tenga un presupuesto perjudicial y una gestión financiera con consecuencias serias e implicaciones para la calidad de los servicios prestados y que exista una diferencia entre la vida y la muerte para algunos pacientes. Está claro que los mecanismos internos de rendición de cuentas del Ministerio de Salud parecen ser débiles e ineficaces³⁴.

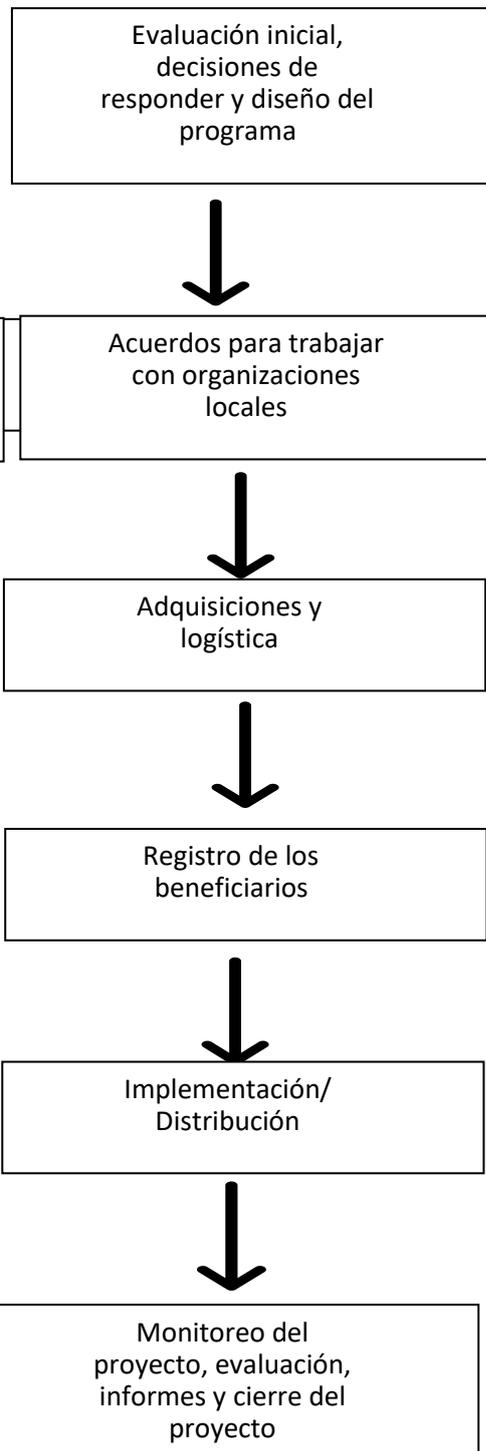
PROCESO DE ASISTENCIA HUMANITARIA

EJEMPLO DE RIESGO DE CORRUPCIÓN

SECTORES CLAVE:

- Alojamiento
- Comida y nutrición
- Salud, agua y saneamiento
- Refugiados y Desplazados Internos

Financiación, personal y administración



- Soborno de las élites/ influenciar aquellos que dirigen la evaluación de los presupuestos, para inflarlos y/o para favorecer a grupos específicos
- Respuesta selecta para mejorar la reputación organizacional
- Doble financiación: asignar los mismos costes a dos proyectos
- El personal de la agencia inventa socios
- Bienes que están por debajo del estándar o no cumplen especificaciones, son aceptados y en ultima instancia pagados a través de sobornos
- Los miembros mas importantes de la comunidad manipulan la lista de beneficiarios del proyecto
- Los beneficiarios del proyecto sobornan a la agencia para que les sigan manteniendo en las listas
- Manipulación del monitoreo de los informes
- Informes falsificados para ocultar la corrupción
- Disposición de bienes a personas favorecidas
- Monitoreo, evaluación o informes falsificados

Figura 2. Mapa del Riesgo de corrupción en la asistencia humanitaria³⁸.

El mapa de la figura 2, es un intento de mapear los riesgos de corrupción de acuerdo con las diferentes etapas de una respuesta de socorro, desde la evaluación y la recaudación de fondos hasta la adquisición, focalización, y distribución. El mapa destaca las formas en que la ayuda puede ser desviada corruptamente durante estos procesos. Claramente, el ejercicio de mapeo genérico es solo un punto de partida, y se espera que los mapas puedan ayudar a comprender los riesgos en contextos específicos y ayudar a las agencias a identificar los pasos que pueden tomar para minimizar los riesgos de corrupción. La Figura 2 ilustra el proceso típico de asistencia humanitaria. Asistencia que se utiliza como marco para desarrollar un conjunto de tablas que mapean colectivamente riesgos de corrupción.

