



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



47.º CONSEJO DIRECTIVO

58.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 25-29 de septiembre 2006

Agenda Provisional Item 8.3

CD47/34 (Esp.)

31 julio 2006

ORIGINAL: INGLÉS

INFORME DE PROGRESO SOBRE LOS PREPARATIVOS Y LA RESPUESTA FRENTE A LOS DESASTRES SANITARIOS A NIVEL NACIONAL Y REGIONAL

Desde que el Consejo Directivo estableció el Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre hace exactamente 30 años, los países han realizado avances considerables para reducir la incidencia en la salud de las principales emergencias y desastres, debido al apoyo continuo de los ministerios de salud. El tema es ahora una de las once funciones esenciales de salud pública reconocidas por los Cuerpos Directivos en 2001. Casi todos los ministerios tienen una unidad u oficina estable para el manejo de desastres. En la mayoría de los países se benefician de un decidido apoyo político, tienen una estructura permanente, así como una mínima cantidad de personal profesional a tiempo completo, poseen un presupuesto exiguo pero definido, tienen acceso directo al nivel más alto de toma de decisiones, al tiempo que tienen la responsabilidad de abarcar todos tipos de desastres (amenazas múltiples) y claramente llegan a otros sectores. En algunos países se ha marginado a las unidades para el manejo de desastres en períodos de emergencias graves debido a la falta de apoyo político previo.

Las tareas de capacitación y elaboración de material didáctico técnico y de multimedia están desplazándose cada vez más del nivel regional al nacional. La abundancia de material producido por los ciudadanos se comparte regionalmente a través del Centro Regional de Información de Desastres (CRID) que cuenta con el apoyo de la OPS/OMS. La Organización se está centrando progresivamente en promover temas nuevos o publicar documentos de interés regional más amplio. Los países han contribuido también en gran parte al Sistema de Manejo de Suministros Humanitarios (SUMA) a través del Apoyo Logístico de Multiorganismos, que está convirtiéndose en una herramienta multisectorial de interés mundial.

Una de las deficiencias principales de los países en la Región es el enfoque a menudo limitado en los riesgos inminentes o estacionales. Los preparativos de los Estados Miembros para la pandemia de influenza ejemplifican e indican las deficiencias actuales.

La OPS/OMS ha tomado varias medidas para fortalecer el mecanismo de respuesta regional en el sector de la salud, a petición del Consejo Directivo, pero también teniendo en cuenta el contexto internacional cambiante que cada vez más requiere una respuesta mundial masiva frente a los desastres de gran visibilidad. El objetivo del presente documento es complementar el equipo de respuesta regional fortalecido de la OPS/OMS con los recursos de las instituciones clave de América Latina y el Caribe, que cuentan con la pericia y la capacidad para compartir la responsabilidad por la prestación de servicios sanitarios de emergencia. El aval y apoyo de los Cuerpos Directivos es un requisito previo para este enfoque complementario y para comenzar a buscar un acuerdo formal.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Antecedentes	3
Institucionalización de una unidad u oficina para situaciones de desastres en el Ministerio de Salud	5
Fortalecimiento de la capacidad y la formación	6
Publicaciones técnicas, pautas y normas	7
Reducción de la vulnerabilidad de los establecimientos de salud: hospitales seguros	7
Retos	8
La pandemia de influenza: un caso especial	10
Mecanismo regional de respuesta	10
Limitaciones y enfoques estratégicos	11
Avances logrados hasta la fecha	12
Los próximos pasos	13
Financiamiento del mecanismo regional de respuesta	13
Sostenibilidad del esfuerzo de la OPS/OMS	14
Intervención del Consejo Directivo	14

Antecedentes

1. La Región de las Américas tiene una trayectoria de vulnerabilidad a desastres naturales, importante. Pocos países son totalmente inmunes al riesgo de terremotos catastróficos, erupciones volcánicas o sucesos climáticos (como lo puso de manifiesto la temporada destructiva de huracanes en 2005 en el Caribe y los Estados Unidos de América). La Región también tiene un historial de disturbios o conflictos que ocasionaron grandes desplazamientos de poblaciones e incidieron en la salud pública. Aunque América Latina y el Caribe no han experimentado accidentes químicos a gran escala, de la magnitud de lo ocurrido en Bhopal, India, el riesgo se está tornando cada vez más creíble.
2. Aunque el riesgo ha estado presente durante siglos, solo hasta los años setenta el sector de la salud en América Latina y el Caribe dio carácter prioritario a la preparación para los desastres. En 1976, después del terremoto en Guatemala (23.000 defunciones), el Consejo Directivo adoptó una resolución sin precedentes (resolución CD26.R11) en la que se solicita al Director de la OPS que establezca una unidad para ayudar a los ministerios de salud a realizar preparativos y planes en casos de desastre.
3. Sin embargo, aceptar que los desastres son inevitables no ha sido suficiente. En 1985, la destrucción del Hospital Juárez en el terremoto que sobrevino en la ciudad de México aumentó tardíamente la concientización de los Estados Miembros sobre la necesidad de mitigar, o prevenir completamente, la pérdida de los establecimientos de salud en momentos de mayor necesidad.
4. Por último, los huracanes Mitch y Georges de 1998, que fueron un revés para el desarrollo en los países afectados de Centroamérica y el Caribe, ayudaron a convencer a los Estados Miembros de que incluyesen la “reducción de la repercusión de las emergencias y los desastres en la salud” entre las 11 funciones esenciales de salud pública de los ministerios de salud.
5. El apoyo continuo de los ministros de salud ha permitido a las Américas desempeñar una función de liderazgo en el manejo de desastres de salud a nivel mundial. No obstante, se puede mejorar. El maremoto reciente que afectó a 12 países en Asia Meridional, en diciembre de 2004, y el terremoto en Pakistán, en 2005, ilustraron muchos retos nuevos a los que se enfrentan las autoridades sanitarias al cabo de una tragedia de gran magnitud y el flujo de asistencia abrumador sin coordinación¹. Es oportuno para la OPS/OMS y los ministerios de salud reflexionar sobre los logros colectivos así como las deficiencias e introducir los ajustes necesarios para mantener este liderazgo.

¹ En el Informe sobre desastres de 2004, el Movimiento de la Cruz Roja califica a la asistencia humanitaria como “el mayor sector mundial no reglamentado”.

6. El presente informe de progreso, presentado 30 años después de la creación del Programa de preparativos para situaciones de emergencia por el Consejo Directivo, se basa en el conocimiento de las condiciones nacionales del personal de la OPS/OMS, la visita de un consultor senior a algunos países y los resultados de dos encuestas:

- Una encuesta realizada en 2001 para medir el desempeño de los Estados Miembros conforme a la iniciativa de las funciones esenciales de salud pública. Los resultados fueron publicados en 2002² por la OPS/OMS, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) y el Centro Latinoamericano de Investigación en Sistemas de la Salud (CLAISS).
- Un cuestionario de 2006, distribuido por el Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre^{3,3} y respondido por 33 países de América Latina y el Caribe. En el documento CD47/INF/4 figuran los resultados detallados.

7. El presente informe cumple con la Resolución CD46.R14, en la que se solicita a la Directora de la OPS “que presente un informe al 47.º Consejo Directivo con respecto a los adelantos logrados”, a saber:

- a) los logrados por los Estados Miembros en cuanto a la asignación de prioridad “con la finalidad de reducir la vulnerabilidad de sus poblaciones y establecimientos de salud, así como de fortalecer los mecanismos de preparativos y respuesta frente a las emergencias de gran escala”, y
- b) los logrados por la OPS mediante “el establecimiento de un mecanismo regional para la respuesta inmediata a los desastres”.

8. En el presente informe se abordarán estos dos puntos por separado.

9. En el documento CD47/INF/4 se proporciona más información sobre los avances técnicos realizados para la reducción de los riesgos de los desastres.

² *La Salud Pública en las Américas: Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción.* Publicación científica y técnica de la OPS No 589.

<http://www.campusvirtualsp.org/eng/pub/PublicHealthAmericas/index.html>

³ En un futuro cercano, la OMS planea realizar una encuesta integral sobre los preparativos para desastres de los Estados Miembros.

Institucionalización de una unidad u oficina para situaciones de desastres en el Ministerio de Salud

10. Desde el inicio del programa, en 1976, el establecimiento formal de una unidad u oficina para el manejo de desastres en cada ministerio de salud ha sido el objetivo primordial e indicador de éxito de la OPS. Deben satisfacerse ciertos criterios a fin de que esta unidad sea eficaz:

- Un alcance que abarque desde la prevención y la mitigación hasta la coordinación de respuestas a todo tipo de emergencias de gran escala;
- Personal profesional dedicado a tiempo completo y una partida presupuestaria;
- Acceso directo y notificación a nivel de política del ministerio;
- Extensión intersectorial amplia.

11. Actualmente, 26 (79%) de los 33 países de América que respondieron el cuestionario de 2006 han institucionalizado formalmente un programa y una oficina para la reducción de desastres. En seis países, la función está asignada a otro programa o individuo. Solo un país carece de un punto focal o de algún otro arreglo especial.

12. La mayoría de las oficinas o unidades cuentan con dotaciones reducidas de personal. Solo quince de los 33 países tienen una partida presupuestaria específica para preparativos sanitarios en casos de desastres. Otros financian sus actividades mediante arreglos especiales, con lo cual se encuentran en una situación vulnerable y precaria. La OPS y la OMS vigilarán estrechamente esta situación en encuestas periódicas del estado de preparativos para situaciones de emergencia de los Estados Miembros.

13. Ha mejorado el acceso adecuado a los encargados de adoptar las decisiones, dado que ahora es inusual ver a estas oficinas sepultadas en un departamento técnico. En 19 países, este programa es parte del gabinete del ministro o de la Oficina del Director General.