4.2. La corrupción como determinante social de la salud en las emergencias complejas

TI sostiene, desde hace mucho tiempo, que la consecuencia más grave de la corrupción es el desvío de recursos básicos asignados a los sectores pobres. La corrupción en la ayuda humanitaria es la más condenable entre todas las formas de corrupción, ya que priva a los sectores pobres más vulnerables —las víctimas de desastres naturales y conflictos civiles— de recursos esenciales necesarios para salvar vidas. El objetivo de la asistencia humanitaria es salvar vidas y aliviar el sufrimiento de las personas en los momentos de crisis. No obstante, estos nobles propósitos no implican que las respuestas de emergencia sean inmunes a la corrupción³⁹.

La corrupción se da de muchas formas en una emergencia compleja: desde tráfico de personas, desvío de alimentos o medicamentos, sobornos burocráticos entre funcionarios y civiles, etc. Lo cierto es que la corrupción se da en tantas formas como contextos en emergencias complejas existan.

La idea principal de que la corrupción sea un determinante social de la salud- es decir, que la corrupción afecta de forma directa y/o indirecta al estado de salud de un individuo y/o grupo o comunidad, y en la resiliencia que éste tenga para afrontar la emergencia- esta paralelamente ligado con la contextualización de dicha emergencia, y por ende, con la actuación en cuanto a planes de respuesta se refiere.

A continuación, se muestran dos ejemplos de corrupción en la distribución de alimentos durante una emergencia compleja, recogidos por TI, que, con dos finales distintos, deja entrever que la contextualización para atajar la corrupción es la clave.

Caso 1

Dónde: Andhra Pradesh, India

Cuando: 2001-2002

Organización involucrada: el Gobierno de India y World Vision

Emergencia: sequía. Programa de provisión de alimentos a cambio de trabajo.

“En una medida que buscó optimizar la prestación de servicios, las determinaciones relativas a beneficiarios, pagos e identificación de los trabajos se descentralizaron y se delegaron al ámbito de la comunidad. Sin embargo, no se tuvo en cuenta la existencia de arraigadas elites locales que lograron distorsionar profundamente el proceso. La mayoría de las oportunidades de empleo fueron captadas por los jefes de las aldeas y la implementación

de los proyectos se asignó a contratistas inescrupulosos (muchos de los cuales habían pagado sobornos).

Estos contratistas compraban el arroz para el programa al gobierno a bajo costo, luego pagaban a los trabajadores el equivalente en efectivo en lugar de entregarles la ración de arroz que les correspondía, sobre la base del precio subsidiado, y vendían el arroz en el mercado a un precio muy superior. También empleaban máquinas sustitutivas de mano de obra, que alquilaban a bajo costo, y esto les daba más libertad para vender el arroz que habían adquirido. Para encubrir estas maniobras, falsificaban listas de asistencia y otra documentación⁴⁰.

Medida anticorrupción: funcionarios escoltas del transporte de los alimentos

“Luego de que se presentaran denuncias ante los medios de comunicación locales y la policía, las autoridades designaron a funcionarios que escoltarían el transporte de arroz para impedir desvíos. Sin embargo, estos funcionarios estaban demasiado ocupados con el volumen habitual de trabajo, y el monitoreo nunca se llevó a cabo”⁴⁰.

Resultado: fracaso

Conclusiones adquiridas por la organización: reconoció la importancia del proceso de MyE (Monitoreo y Evaluación), pero señaló que deben incorporarse estrictos controles contra la corrupción en el diseño de los programas.

Caso 2

Dónde: Liberia

Cuando: febrero 2007

Organizaciones involucradas: World Vision y USAID

Emergencia: conflicto violencia armada. Hambruna.

“Este organismo se enteró, de fuentes anónimas, que empleados locales de rango inferior con responsabilidades clave estaban desviando las entregas de alimentos y acumulaban suministros con fines de lucro personal”⁴⁰.

Medida anticorrupción: “reforzó el control de los programas a nivel de campo, mejoró los procedimientos de control de antecedentes durante la contratación de personal y brindó capacitación específica para ampliar la capacidad del personal local de detectar y prevenir el fraude. Asimismo, reforzó el servicio telefónico para cuestiones de integridad, disponible las 24 horas, que permite a empleados de todo el mundo efectuar llamadas confidenciales e informar actividades sospechosas”⁴⁰.

Resultado: positivo. Esta combinación de medidas funciona como una poderosa barrera de contención del desvío de alimentos.

Teniendo en cuenta, la situación de emergencia compleja crónica que afectó y afecta a Yemen durante el periodo de cólera, y los resultados adquiridos en el informe de TI, en el que afirma el nivel de corrupción del país es muy alto, se observa claramente la necesidad de atajar el problema mediante programas de

anticorrupción y transparencia. Por lo que la ausencia de medidas anticorrupción en el Plan de Respuesta Humanitaria de Yemen 2017-2018 y el Plan Integrado de Respuesta al Cólera en Yemen 2017 han hecho mella en la efectividad de la asistencia humanitaria prestada por la comunidad internacional. Por ello, se plantea la posibilidad de un futuro estudio para la creación de un proyecto de anticorrupción integrado a los protocolos de actuación.

5. Conclusiones

1. El grado de contextualización de los DSS por parte de la OMS en la intervención humanitaria, es nula.
2. Los DSS tienen un papel fundamental en la asistencia humanitaria de una emergencia compleja.
3. La corrupción es un DSS de componente social al cual no destinan suficientes fondos ni atención a la hora de intervenir en un territorio con una emergencia compleja.
4. Existe una clara correlación entre el nivel de corrupción de un país con la eficacia en la asistencia humanitaria que percibe el mismo.
5. Los protocolos de la ONU desarrollados para la intervención en Yemen no contemplan la corrupción como dimensión susceptible de componente social para la asistencia.
6. Cobra sentido la posibilidad de un futuro estudio para la creación de un proyecto anticorrupción contextualizado integrado en los protocolos de actuación de cada emergencia compleja.

6. Bibliografía

1. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. Public Health Rep Wash DC 1974. febrero de 2014;129 Suppl 2:19-31.
2. OMS | Determinantes sociales de la salud [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 29 de abril de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/es/
3. Domínguez Santamaría, Mónica. Monografía sobre los determinantes sociales de la salud [Internet]. [Cantabria]: Universidad de Cantabria; 2012. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/855/DominguezSantamariaM.pdf?sequence=1>
4. OMS. Los Hechos Probados [Internet]. España: Ministerio de Sanidad y Consumo;2003 [citado 29 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/hechosProbados.pdf>
5. Thornton RLJ, Glover CM, Cené CW, Glik DC, Henderson JA, Williams DR. Evaluating Strategies For Reducing Health Disparities By Addressing The Social Determinants Of Health. Health Aff Proj Hope. 01 de 2016;35(8):1416-23.
6. Institute of Medicine (US) Committee on Assuring the Health of the Public in the 21st Century. Understanding Population Health and Its Determinants. The Future of the Public's Health in the 21st Century. National Academies Press (US);2002 Washington D.C.: National Academies Press (US); 2002 p. 46-96.
7. BBC News. Yemen Country Profile. [Internet].2019[citado 24 de mayo de 2020]; Disponible en: <https://www.bbc.com/news/world-middle-east-14704852>
8. Instituto Español de Estudios Estratégicos . Panorama geopolítico de los conflictos 2012. Madrid: Ministerio de Defensa; 2012. 424 p.
9. AlJazeera.Yemen MPs resign over violence [Internet]2011. [citado 24 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.aljazeera.com/news/middleeast/2011/02/201122314112793183.html>
10. Central Intelligence Agency. The World Factbook. [Internet]. [citado 24 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ym.html>
11. Carey G. Why hunger rivals booms as the biggest danger in Yemen.Bloomberg [Internet]. [citado 24 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2018-10-19/how-saudis-turned-yemen-war-into-humanitarian-crisis-quicktake>
12. Boghani P. A Staggering New Death Toll for Syria's War -- 470,000. PBS [Internet]. 2006[citado 24 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.pbs.org/wgbh/frontline/article/a-staggering-new-death-toll-for-syrias-war-470000/>