14. En los 33 países, esta unidad se vincula activamente y llega a las instituciones a cargo del manejo y la reducción general de los desastres (protección civil u organización similar). La cooperación con otros actores que no pertenecen al sector de la salud, cuyo apoyo, colaboración o información son esenciales para reducir la incidencia de los desastres en la salud, varía: 25 (78%) programas de desastres se vinculan con Defensa Civil, 28 (85%) con Cruz Roja, 20 programas (61%) con el Ministerio de Medio Ambiente, 21 programas (64%) con las Fuerzas Armadas, 22 programas (67%) con Organizaciones no Gubernamentales Internacionales (ONGs) y Agencias de Naciones

Unidas; 18 (54%) con Universidades, 17 (51%) con el Ministerio de Relaciones Exteriores y unos pocos (14 – 42%) con otras instituciones.

Fortalecimiento de la capacidad y la formación

15. Los Estados Miembros ahora tienen al menos un pequeño grupo de profesionales con cierta experiencia en desastres. El grado de las actividades de formación llevadas a cabo por el ministerio de salud es verdaderamente notable. Entre los temas mejor cubiertos se encuentran la planificación de desastres hospitalarios y la atención de víctimas en masa (especialmente en el Caribe), el análisis de los daños y las necesidades, y la vigilancia epidemiológica. Las actividades de capacitación a nivel nacional e sub-nacional han contribuido a establecer una masa crítica de agentes de salud expuestos a los principios de la reducción de desastres. Este es un cambio fundamental en relación con el período inicial en el que casi todas las actividades de capacitación eran realizadas por la OPS/OMS. Las alianzas con las universidades y asociaciones profesionales son todavía moderadas, si bien están evolucionando en la Región. La participación activa de otras instituciones y sectores especializados que están interesados en este tema ha aumentado la concientización entre los múltiples protagonistas clave. La mayoría de las universidades han integrado algún aspecto de la preparación para casos de desastre en sus establecimientos de salud; sin embargo, muy pocas han diseñado cursos sobre los desastres.

16. A nivel regional, desde el año 2000 se han celebrado 11 cursos LÍDERES en las Américas destinados a mejorar los conocimientos especializados para la reducción de los riesgos para la salud en casos de desastres de una gama amplia de profesionales de nivel superior en muchos sectores. Dichos cursos se han impartido gracias al apoyo de los Estados Miembros que han proporcionado facilitadores y una red de universidades que han desempeñado una función clave en la organización y la garantía de la calidad académica. Además, los cursos un apoyo cada vez mayor por parte de los organismos asociados, tales como el UNICEF y la Federación Internacional de la Cruz Roja (FICR). Los países de América Latina y el Caribe ofrecen conocimientos especializados a través de una red de expertos nacionales, como el Grupo Asesor en Mitigación de Desastres (GAMID)⁴ y los centros colaboradores en Chile y Sao Paulo⁵.

⁴ El GAMID es un grupo informal de expertos de América Latina y el Caribe que sirven como voluntarios en ayuda de gobiernos y la OPS/OMS mediante el asesoramiento independiente en la mitigación de desastres.

⁵ Chile – Centro Colaborador de la OPS/OMS sobre Mitigación de Desastres en los Hospitales; São Paulo – Centro Colaborador de la OPS/OMS para Preparativos en Situaciones de Desastres en las Américas.

Publicaciones técnicas, pautas y normas

17. El número de publicaciones técnicas, pautas o normas formuladas o adaptadas a nivel de país aumenta rápidamente.

18. La OPS/OMS contribuirá ahora con la compilación del conocimiento acumulado en los países y producirá material científico sobre temas nuevos o sumamente especializados de interés común, como un enfoque económico. Ejemplos recientes incluyen la publicación de *Manejo de Cadáveres en Situaciones de Desastre*⁶, una guía que complementa la publicación *Protección de la Salud Mental en Situaciones de Desastres y Emergencias*, la nueva versión de *Planeamiento Hospitalario para Desastres*, con material actualizado y ampliado sobre agua potable y saneamiento y una serie de publicaciones sobre hospitales seguros. Las prioridades futuras se centrarán en la complementación de los documentos conceptuales con pautas prácticas (cómo hacerlo) y normas en respuesta a las necesidades expresadas por los estados miembros.

19. Se ha implantado un mecanismo para realizar inventarios, digitalizar y diseminar el material científico producido por los países. El Centro Regional de Información sobre Desastres (CRID), con sede en las instalaciones ofrecidas por Costa Rica, es administrado conjuntamente por la Estrategia Internacional para la Reducción de los Desastres (EIRD) y la OPS. Los países están formando, de manera progresiva pero lenta, su propia capacidad para administrar y difundir la información. Con el apoyo de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, se inició CANDHI, una red regional de centros que brindan información sanitaria en situaciones de desastres en Centroamérica. Se registraron más de 25.000 visitas a los sitios web de estos centros nacionales de información, los que están apoyados por la Biblioteca Nacional de Medicina y donantes de la Unión Europea. En los países andinos, se está planificando una iniciativa similar, lo cual refleja la capacidad de los países para obtener acceso electrónico a la información. Sin embargo, se sigue prefiriendo el material impreso⁷.

Reducción de la vulnerabilidad de los establecimientos de salud: hospitales seguros

20. En 2005, los Cuerpos Directivos (CD46.R14) solicitaron a los Estados Miembros que siguieran prestando atención prioritaria con la finalidad “de reducir la vulnerabilidad de sus poblaciones y establecimientos de salud, así como de fortalecer los mecanismos de preparativos y respuesta frente a las emergencias de gran escala”.

⁶ Conjuntamente con el Comité de la Cruz Roja (ICRC) y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja.

⁷ Encuesta realizada por la OPS/OMS en 2004.

21. Se calcula que más de la mitad de los hospitales en América Latina y el Caribe están ubicados en zonas expuestas a desastres y son inseguros. Esta situación no es exclusiva de la Región; el maremoto y los terremotos ocurridos en la India (Gujarat), Irán (Bam) y Pakistán también afectaron gravemente la infraestructura sanitaria. Los códigos de construcción para los establecimientos de salud no solo deben garantizar la supervivencia del personal y los pacientes, sino también ser lo suficientemente rigurosos para permitir la continuidad de las operaciones en los establecimientos.

22. En 1985, la destrucción del Hospital Juárez en México y la muerte de 561 pacientes y miembros del personal impulsó a la Región a lanzar una campaña de sensibilización masiva encaminada a aumentar la seguridad estructural y no estructural de los establecimientos de salud. Esta inquietud, en principio un tema regional, evolucionó hasta convertirse en una prioridad mundial en enero de 2005, el Marco de Acción de Hyogo: 2005-2015, el plan mundial detallado que surgió de la Segunda Conferencia Mundial sobre la Reducción de Desastres, celebrada en Kobe, Japón, incluyó un indicador específico sobre la reducción de la vulnerabilidad en el sector de la salud.

23. El cumplimiento de la meta de hospitales seguros requiere apoyo decidido de otros sectores, así como un compromiso financiero considerable. Debe ser una prioridad del estado, no sectorial. Lamentablemente, suele faltar el compromiso político, dado que los fondos asignados para esta finalidad siguen siendo desproporcionadamente bajos en comparación con las necesidades. Los indicadores para vigilar el financiamiento asignado para la seguridad hospitalaria, el número de análisis realizados sobre la vulnerabilidad de la ingeniería y el número de establecimientos fortalecidos se incluirán en encuestas periódicas en los países, las cuales se están elaborando junto con la OMS. La OPS/OMS forma parte de varios grupos de estudio e instituciones mundiales como la Estrategia Internacional para la Reducción de los Desastres (EIRD) y el ProVention Consortium con el propósito de contribuir a promover la importancia decisiva que tiene la reducción de los riesgos para la salud.

Retos

24. Según lo puso claramente de manifiesto el huracán Katrina, hay posibilidades para mejorar en todos los países de la Región. Los Estados Miembros hacen frente a varios retos:

- Deben fortalecerse los recursos humanos y financieros asignados a la Unidad para Situaciones de Desastres a fin de concientizar y alcanzar un nivel de preparación que satisfaga las expectativas de la población. Se requiere avanzar más para ejecutar la Resolución CD46.R14, mediante la cual se insta a los Estados

- Miembros “a que sigan prestando atención prioritaria a la asignación de recursos económicos” destinados para esta finalidad.
- En la mayoría de los países, el apoyo político prestado a las actividades de preparación debe extenderse a la respuesta en épocas de crisis de envergadura. Ocasionalmente, después de desastres en gran escala, las consecuencias políticas llevan a los encargados de adoptar las decisiones a marginar a los coordinadores capacitados para hacer frente a los desastres.
 - Los preparativos a nivel nacional deben ser igualados a nivel provincial o estatal. Los coordinadores nacionales deben desempeñar cada vez más una función normativa y de apoyo. Las intervenciones directas no coordinadas en casos de emergencia suelen debilitar las instituciones locales⁸.
 - Se debe prestar más atención para velar por la continuidad y el profesionalismo. El recambio rápido de personal clave, a menudo con cada cambio de las autoridades, sigue siendo un problema sistemático. Se necesita continuidad a raíz de la naturaleza propia del manejo de desastres, la necesidad imperiosa de experiencia previa en casos de emergencias y los sitios web de contactos externos requeridos para la coordinación adecuada. Esta continuidad sólo se logrará si el manejo de desastres es considerado un cargo especializado con sus propias exigencias de formación que se somete a concurso.
 - Deben destinarse recursos y asignarse responsabilidades para la preparación frente a acontecimientos esporádicos. Los programas tienden a centrarse desproporcionadamente en el tratamiento de las emergencias estacionales comunes. En efecto, estos desastres son una carga importante para la población y las autoridades sanitarias; también representan el punto en el que más se siente la presión del público. Sin embargo, su incidencia en la salud pública es relativamente mínima y está razonablemente bien controlada. En consecuencia, se presta atención sostenida insuficiente a los desastres de importancia poco frecuentes, pero históricamente inevitables, como los terremotos y las erupciones volcánicas, entre otros.
 - Por último, los programas nacionales de las Américas deben adaptarse al entorno humanitario internacional que cambia rápidamente. Este punto se abordará en la sección siguiente.

⁸ A nivel internacional se ha observado el mismo problema dado que las respuestas tienden a reemplazar las tareas a nivel nacional en lugar de respaldarlas.

La pandemia de influenza: un caso especial

25. La amenaza de una pandemia destaca las funciones complementarias de los expertos en enfermedades transmisibles y gerentes para situaciones de desastres. La prevención de la transmisión, la alerta temprana, el diagnóstico de laboratorio, los protocolos para tratamientos y el manejo general de casos requieren la pericia de los epidemiólogos, veterinarios y otros expertos en salud, en lugar de los conocimientos especializados de los coordinadores en situaciones de desastres. No obstante, si sobreviniera una pandemia particularmente letal, esta sería un desastre socioeconómico, sanitario y político, particularmente a la luz del temor que se ha infundido en la población y la falta de medidas de prevención y tratamiento eficaces. Es aquí donde el conocimiento especializado de las unidades para situaciones de desastres dentro de los ministerios de salud, la OPS y la OMS se vuelve decisivo. Un número considerable de países puede pasar por alto la repercusión potencialmente catastrófica de una pandemia porque los expertos nacionales de salud con demasiada frecuencia se centran principalmente en los protocolos para el diagnóstico y el tratamiento y subestiman el caos social que ocasionaría un virus de la influenza sumamente virulento e infeccioso.

26. Algunos países no tienen claro qué organismo nacional debe dirigir el manejo de una pandemia, que abarca la gestión de la salud, la agricultura, la protección civil y los desastres. Este es un dilema retórico, dado que la solución es diferente para cada fase de la pandemia: el Ministerio de Agricultura y Ganadería debe tomar la delantera durante la fase actual (fase 3); la responsabilidad principal debe pasar al Ministerio de Salud en las fases 4 y 5, cuando surge la transmisión entre las personas; y las autoridades intersectoriales para el manejo de desastres deben hacerse cargo en la fase 6 (pandemia activa).

Mecanismo regional de respuesta

27. En 2005, los Cuerpos Directivos solicitaron a la Directora de la OPS, mediante la resolución CD46.R14, que siguiera “apoyando a los Estados Miembros mediante el establecimiento de un mecanismo regional para la respuesta inmediata a los desastres”.

28. Desde que el huracán David azotó Dominica en 1979, la OPS/OMS ha mantenido un equipo de respuesta a los desastres con el propósito de evaluar las necesidades y responder con rapidez en el Caribe. Cada año, durante la temporada de huracanes, este equipo ha permanecido en estado de alerta y respondido eficazmente. No ha habido oportunidad de probarlo después de un terremoto de gran magnitud.

29. Un mecanismo de respuesta de alcance regional tendrá el mismo objetivo, es decir, ayudar a los ministerios de salud a evaluar los daños y las necesidades de emergencia en el sector sanitario e informar a la comunidad de asistencia humanitaria en consecuencia;

proporcionar alerta temprana de las posibles amenazas a la salud pública; formular prioridades de salud pública; y orientar y asesorar a los actores externos del sector sanitario. Además, el mecanismo permitirá a la OMS llevar a cabo su función propia de las Naciones Unidas como organismo principal y “proveedor de última instancia” de asistencia para el sector de la salud⁹.

Limitaciones y enfoques estratégicos

30. La respuesta a los huracanes en los países más pequeños generalmente no requiere de un gran número de expertos externos. Sin embargo, la situación será diferente en los desastres en gran escala con una respuesta internacional abrumadora que incluye cientos de ONG, equipos bilaterales de civiles y militares y numerosos contingentes de los organismos de las Naciones Unidas. Como ejemplo, los ministerios de salud estuvieron abrumados (y marginados por momentos) durante la respuesta a los desastres en Asia. Gran parte de los socorristas pasaron por alto las directrices técnicas de la OMS sobre cuestiones como hospitales de campaña y, la mayoría de las partes, incluida la OMS, cumplió con considerable dificultad cuando llegó el momento de movilizar a un número suficiente de expertos conocedores del país y de la dinámica de los desastres naturales. En la Región de las Américas se vivió una experiencia similar con el Sistema de Manejo de Suministros Humanitarios (SUMA). Durante los 15 últimos años, la OPS/OMS, con la asistencia de la Fundación (una ONG especializada) que administra el SUMA, ha capacitado a casi 3.000 voluntarios para esta tarea; no obstante, sigue siendo un desafío movilizar en un corto plazo a un equipo regional de 15 a 20 voluntarios.

31. La respuesta a los desastres de gran escala en la Región requiere un enfoque estratégico en dos etapas:

- a) Un equipo de respuesta a los desastres en el sector de la salud de la OPS/OMS integrado por funcionarios, consultores, asesores y personal trasladado temporalmente por organismos donantes¹⁰. En esta primera etapa, la OPS/OMS trataría con expertos individuales.

⁹ En 2005, el Comité Permanente entre Organismos sobre cuestiones humanitarias formuló el concepto de un conjunto de protagonistas y actividades humanitarias que serían dirigidas y coordinadas por un organismo designado del sector de la salud. La puesta en marcha directa de actividades como el “prestador de servicios de última instancia” se limitará a las actividades para las cuales la OPS/OMS tenga una ventaja comparativa definitiva. El sistema de alerta temprana es un ejemplo positivo, a diferencia de la reparación o la construcción de los establecimientos de salud.

¹⁰ Tras los desastres importantes ocurridos en otras regiones, los organismos donantes han revelado una gran voluntad para trasladar temporalmente a personal clave a los mecanismos de respuesta de las Naciones Unidas, con frecuencia como una alternativa conveniente de última instancia, dadas las grandes dificultades para atraer a expertos principales con poca antelación durante varias semanas o meses. Los países en desarrollo de la Región estuvieron sub-representados y perdieron la oportunidad de adquirir experiencia.

- b) Un mecanismo entre los países que moviliza la solidaridad generosa de los países vecinos y de la Región en su totalidad. En esta etapa se ofrecería, de una manera coordinada, un número importante de expertos que aumentarían sustancialmente el equipo movilizado en la primera etapa. Para tal fin, la OPS/OMS trabajaría con los ministerios de salud, Protección Civil y otras instituciones clave principalmente de la Región. Esta segunda etapa será sumamente decisiva en los desastres de envergadura para los cuales podría necesitarse un gran número de recursos humanos para cualquier tarea.

Avances logrados hasta la fecha

32. En los 12 últimos meses se ha avanzado en la planificación operativa de la primera etapa. Se ha identificado y capacitado a un número limitado de individuos y se están distribuyendo internamente procedimientos de trabajo normalizados para su examen. La Organización es una de las pocas instituciones que no cobra gastos de apoyo a los programas por fondos extrapresupuestarios recibidos para emergencias.

33. También se han implantado mecanismos de coordinación. Se fortaleció el Grupo de Trabajo para Desastres de la OPS, creado después del huracán Mitch, y se suministrarán los medios para establecer un Centro de Operaciones de Emergencia en el edificio de la Sede. Este centro se vinculará estrechamente con el establecido por el ministerio de salud del país afectado. También ayudará a la OPS a desempeñar mejor su función coordinadora en apoyo del mecanismo de respuesta interamericana, dado que será un lugar fácilmente accesible para la celebración de las reuniones de coordinación en situaciones de desastres de la Organización de los Estados Americanos.

34. Por último, se está reestructurando internamente el Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre. La responsabilidad operativa del mecanismo regional de respuesta se está trasladando de la Sede a la Representación de la OPS/OMS en Panamá, donde un número cada vez mayor de organismos humanitarios y de las Naciones Unidas tienen sedes regionales (el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Oficina de las Naciones Unidas de Coordinación de Asuntos Humanitarios, la Unidad Panamericana de Respuesta a Desastres de la FICR, la EIRD, etc.). Cada vez más se instará a las sedes de la OPS y la OMS a desempeñar una función de apoyo, dado que las funciones clave de la gestión y la coordinación de información (informes de situación, orientación de donantes, sitio web) se llevarán a cabo tan cerca del sitio donde ocurra el desastre como sea posible.

Los próximos pasos

35. A nivel administrativo, deben intensificarse los esfuerzos para facilitar el reclutamiento rápido de expertos (seguro, documentos de viaje, etc.) y la adquisición de suministros humanitarios. A continuación deberán realizarse los cambios pertinentes al Manual de la OPS/OMS.

36. En el caso de desastres de gran magnitud, será necesario instar formalmente a que las instituciones de los Estados Miembros suministren asistencia. Se propone que los Estados Miembros (en particular aquellos que necesitan estar mejor preparados¹¹) ayuden a la OPS/OMS a señalar las instituciones en condiciones de firmar convenios formales para aceptar la responsabilidad parcial o exclusiva de llevar a cabo una tarea o función determinada. Dado que estas tareas y funciones requieren conocimientos especializados sobre salud, así como el apoyo general (tecnología y gestión de la información, comunicaciones, logística, etc.), las instituciones nacionales externas al sector de la salud también podrían proporcionar asistencia valiosa. Esta asistencia dependerá de la magnitud del desastre.

37. A fin de avanzar más en esta dirección, se necesitará el aval formal de los Cuerpos Directivos. Sin un compromiso político fuerte de los Estados Miembros y procedimientos administrativos flexibles, será improbable que un mecanismo de alcance verdaderamente regional tenga éxito.

Financiamiento del mecanismo regional de respuesta

38. La preparación para el mecanismo regional de respuesta y el refuerzo de la capacidad de aceleración de la Organización serán financiados por los programas ordinarios o extrapresupuestarios. Una respuesta en situaciones de emergencia no puede esperar a que se movilicen fondos; debe empezar inmediatamente después de un desastre. Cuando se requiere el apoyo regional técnico, la velocidad es esencial.

39. Se requerirán las siguientes fuentes regionales de fondos:

- a) Adelantos del Fondo de Emergencia para Situaciones de Desastres establecido en 1976 para movilizar el mecanismo de respuesta sin dilación. Este Fondo solo adelanta dinero en efectivo conforme a promesas de contribución de los donantes. Durante el último decenio, el costo anual promedio de las actividades de mitigación superó levemente la cantidad de US\$ 3,5 millones. Las actividades de

¹¹ Un beneficio adicional pero sumamente importante para los países de América Latina y el Caribe es el valor para la preparación de la formación que se impartirá al Equipo de respuesta a los Desastres y de la experiencia obtenida durante la respuesta.

mitigación en el último bienio alcanzaron \$11,3 millones. El Fondo es la única fuente de financiamiento inmediato y se ha capitalizado con \$400.000 en los primeros años de su creación. Además, ha permitido la respuesta inmediata, pero en vista del tamaño cada vez mayor de las operaciones es todavía insuficiente para iniciar todas las actividades necesarias de respuesta en el terreno para prestar ayuda a los Estados Miembros. Treinta años después, se recomienda aumentar el Fondo en \$1 millón mediante la búsqueda de fuentes de financiamiento internas o externas.