13. Watson B. The War in Yemen and the Making of a Chaos State. The Atlantic [Internet].2018 [citado 24 de mayo de 2020]; Disponible en: <https://www.theatlantic.com/international/archive/2018/02/the-war-in-yemen-and-the-making-of-a-chaos-state/551987/>
14. McKernan B. Yemen cholera outbreak set to be worst on record. The Independent [Internet].2017 [citado 24 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.independent.co.uk/news/world/middle-east/yemen-cholera-outbreak-worst-on-record-health-middle-east-a7973726.html>
15. Actualidad | Salud | UNICEF[Internet]. UNICEF. 2020[citado 24 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/health/4011_newsline.html?p=printme
16. BBC News. Yemen: Food crisis could become famine this year, UN warns. Internet]. 2017 [citado 24 de mayo de 2020]; Disponible en: <https://www.bbc.com/news/world-middle-east-38767874>
17. BBC News. Yemen conflict: How bad is the humanitarian crisis? [Internet]. 2017[citado 24 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.bbc.com/news/world-middle-east-34011187>
18. What Is a Humanitarian Emergency? [Internet]. Humanitarian Coalition. 2015 [citado 24 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.humanitariancoalition.ca/what-is-a-humanitarian-emergency>
19. Sistemas N. Crisis humanitaria | InspirAction [Internet]. InspirAction[citado 24 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.inspiration.org/emergencias-y-crisis/crisis-humanitaria>
20. OMS. Humanitarian Response Plan(HRP) [Internet].2017. Disponible en: <http://online.fliphtml5.com/bucm/zsjn/#p=4>
21. ReliefWeb. Humanitarian Response Plan January-December 2018[Internet]. 2018. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/yemen/yemen-humanitarian-response-plan-january-december-2018-enar>
22. ACNUR. Directrices operacionales del IASC sobre la protección de las personas en situaciones de desastres naturales. [Internet].Bern;2011. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2011/8207.pdf>
23. La Información. UNICEF alerta de “riesgo inminente de muerte” por hambre de 1,4 millones de niños en África. [Internet]. 2017[citado 24 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.lainformacion.com/disturbios-conflictos-y-guerra/UNICEF-ALERTA-RIESGO-INMINENTE-MILLONES_0_1012098983.html
24. Yemen necesita agua [Internet]. Oxfam Intermón. 2011[citado 24 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.oxfamintermon.org/es/yemen-necesita-agua>
25. Madhok R, Al Sharafi E. El conflicto en Yemen dispara la desnutrición infantil [Internet]. UNICEF Yemen. [citado 25 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.unicef.es/blog/el-conflicto-en-yemen-dispara-la-desnutricion-infantil>

26. El Periódico. Medio millón de niños yemenís, sin escolarizar desde el inicio de la guerra [Internet]. El Periódico. 2018 [citado 25 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.elperiodico.com/es/internacional/20180327/medio-millon-ninos-yemenis-sin-escolarizar-desde-inicio-guerra-6718732>
27. Internal Displacement Monitoring Centre. Global Resport on Internal Displacement [Internet]. 2017[citado 25 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.internal-displacement.org/global-report/grid2017/pdfs/2017-GRID.pdf>
28. ReliefWeb. Joint Cholera Response Plan Yemen July 2017 [Internet]. 2017. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/yemen/joint-cholera-response-plan-yemen-july-2017>
29. Morán Fernández I. Los determinantes sociales de la salud en la actuación de la OMS: epidemia de cólera en Yemen [Internet]. 2018. Disponible en: <file:///D:/TFG/TFG%20IDOIA%20MOR%C3%81N%20FERN%C3%81NDEZ%20R.II.pdf>
30. UNICEF. Estado mundial de la infancia 2016. [Internet]2016. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf
31. ReliefWeb. Outbreak update – Cholera in Yemen, 11 October 2018 - Yemen [Internet]. 2018 ReliefWeb. [citado 2 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/yemen/outbreak-update-cholera-yemen-11-october-2018>
32. OMS. Subsanan las desigualdades en una generación : alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud : resumen analítico del informe final. [Internet]. Commission on Social Determinants of Health; 2008 p. 40. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
33. OMS | Cólera [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 9 de abril de 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cholera/about/es/>
34. USAID. Yemen Corruption Assessment [Internet].2006. Disponible en: <https://photos.state.gov/libraries/yemen/231771/PDFs/yemen-corruption-assessment.pdf>
35. World Bank. Governance and anti-corruption diagnostic survey the republic of Yemen [Internet].2010.Disponible en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/452291468340467002/pdf/705830ESW0P1170usehold0Final-Report.pdf>
36. Transparency International. Corruption Perception Index 2019.[Internet]. 2019.Disponible en: https://images.transparencycdn.org/images/2019_CPI_Report_EN_200331_141425.pdf
37. Qirbi N, Ismail SA. Health system functionality in a low-income country in the midst of conflict: the case of Yemen. Health Policy Plan. julio de 2017;32(6):911-22.