- b) Apoyo en especie de los Estados Miembros. Esto podría realizarse con la cobertura del costo del personal que ponen a disposición del mecanismo regional de respuesta. Se solicita respetuosamente el aval de los Cuerpos Directivos.
- c) Fondos extrapresupuestarios reembolsables proporcionados por la comunidad internacional.

Sostenibilidad del esfuerzo de la OPS/OMS

40. Durante decenios, las contribuciones extrapresupuestarias generosas de muchos gobiernos han posibilitado los resultados logrados a nivel regional. Sin embargo, esta situación es precaria. De acuerdo con la recomendación de que los Estados Miembros aumenten su compromiso financiero con sus *propios* programas, las actividades regionales básicas para esta función esencial de la salud pública se integrarán cada vez más en el presupuesto ordinario de la Organización.

Intervención del Consejo Directivo

41. Se solicita al Consejo Directivo que:
- a) tome nota del presente informe de progreso sobre los preparativos y la repuesta frente a los desastres sanitarios en los ámbitos nacional y regional.
 - b) inste a los Estados Miembros a que respalden el mecanismo regional de respuesta de la OPS/OMS en el sector de la salud mediante el ofrecimiento de recursos humanos y financieros; la recaudación sistemática y periódica de datos usando formatos uniformes que permitan vigilar el progreso en materia de preparativos para casos de desastre y la reducción de los riesgos en los niveles nacional y regional; y apoyo financiero, según se especifica en el informe sobre los progresos realizados, para aumentar el Fondo para Emergencias de la OPS/OMS.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



47.º CONSEJO DIRECTIVO

58.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 25 al 29 de septiembre de 2006

Punto 8.3 del orden del día provisional

CD47/INF/4 (Esp.)
2 de agosto de 2006
ORIGINAL: INGLÉS

INFORME DE PROGRESO SOBRE LOS PREPARATIVOS Y LA RESPUESTA FRENTE A LOS DESASTRES SANITARIOS A NIVEL NACIONAL Y REGIONAL

En 1976, hace 30 años, los ministerios de salud del continente americano respaldaron la resolución CD24.R10¹ relativa a la creación de una unidad de preparativos y respuesta para casos de desastre tanto en la Sede como a nivel de país. Esta resolución representó la primera indicación formal de un cambio de enfoque que consistió en pasar de un sistema ad hoc de respuesta a los desastres a un enfoque centrado en preparativos para casos de desastre. Tras esa resolución visionaria para el sector de la salud ha habido un progreso constante en los preparativos para casos de desastre. Sin embargo, estos adelantos nunca se han medido sistemáticamente.

La presente encuesta, llevada a cabo por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en respuesta a una solicitud de los ministerios de salud del continente americano de informar sobre el estado de los preparativos para casos de desastre y las actividades de reducción de riesgos en la Región, demuestra que, desde 2006, casi todos los países americanos han adoptado medidas formales en los ministerios de salud para mejorar continuamente sus preparativos y la reducción de riesgos. En este documento se examina el estado de los preparativos para casos de desastre y la reducción de riesgos a partir de una serie de preguntas cualitativas que fueron respondidas por los coordinadores de los servicios de salud para casos de desastre designados en los ministerios de salud de cada país de la Región. Aunque esta encuesta tiene limitaciones, el informe representa el primer intento de describir objetivamente la realidad actual en la Región.

Una de las conclusiones principales de la encuesta es que casi todos los países de la Región tienen algún tipo de oficina o programa de desastres. Otros resultados clave muestran la vulnerabilidad de los Estados Miembros a los peligros naturales, así como el porcentaje de la población que vive en zonas en riesgo. En lo que concierne al estado del programa de desastres, los resultados indican el posicionamiento del programa en el ministerio de salud, así como la dotación de personal, las asignaciones presupuestarias para los preparativos y las actividades de respuesta y las funciones principales de la oficina de desastres. Por último, los resultados también muestran el progreso realizado en el marco de la iniciativa de los hospitales seguros en los Estados Miembros de la Región. En último término, estos resultados proporcionan datos de partida para medir el progreso futuro en la Región y evaluar las áreas que requieren mejoras en las oficinas y los programas de desastres actuales.

¹ Mediante la resolución CD24.R10 sobre la asistencia de emergencia a los países de las Américas se estableció la Unidad de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre por medio de un llamamiento al Director para que “establezca en la Oficina Sanitaria Panamericana una ‘Unidad de Desastres’ que se encargue de definir la política de la Organización”.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Introducción	3
Metodología y validez de los datos.....	3
Limitaciones del estudio	4
Resumen de las características de los peligros naturales en las Américas	5
Tipo y frecuencia de los desastre en los países según EM-DAT.....	5
Resultados y análisis de las respuestas recibidas.....	6
Capítulo 1: Características de los peligros naturales	6
Número de establecimientos de salud afectados por desastres naturales en los últimos treinta años	6
Porcentaje de la población general que vive en zonas en riesgo	7
Porcentaje de los establecimientos de salud y hospitales ubicados en zonas de riesgo de desastres.....	7
Capítulo 2: Institucionalización	8
Institucionalización del manejo de desastres en el ministerio de salud a nivel nacional	8
Institucionalización del manejo de desastres en el sector de la salud a nivel subnacional.....	9
Posicionamiento de la oficina nacional de servicios de salud para casos de desastre	9
Personal de tiempo completo para el manejo de los servicios de salud en casos de desastre	10
Países con un presupuesto específico para el manejo de los servicios de salud en casos de desastre	11
Capítulo 3: Funciones y responsabilidades.....	11
Funciones formales de la oficina o unidad de servicios de salud para casos de desastre	11
Capítulo 4: Capacidad de respuesta	12
Planificación de los servicios de salud para casos de desastre y los equipos de respuesta	12
Recursos financieros y suministros de urgencia	13
Capítulo 5: Coordinación y alianzas para la mitigación y los preparativos	13
Coordinación con instituciones sanitarias y de otros tipos.....	13
Capítulo 6: Recursos humanos para el manejo de desastres.....	14
Capacitación en el manejo de desastres	14
Capítulo 7: Mitigación: hospitales seguros.....	15
Conclusiones.....	16

Introducción

1. El 46.º Consejo Directivo (septiembre de 2005, resolución CD46.R14³) solicitó a la OPS que informara sobre el progreso realizado por los Estados Miembros en la asignación de prioridad “con la finalidad de reducir la vulnerabilidad de sus poblaciones y establecimientos de salud, así como de fortalecer los mecanismos de preparativos y respuesta frente a las emergencias graves”.
2. Hasta mediados de los años setenta no había un mecanismo regional de respuesta ni un enfoque técnico regional mutuamente acordado con la finalidad de preparar a los países para responder mejor a los desastres de una manera coordinada. En la reunión de 1976 del Consejo Directivo de la OPS, los ministros de salud expresaron en la resolución CD24.R10 su acuerdo en el sentido de que los países podrían y deberían estar mejor preparados para responder a los desastres. Esta resolución sencilla fue el primer paso para cambiar el enfoque del sector de la salud en las Américas, pasando de una respuesta ad hoc a un enfoque más sistemático. Aunque la mayoría de los expertos en desastres reconocen el progreso realizado en la Región, no existe una documentación sistemática que dé una idea objetiva de los adelantos logrados.
3. Con la finalidad de informar sobre el progreso en el campo de la gestión de riesgos, así como los preparativos y la respuesta para casos de desastre, el Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre de la OPS (PED) preparó un cuestionario para los ministerios de salud de 39 Estados Miembros y territorios de las Américas, que se envió a través de las representaciones de la OPS/OMS en los países en marzo de 2006. El presente informe contiene un análisis de los datos recopilados de las encuestas de 33 países que respondieron al cuestionario.

Metodología y validez de los datos

4. En marzo de 2006 se enviaron cuestionarios a todos los ministerios de salud de las Américas, incluidos los de Canadá y Estados Unidos de América. Estos cuestionarios fueron respondidos entre marzo y julio de 2006, principalmente por los coordinadores de los programas de desastres designados en los ministerios de salud. De los 39 cuestionarios, 33 fueron contestados y validados. Los resultados, tabulados y analizados, se presentan en este documento. Hasta la fecha, seis países no han devuelto el cuestionario: Antigua y Barbuda, Guyana, Jamaica, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, y Venezuela.

³ <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd46.r14-s.pdf>

5. El cuestionario contenía 59 preguntas agrupadas en siete capítulos de la siguiente manera: 1) caracterización de los peligros naturales, 2) institucionalización, 3) funciones y responsabilidades de la unidad u oficina de desastres, 4) capacidad de respuesta, 5) coordinación y alianzas para la mitigación y los preparativos, 6) recursos humanos para el manejo de desastres y 7) mitigación: hospitales seguros.

6. En general, los países no tuvieron problemas para responder a la mayoría de las preguntas. Sin embargo, se observaron algunas incongruencias. Las respuestas de varios países se referían a su sistema nacional de respuesta a desastres (la entidad general de coordinación nacional) en vez del sistema de respuesta a desastres del sector de la salud. En otros casos, las preguntas requerían mayor precisión, ya que las respuestas no se referían claramente a lo que se solicitaba. En esos casos fue necesario aclarar las respuestas solicitadas por medio de los puntos focales de la OPS para desastres (funcionarios de la OPS en cada oficina de país a cargo de los preparativos para casos de desastre y la reducción de riesgos) en la Región, a fin de aclarar la información proporcionada.

7. De las 59 preguntas de la encuesta, este informe se centra en las preguntas que se respondieron más claramente y proporciona un análisis de las que mejor caracterizan la situación de los países en lo que concierne a la respuesta a los desastres⁴. Las preguntas omitidas probablemente no cambien el panorama general del estado de los preparativos para casos de desastre y la reducción de riesgos en la Región.

Limitaciones del estudio

8. Debido al poco tiempo que tuvieron los países para responder al cuestionario, algunas respuestas estaban incompletas o no fueron objeto de una consideración exhaustiva, particularmente en lo que respecta a la caracterización de los peligros naturales en la Región y a los preparativos y la capacidad de respuesta en los países. Es más, para los datos que recibimos, algunos países no especificaron la fuente de la información.

9. La falta de datos de partida sobre el estado actual de los preparativos para casos de desastre y la respuesta en el sector de la salud es otro problema que dificultó la formulación del cuestionario, ya que no hay datos con los cuales se pueda comparar el progreso. Debido a la complejidad del tema de los desastres, evaluar las políticas y las actividades en la Región en materia de desastres fue sumamente complicado. Es más, los países de la Región son extremadamente variados y difieren en cuanto al tamaño de la

⁴ Preguntas omitidas: 1 y 3 del capítulo I; 22-28, 30 y 32-34 del capítulo IV; 43 y 46 del capítulo VI; y 56 y 58 del capítulo VII.

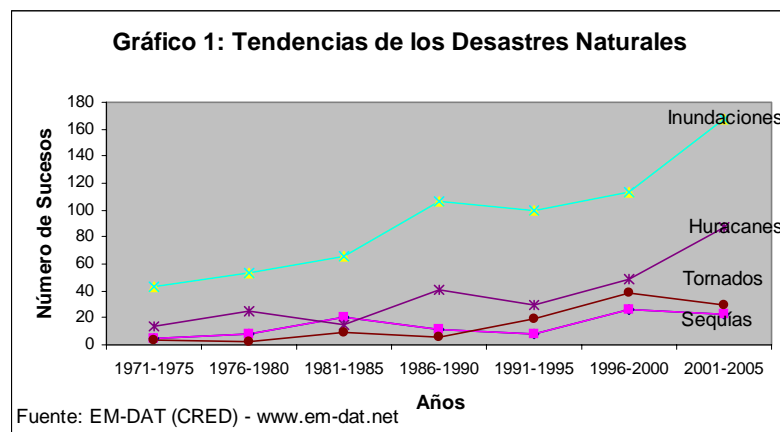
población, el desarrollo económico y, lo que es más importante, la estructura organizativa de cada país. Los cuestionarios no estaban respaldados por material explicativo, como un glosario, que habría ayudado a obtener respuestas más objetivas y uniformes.

Resumen de las características de los peligros naturales en las Américas

10. La base de datos sobre desastres EM-DAT⁵ del Centro de Investigación sobre Epidemiología de los Desastres (CRED), fuente fidedigna de datos sobre desastres internacionales, nos permitió describir brevemente el panorama regional de los principales desastres ocurridos entre 1977-2005. Los datos de EM-DAT se usaron para calcular el promedio de desastres en la Región durante el período especificado.

Tipo y frecuencia de los desastres en los países según EM-DAT

11. Desde 1970, la Región ha experimentado un gran número de sucesos destructivos. Sin embargo, el número de peligros naturales difiere de un país a otro. En resumen, se ha observado la siguiente frecuencia: las sequías representan 3,66% del total de los sucesos; los terremotos, 5,76%; las epidemias, 3,29%; las inundaciones, 23,46%; los deslizamientos de tierra, 3,95%; las erupciones volcánicas, 1,88%; los maremotos y las marejadas, 0,11%; los huracanes, 9,45%; las tormentas de viento y los tornados, 12,06%; las tormentas tropicales, 1,45%; y las nevadas, 2,24%.



⁵ EM-DAT contiene datos básicos esenciales sobre la frecuencia y los efectos de más de 12.800 desastres de gran magnitud que se han producido en el mundo desde 1900 hasta la actualidad. Los datos han sido obtenidos de diversas fuentes, entre ellas organismos de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales, compañías de seguros, institutos de investigación y agencias de prensa (www.em-dat.net).

12. Los datos sobre sucesos destructivos en la Región ocasionados por el hombre son los siguientes: los accidentes de transporte representan 20,64% del total; los incendios, 3,55%; y los accidentes industriales, 5,24%.

13. Durante el período examinado, el número de desastres aumentó en forma sostenida, lo cual se refleja en la frecuencia de los sucesos por decenio. La tendencia general de ciertos tipos de desastre en las Américas durante los últimos treinta años se ilustra en el gráfico 1, que indica que la frecuencia de los desastres, en particular las inundaciones, ha aumentado en los últimos decenios. Por ejemplo, en las Américas observamos las siguientes tendencias:

- Entre 1971 y 1975 se produjeron cinco sequías en promedio. En comparación con el período de 2001 a 2005, en el cual las sequías representaron 23 desastres en promedio, esta cifra es casi el cuádruplo. Se calcula que, desde los años setenta hasta la actualidad, el aumento de la frecuencia de las sequías ha sido de 360%.
- El número de huracanes subió de un promedio de 14 entre 1971 y 1975 en 10 países de la Región a un promedio de 24 entre 2001 y 2005 en 28 países. En este período se notificaron 87 desastres ocasionados por huracanes. Esto refleja un aumento de 521% en la frecuencia de los desastres desde los años setenta.
- Las inundaciones ascendieron en promedio a 43 entre 1971 y 1975 y llegaron a 167 en promedio entre 2001 y 2005. Esto refleja un aumento de 288% en la frecuencia desde los años setenta.

14. Como no hay ninguna indicación de que esta tendencia quizá cambie, la Región debe estar mejor preparada para enfrentar los desastres.

Resultados y análisis de las respuestas recibidas

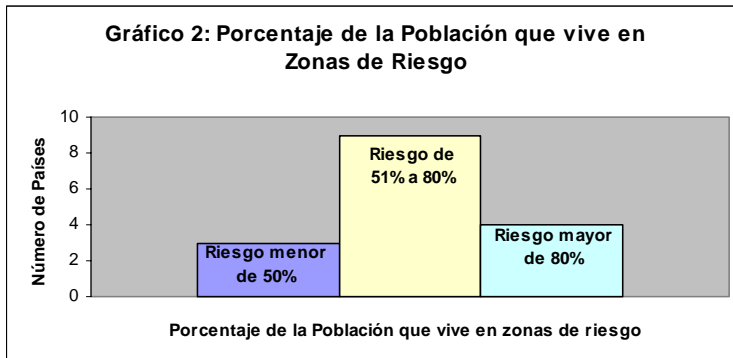
Capítulo 1: Características de los peligros naturales

Número de establecimientos de salud afectados por desastres naturales en los últimos treinta años

15. De los 33 cuestionarios respondidos, 18 países respondieron a la pregunta relacionada con los establecimientos de salud afectados. Según los resultados de la encuesta, 1.961 establecimientos de salud de América Latina y el Caribe fueron afectados por desastres en los últimos treinta años, aunque es posible que algunos establecimientos hayan sido afectados varias veces tras de su reconstrucción después de haber sufrido daños. Actualmente, según los cálculos de la OPS, hay 16.000 establecimientos de salud en la Región. Por consiguiente, se puede llegar a la conclusión de que, si los países no

erraron en la notificación, en los últimos treinta años uno de cada ocho establecimientos de salud en las Américas fue afectado en algún momento.

Porcentaje de la población general que vive en zonas en riesgo

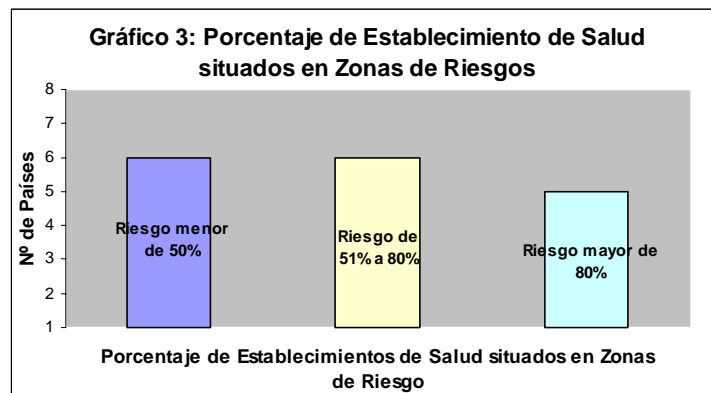


16. De los 33 cuestionarios respondidos, 16 países respondieron a la pregunta con respecto al número y el porcentaje de la población que vive en zonas en riesgo. En esos 16 países, se calcula que 73% de la población, en promedio, vive en zonas en riesgo. Aunque menos de 50% de la población de tres

países vive en zonas en riesgo, entre 51% y 80% de la población de nueve países vive en zonas en riesgo, y en cuatro países más de 80% de la población vive en zonas en riesgo.

17. Cabe mencionar que, a pesar de que habíamos indicado categorías de riesgo al analizar la respuesta a esta pregunta, nuestras categorías se refieren a valores muy “subjetivos”. La explicación más razonable es que los riesgos todavía se perciben de otro modo. Por ejemplo, ninguno de los ministerios de salud ha preparado una lista bien documentada de la vulnerabilidad a los riesgos. Incluso para una amenaza como los terremotos, no hay acuerdo entre los planificadores de los servicios de salud para casos de desastre con respecto al momento en que la población comenzaría a correr riesgo según la escala de Mercalli.