38. Ewins P, Harvey P, Savage K, Jacobs A. Reuters/ Tim Large, courtesy www.alertnet.org. :99.
39. Transparency International. Prevención de la Corrupcion[Internet]. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.olacefs.com/gsd/collect/guasyman/archives/HASH017e.dir/Prevencion%20de%20la%20Corrupcion.pdf>
40. Transparency International. Handbook Humanitarian Operations [Internet]2010. Disponible en: https://images.transparencycdn.org/images/2010_HandbookHumanitarianOperations_ES.pdf

7. Anexo

Comparación y análisis de los indicadores teóricos, de los indicadores de la OMS y los datos reales adquiridos a través de organismos oficiales, realizado en el Trabajo Fin de Grado.

FACTORES SOCIOECONÓMICOS		
INDICADORES TEÓRICOS	INDICADORES OMS (PRHY/PIRCY)	DATOS OFICIALES OBTENIDOS
Posición Socioeconómica	Población Vulnerable (niños, mujeres embarazadas y lactantes, migrantes y desplazados)	Deuda pública: +60% sobre el PIB
Condiciones generales socioeconómicas		5 millones de parados
Ambiente Laboral	Pobreza	Aid (PDS) disbursements to Yemen:
Vivienda	Falta de desarrollo socioeconómico	- Año 2010: 296,55 millones de \$
Posición social	Seguridad	- Año 2016: +700 millones de \$
Factores materiales	Acceso equitativo	+ 2 millón de personas desplazadas
Desigualdad de recursos	Rehabilitación	+2,5 millones de personas sin acceso a agua
Agua y servicios sanitarios	Población desplazada	+ 34% de la población vive en áreas rurales
	Desempleados	16 millones de personas carecen de servicio sanitario

FACTORES SOCIOCULTURALES Y POLÍTICOS		
INDICADORES TEÓRICOS	INDICADORES OMS (PRHY/PIRCY)	DATOS OFICIALES OBTENIDOS
<p>Educación</p> <p>Condiciones Culturales</p> <p>Redes sociales y comunitarias</p> <p>Instituciones políticas</p> <p>Estratificación social</p> <p>Cultura</p>	<p>Posición social</p> <p>La escolarización</p> <p>Diversos programas de salud</p> <p>Salud reproductiva</p> <p>Planificación familiar</p> <p>Role de la mujer: eje genérico</p> <p>Programas para la escolarización</p> <p>Plan Integrado de Respuesta al Cólera en Yemen no se hace mención de los indicadores relacionados con la política o la posición social, y los indicadores de DSS que se pueden observar se encuentran estrechamente relacionados con el problema bordado</p>	<p>16 puntos en el índice de percepción de la Corrupción</p> <p>Puesto 175 sobre 180 países analizados, en el Ranking de la Corrupción</p> <p>la tasa de escolarización en la educación primaria es de un 76%</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niños 80 % - Niñas 76% - 56% de los niños/as de las zonas más pobres acuden a la escuela <p>Antes del comienzo del conflicto el matrimonio infantil afectaba al 50% de las niñas yemeníes → ahora 65%</p>

FACTORES DE MORTALIDAD Y EPIDEMIOLOGICOS		
INDICADORES TEÓRICOS	INDICADORES OMS (PRHY/PIRCY)	DATOS OFICIALES OBTENIDOS
Comportamientos de salud	Acceso diferencial al sistema sanitario	No se encuentran datos de la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años
Mortalidad	Estado de salud diferencial	Casos sospechosos: + 1 millón (niños -5 años →28,8%)
Morbilidad	Vulnerabilidad y exposición diferencial	Víctimas: 2.291
Genes (edad, sexo y factores genéticos)	Condiciones de vida	Tasa de ataque nacional: 15,3%
Niñez	Transcurso de vida	Tasa de ataque nacional de la bacteria: 392.8 por cada 10.000 personas:
Deficiencia de los órganos	Atención médica y social	Foco geográfico: Amran (916); Al Mahwit (891); Al Dhale`s (639); Dhamar (535); Sanaà (535)
Enfermedades o lesiones	Nutrición	Pruebas realizadas: 53.220 (RDT); 3.988 cultivos → 26% cobertura
Facturas psicológicas	Mortalidad	
Salud en la niñez	Contagiosidad	
Agua y servicios sanitarios	Frecuencia	
	Distribución	