Porcentaje de establecimientos de salud y hospitales ubicados en zonas de riesgo de desastres



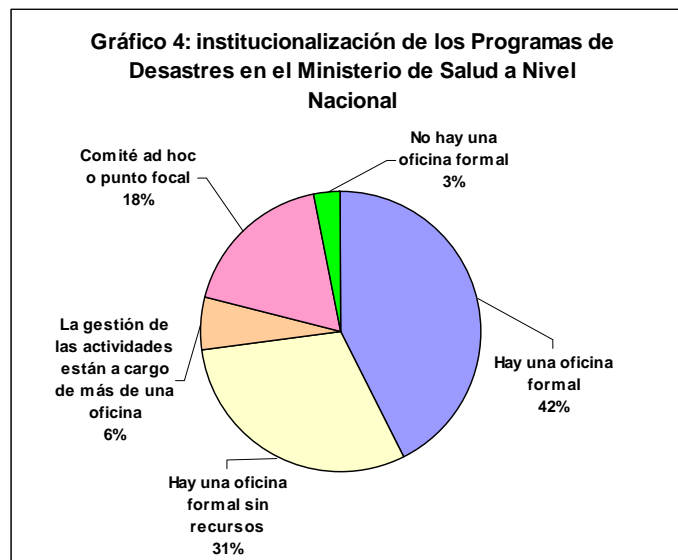
18. Según los datos proporcionados por 17 países, se calcula que 67% de los establecimientos de salud de los países de América Latina y el Caribe que respondieron al cuestionario están en zonas de riesgo de desastres. Aunque el cálculo de este riesgo está relacionado con la ubicación geográfica de los establecimientos de salud (comunidades humanas cercanas), los países que respondieron a la pregunta anterior no fueron siempre los mismos que respondieron a esta pregunta.

19. De las 17 respuestas proporcionadas en las encuestas se desprende que cinco países tienen más de 80% de sus establecimientos en zonas en riesgo y seis tienen menos de 50% de sus establecimientos en zonas en riesgo. Los seis restantes tienen entre 51% y 80% de sus establecimientos en zonas en riesgo.

20. Algunas respuestas se basan en estudios de vulnerabilidad, mientras que otras se basan en la ubicación de los establecimientos de salud (mapas de riesgo del país). Los datos generales indican que los países calculan que la mayoría de los establecimientos de salud generalmente corren riesgo.

Capítulo 2: Institucionalización

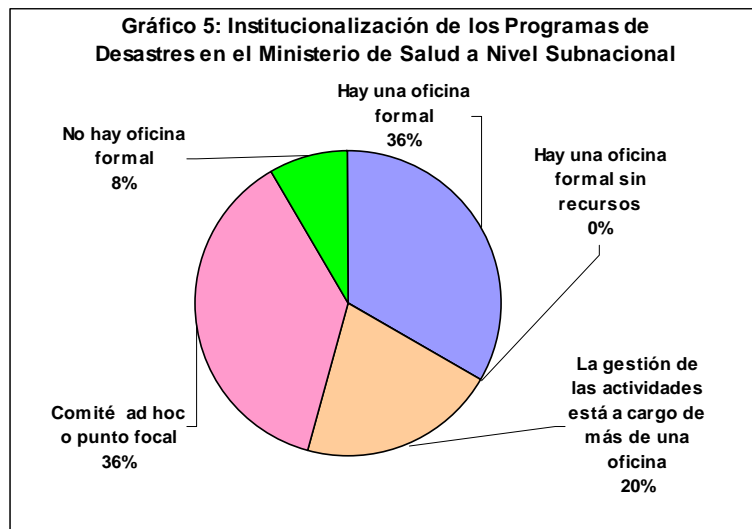
Institucionalización del manejo de desastres en el ministerio de salud a nivel nacional



21. Noventa y seis por ciento de los ministerios de salud de las Américas tienen programas de desastres a nivel nacional. Todos los países grandes (con más de 20 millones de habitantes) encuestados tienen una oficina formal de desastres en el ministerio de salud. Eso significa que el país tiene una oficina bien establecida, con

personal de tiempo completo asignado específicamente, y que se han asignado recursos financieros específicos. La mayoría de los países con menos de 500.000 habitantes tienen comités ad hoc o puntos focales en el gobierno a cargo de los asuntos relacionados con desastres. Sin embargo, hay algunos países o territorios pequeños (con menos de 500.000 habitantes) que tienen una oficina de desastres formalmente establecida: Belice, Islas Vírgenes Británicas, Islas Caimán, Martinica, Guadalupe y Guayana Francesa.

Institucionalización del manejo de desastres en el sector de la salud a nivel subnacional



22. De los 33 encuestados, 25 respondieron que tienen algún tipo de función relacionada con desastres a nivel subnacional, pero sólo nueve de ellos tienen una oficina formal que trabaja en este nivel. Cuatro territorios (Islas Caimán, Martinica,

Posicionamiento de la oficina nacional de servicios de salud para casos de desastre

23. Casi 60% de los países han asignado la oficina de servicios de salud para casos de desastre al ministerio de salud, a nivel de gabinete ministerial, secretario permanente o



o dirección general. Dado que la función principal de estas oficinas es coordinar la respuesta del sector de la salud en casos de desastre, es importante que tengan acceso directo e inmediato a los niveles decisivos a fin de obtener el apoyo político

necesario para movilizar la mayor capacidad posible del ministerio de salud, así como para coordinar con otras instituciones, tanto dentro como fuera del sector de la salud. En otras palabras, la posición del programa de desastres en la estructura orgánica del ministerio de salud no solo proyecta la importancia que el ministro da el tema, sino que también permite prever la probabilidad de que dicho ministerio movilice eficazmente al resto del sector de la salud.

Personal de tiempo completo para el manejo de los servicios de salud en casos de desastre

Países	Personal de tiempo completo
Bahamas, Barbados, Belice, Dominica, Saint Kitts y Nevis, Suriname, Trinidad y Tabago	0
Brasil, Cuba, Haití, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Nicaragua, Martinica-Guadalupe-Guayana Francesa, Paraguay, República Dominicana, Uruguay,	1-5
Anguila, Bolivia, Chile, Costa Rica, El Salvador, Ecuador, Granada, Guatemala, Honduras, Panamá	6-10
Argentina, Canadá, Colombia, México, Perú	> 11

24. Hay grandes diferencias entre países en el número de personal dedicado a los asuntos de desastres. Por ejemplo, Canadá tiene 185 empleados en el centro de emergencia, mientras que los territorios más pequeños tienen sólo puntos focales a tiempo parcial. De los 33 países encuestados, siete dijeron que no tienen personal de tiempo completo. De los países que respondieron, 25 tienen personal de tiempo completo asignado para tales

finés. Once países tienen entre una y cinco personas que trabajan a tiempo completo en la oficina de desastres a nivel central.

25. Diez países, o sea, 30% de los encuestados, tienen entre 6 y 10 personas que trabajan a tiempo completo en la oficina de desastres y cinco países, o sea, 15% de los encuestados, tienen más de 12 personas trabajando en la oficina de desastres a nivel central.

26. El manejo de desastres está convirtiéndose en un campo de especialización. Ahora hay programas universitarios y de posgrado que otorgan títulos que se exigen en medida creciente para puestos nacionales e internacionales. Además, debido a la mayor complejidad del manejo de los desastres a nivel nacional, se necesita como mínimo un funcionario de tiempo completo a nivel central. Sin embargo, eso es difícil de justificar en los territorios más pequeños. En el caso de los países con un número mayor de personal asignado a la oficina de desastres, eso se explica por el hecho de que algunos

programas de desastres pueden incluir servicios de urgencia u otras actividades muy similares en estas oficinas.

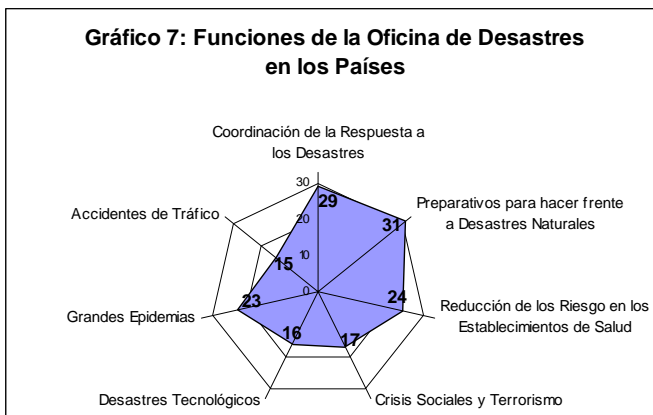
Países con un presupuesto específico para el manejo de los servicios de salud en casos de desastre

27. De los 33 países encuestados, 15 (45% del total) tienen un presupuesto específico asignado a su oficina de desastres. Cinco países y territorios (Costa Rica, Honduras, Islas Vírgenes Británicas, Islas Turcas y Caicos y Paraguay) han asignado entre US\$ 11.000 y US\$ 89.000 a sus programas de desastres. Cuatro países (Argentina, Colombia, México y Perú) han asignado recursos financieros que van de US\$ 817.000 a US\$ 2,7 millones. Con US\$ 20 millones, Canadá tiene el mayor presupuesto de todos los países encuestados de las Américas sin contar Estados Unidos.

28. En el cuestionario, algunos países respondieron que tienen una partida presupuestaria asignada por el ministerio de salud, pero no indicaron la cantidad. Estos países son Brasil, Chile, Cuba y las Islas Caimán. Chile indicó también que el presupuesto asignado incluye los sueldos del personal.

29. Las asignaciones presupuestarias por 1.000 habitantes difieren mucho según el tamaño de la población. Por ejemplo, en islas pequeñas, como las Islas Vírgenes Británicas y las Islas Turcas y Caicos, se asigna más dinero per cápita que en países más grandes tales como Argentina, México y Perú. Sin embargo, en estos datos influye mucho el hecho de que en la encuesta sólo se pidió que se indicara el presupuesto gastado por el programa nacional de desastres. Esta cifra representa sólo lo que se notificó a la administración de la entidad central y no refleja con exactitud lo que se gastó por habitante, especialmente en los países que tienen un sistema de presupuestación descentralizado.

Capítulo 3: Funciones y responsabilidades



Funciones formales de la oficina o unidad de servicios de salud para casos de desastre

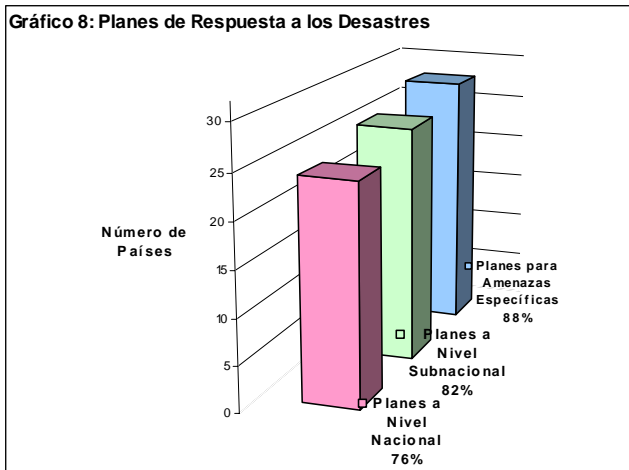
30. De los 33 países encuestados, 31 respondieron a la pregunta sobre las funciones formales de la oficina de servicios de salud para casos de desastre, y todos ellos indicaron que una de las funciones de su oficina de desastres

consiste en los preparativos para hacer frente a desastres naturales.

31. Veintinueve oficinas de servicios de salud para casos de desastre, que representan 88% de los países encuestados, tienen la responsabilidad de coordinar la respuesta del sector de la salud tras los desastres naturales. Sin embargo, eso no ocurre en algunos países; por ejemplo, en Guatemala y Paraguay esta responsabilidad no corresponde al programa de servicios de salud para casos de desastre, sino que formalmente esta tarea es coordinada de forma directa por el gabinete del ministro de salud. En 24 países, o sea en 73% de las oficinas de servicios de salud para casos de desastre, se lleva a cabo una labor de reducción de riesgos (mitigación y reducción de la vulnerabilidad) en los establecimientos de salud.

32. Casi 70% de las oficinas de servicios de salud para casos de desastre tienen la responsabilidad de la coordinación en casos de brote epidémico grave, mientras que la respuesta a los accidentes de tráfico también es una de las funciones de 45% de las oficinas. Más de la mitad de los ministerios de salud (52%) han asignado a sus oficinas de desastres la responsabilidad de coordinar la respuesta del sector de la salud a las crisis sociales, el terrorismo y los desastres tecnológicos.

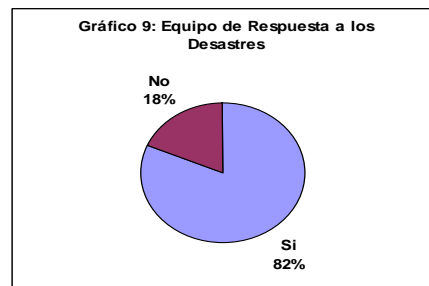
Capítulo 4: Capacidad de respuesta



luego son aprobados formalmente por las autoridades sanitarias. Ochenta y ocho por ciento de los países que respondieron al cuestionario tienen también planes de contingencia para riesgos específicos.

Planificación de los servicios de salud para casos de desastre y los equipos de respuesta

33. Setenta y seis por ciento de las oficinas de servicios de salud para casos de desastre de los países que respondieron al cuestionario tienen planes nacionales y subnacionales para casos de desastre, lo cual significa que los planes para hacer frente a diversas amenazas se preparan con la participación de otras unidades del ministerio de salud u otros sectores y



34. Ochenta y dos por ciento de los países dicen que tienen equipos de servicios de salud para casos de desastre a nivel nacional o subnacional. Todos los países que tienen planes integrales para hacer frente a múltiples amenazas también tienen equipos de servicios de salud para casos de desastre, con la excepción de Bolivia y Granada, que tienen un equipo de respuesta pero no un plan para responder a múltiples amenazas.

Recursos financieros y suministros de urgencia

35. Los 33 países respondieron a la pregunta sobre los recursos financieros y los suministros de urgencia para responder a los desastres. En ese sentido, 58% de las oficinas de servicios de salud para casos de desastre han asignado recursos financieros específicamente a las operaciones de respuesta a los desastres. Subsiste la preocupación por la otra mitad de las oficinas, que no han asignado recursos específicos para responder a los desastres. Sin embargo, en casos de desastre el ministerio de salud u otras fuentes, como el financiamiento externo, pueden proporcionar estos fondos de emergencia.



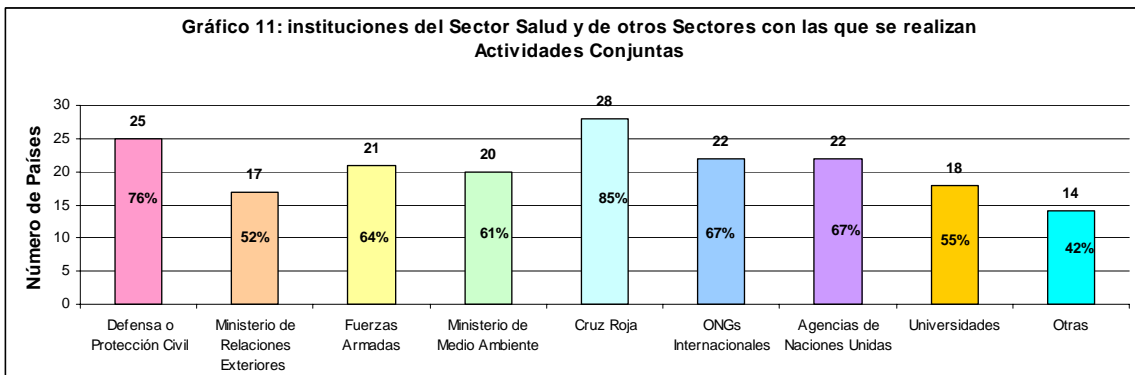
los suministros de urgencia para responder a los desastres. En ese sentido, 58% de las oficinas de servicios de salud para casos de desastre han asignado recursos financieros específicamente a las operaciones de respuesta a los desastres. Subsiste la preocupación por la otra mitad de las oficinas, que no han asignado recursos específicos para responder a los desastres. Sin embargo, en casos de desastre el ministerio de salud u otras fuentes, como el financiamiento externo, pueden proporcionar estos fondos de emergencia.

embargo, en casos de desastre el ministerio de salud u otras fuentes, como el financiamiento externo, pueden proporcionar estos fondos de emergencia.

36. Setenta y dos por ciento de los ministerios de salud tienen reservas de medicamentos y suministros de urgencia para responder a desastres. Sin embargo, seis países no tienen recursos financieros para la respuesta de los servicios de salud en casos de desastre ni reservas de suministros de urgencia. Estos países son Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití y Honduras.

Capítulo 5: Coordinación y alianzas para la mitigación y los preparativos
Coordinación con instituciones sanitarias y de otros tipos

37. Una de las actividades más importantes de las oficinas de desastres es la coordinación con otras instituciones dentro y fuera del sector de la salud.

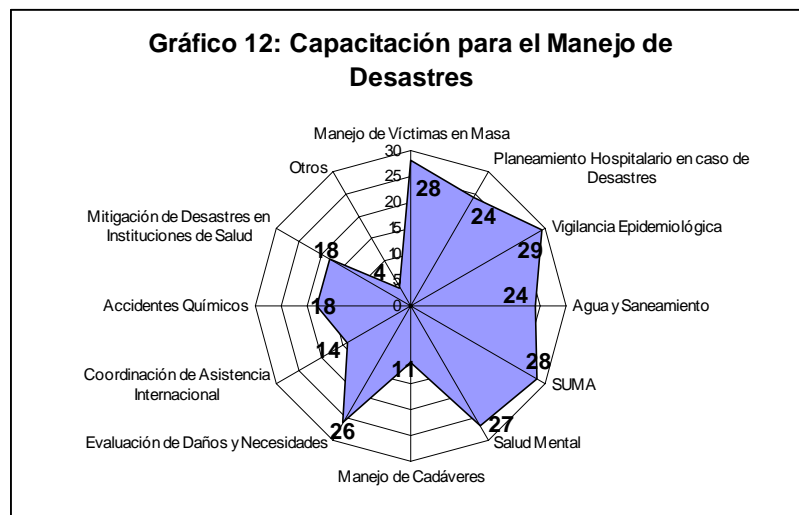


Afortunadamente, todas las oficinas de servicios de salud para casos de desastre, con sólo una excepción (Ecuador), afirmaron que coordinan con otras instituciones de salud los preparativos para casos de desastre y la mitigación de sus efectos. La mayoría de ellos también coordinan y llevan a cabo actividades conjuntas con diversas instituciones de otros sectores, entre ellos la defensa civil o protección civil, la Cruz Roja, organismos de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales internacionales y las fuerzas armadas, entre otros.

38. Aunque los porcentajes son altos, habíamos previsto que 100% de los programas de desastres actuales, cuya función primordial es la coordinación, llevarsen a cabo actividades conjuntas al menos con la institución nacional encargada de hacer frente a los desastres. La coordinación de la respuesta a los desastres con otros actores clave, como la Cruz Roja, las fuerzas armadas y otros interesados directos, es también muy importante.

Capítulo 6: Recursos humanos para el manejo de desastres

Capacitación en el manejo de desastres



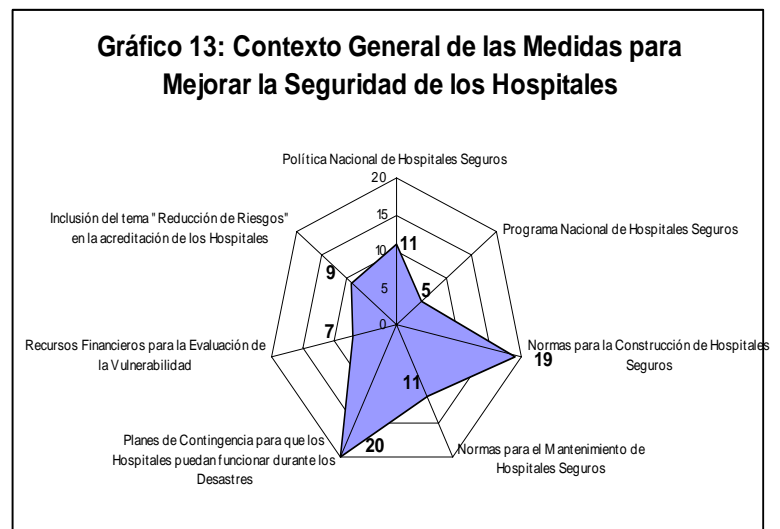
39. La mayoría de las oficinas de servicios de salud para casos de desastre organizan, coordinan, promueven o participan en actividades de capacitación del personal de salud a nivel tanto nacional como subnacional. En los casos en que se ofrecen estos tipos de capacitación, los temas principales son la atención de víctimas en masa, la vigilancia epidemiológica, la administración de suministros humanitarios, la evaluación de los daños y las necesidades, la salud mental, agua y saneamiento, y la planificación en los hospitales para hacer frente a desastres.

40. La capacitación es una necesidad básica y continua para los preparativos y la mitigación porque hay una necesidad constante de examinar conceptos que evolucionan con rapidez. La falta de capacitación en determinados campos, como el manejo de cadáveres, podría atribuirse a la novedad del tema, pero otros temas tales como los accidentes químicos o la mitigación de los efectos de los desastres en los establecimientos de salud reflejan la falta de apoyo o de promoción del tema a nivel nacional. Otros temas, como la epidemiología en los desastres, la salud mental y el agua y el saneamiento, son más conocidos en la Región, lo cual probablemente sea la razón de su institucionalización.

41. Los 33 países encuestados informaron que sus universidades tienen programas formales de capacitación en manejo de desastres a nivel de pregrado y 40% lo han incluido como componente del programa de estudios de posgrado. Sin embargo, también es posible que más universidades tengan cursos formales de los cuales el programa de desastres del ministerio de salud nacional no esté al tanto. Los cuestionarios no se proponían recabar información sobre la capacitación informal a corto plazo que las universidades puedan ofrecer. Sin embargo, en las preguntas sobre la capacitación no se hacía una distinción entre los desastres y las situaciones de emergencia. El número de cursos formales ofrecidos en la Región indica que se está capacitando a un gran número de profesionales en este campo.

Capítulo 7: Mitigación: hospitales seguros

42. El 45.º Consejo Directivo aprobó la resolución CD45.R8⁶ sobre hospitales seguros, que posteriormente fue respaldada a nivel mundial en la Conferencia Mundial sobre la Reducción de Desastres y adoptada en Kobe, Hyogo (Japón), en enero de 2005⁷. En el Marco de Hyogo para la acción 2005-2015: aumento de la capacidad de recuperación de las naciones y las comunidades tras los desastres, se exhorta a las naciones a que integren la planificación de la



⁶ Resolución CD45.R8, "Preparación y respuesta frente a los desastres"

(<http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd45.r8-s.pdf>)

⁷ <http://www.un.org/spanish/conferences/wcdr/2005/>

reducción de los riesgos de desastres en el sector de la salud y promuevan la meta de los “hospitales seguros frente a desastres”, cerciorándose de que todos los hospitales nuevos se construyan con un grado de resistencia que refuerce su capacidad para seguir funcionando en situaciones de desastre y de que se apliquen medidas de mitigación para reforzar los establecimientos de salud existentes, en particular los que proporcionan atención primaria de salud.

43. Actualmente, 11 países tienen una política nacional en materia de hospitales seguros y están llevando a cabo actividades de mitigación o la institución nacional encargada de hacer frente a los desastres está participando en este tema. La mayoría de los países tienen normas específicas para la construcción de hospitales y la planificación en los hospitales para responder a los desastres, pero carecen de recursos financieros para evaluar la vulnerabilidad y aplicar las normas relativas al mantenimiento. El proceso de acreditación de hospitales no incluye la reducción de riesgos como una categoría. Por consiguiente, este tema no se aborda en la mayoría de los países.

44. En vista de estos resultados, es necesario seguir promoviendo y ejecutando la iniciativa de los hospitales seguros en los establecimientos de salud existentes y nuevos a fin de ayudar a los países a alcanzar la meta de los hospitales seguros para 2015. Actualmente, en 13 de los países que respondieron al cuestionario (39%), la organización nacional encargada de responder a los desastres participa en la iniciativa de los hospitales seguros. La OPS/OMS usará la campaña de 2008 de los hospitales seguros, en el marco de la Estrategia Internacional para la Reducción de los Desastres, como base para acelerar los esfuerzos en este campo.

Conclusiones

45. Los países de la Región presentan diferentes tipos de vulnerabilidad y ningún país de la Región es inmune a los peligros naturales, mucho menos a las amenazas tecnológicas, las luchas civiles, el terrorismo o aun las amenazas biológicas, incluidas las epidemias. La frecuencia de los desastres en los países encuestados sigue la tendencia mundial general, que ha aumentado en el período analizado (de 1970 a 2005). Las inundaciones y las sequías aumentaron 324% en promedio, mientras que los huracanes aumentaron 521% en ese período.

46. El número de desastres y las poblaciones afectadas sólo puede aumentar ya que los países están reconociendo nuevos tipos de amenazas todos los días. La OPS apoya firmemente la propuesta de que los planes de respuesta o los programas de reducción de riesgos abarquen todas las amenazas que existen en cada país. Las respuestas también ilustran la necesidad de un acuerdo universal sobre las amenazas presentes en cada país y

la necesidad de que los programas de desastres del ministerio de salud tengan mejor acceso a los mapas de amenazas.

47. Algunas de las respuestas a esta encuesta carecen de precisión y algunas preguntas no se respondieron. En algunos casos eso se debe a la formulación de la pregunta, pero en otros probablemente se deba a que el encuestado no disponía de información. Cabe preguntarse si se puede esperar una planificación adecuada de la respuesta cuando no se dispone de datos fidedignos sobre la magnitud exacta y la fecha de los sucesos. Algunos de los resultados más significativos de la encuesta son los siguientes:

- Tres cuartas partes de la población de los países vive en zonas en riesgo. Este alto porcentaje es motivo de preocupación y requiere un análisis más minucioso de estas zonas.
- Se calcula que dos terceras partes de los establecimientos de salud están en zonas en riesgo. Será necesario analizar el grado de vulnerabilidad para determinar la probabilidad de que estos establecimientos puedan funcionar después de un desastre.
- Casi todos los ministerios de salud de los países de América Latina y el Caribe incorporan el tema de los desastres en su estructura orgánica. En los países de la Región, el tamaño de un país está correlacionado con el tipo de oficina de desastres y con la presencia de personal dedicado a esta tarea a tiempo completo en el país. A este respecto, los países con más de 500.000 habitantes tienen generalmente una oficina formal y personal que trabaja a tiempo completo en este campo a nivel nacional. En los países con menos de 500.000 habitantes hay comités ad hoc o puntos focales a cargo de los desastres. En los territorios más pequeños, sin personal de tiempo completo y en el marco del mercado común de CARICOM, se debería examinar la posibilidad de designar un funcionario de tiempo completo que se encargue de varias islas.
- Menos de la mitad de las oficinas de desastres de los ministerios de salud no están coordinadas directamente por el ministro de salud. Eso es preocupante en la medida en que en esos países es poco probable que el personal reciba capacitación especial para responder a los desastres o tenga una participación suficiente en los altos niveles donde se toman decisiones políticas para ser útil en la coordinación de la respuesta a los desastres.
- Sólo la mitad de los países de la Región tienen un presupuesto específico asignado a actividades en el ministerio de salud. Tener una partida presupuestaria específica no es un requisito absoluto para financiar el programa de desastres, pero es útil para tener una visibilidad adecuada y el apoyo político apropiado en la institución.

- Hay grandes diferencias en las asignaciones presupuestarias para los programas de desastres a nivel central.
- El presupuesto para la respuesta es menos importante que el presupuesto para los preparativos, ya que la mayoría de los países asignan presupuestos para la respuesta cuando se produce el desastre. Sin embargo, cabe destacar que la mitad de las oficinas de servicios de salud para casos de desastre cuentan con recursos económicos para responder a los desastres. Ese presupuesto no parece guardar relación con el nivel de riesgo al cual están expuestos los países ni con los planes de contingencia existentes en el país.
- Varios países de la Región tienen planes nacionales y subnacionales para hacer frente a desastres. Sin embargo, 24% de los países no tienen planes nacionales para hacer frente a múltiples amenazas.
- La función principal de un programa de respuesta a los desastres es coordinar con otros organismos conexos, instituciones del gobierno y, en particular, la defensa nacional. Nos preocupa en particular que 20% de los países no informen sobre actividades conjuntas con otras entidades nacionales de coordinación de la respuesta frente a los desastres y que más de 30% no informen sobre actividades conjuntas con instituciones de salud ejecutoras tales como la Cruz Roja.
- Actualmente, las oficinas de desastres de los ministerios de salud tienen en cuenta marginalmente las crisis sociales, el terrorismo, los desastres tecnológicos y los accidentes de tráfico como parte de su mandato. Por consiguiente, estos temas deben abordarse en la próxima reunión de coordinadores de servicios de salud para casos de desastre.
- De conformidad con el Marco de Hyogo para la acción adoptado recientemente, los países están tomando medidas para ejecutar la iniciativa de los hospitales seguros. La encuesta muestra la necesidad de tener un solo método común de calificación para medir la vulnerabilidad de los establecimientos y la probabilidad de que sigan prestando servicios de salud después de un desastre. Esto permitiría el monitoreo a nivel nacional y la presentación de informes sobre la Estrategia Internacional para la Reducción de los Desastres (EIRD) con respecto al progreso realizado en el marco de la iniciativa de los hospitales seguros.

48. La encuesta demuestra que los 33 países que han devuelto el cuestionario han tomado muchas decisiones y organizado actividades para mejorar sus preparativos y reducir los riesgos. Aunque este progreso representa un adelanto importante en el campo de los preparativos para casos de desastre, todavía hay muchas áreas que requieren una atención sostenida.

49. Esta encuesta constituye el primer informe integral y objetivo del estado de los preparativos y la respuesta para casos de desastre en la Región. Sin embargo, también

revela que la mayoría de las decisiones tomadas por los jefes de los programas de desastres en los ministerios de salud todavía no se basan en hechos sino en “instinto o percepciones”. En una reunión regional de coordinadores de servicios de salud para casos de desastre realizada en Lima en mayo de 2006, estos representantes se comprometieron a medir sistemáticamente el progreso, lo que ayudará a cambiar la forma en que se manejan los desastres en la Región. Ese compromiso abre el camino para formular programas regionales más coherentes y sostenibles de preparativos para casos de desastre y reducción de riesgos. Esta encuesta es el primer paso para medir el progreso en la Región.

- - -