



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



49º CONSELHO DIRETOR

61ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 28 de setembro a 2 de outubro de 2009

Tema 4.18 da Agenda Provisória

CD49/22 (Port.)
19 de agosto de 2009
ORIGINAL: ESPANHOL

MESA REDONDA SOBRE HOSPITAIS SEGUROS

Hospitais Seguros: Uma meta a nosso alcance

Introdução

1. Deficiências diárias na prestação dos serviços de saúde que podem ser administradas através de medidas como encaminhamento de pacientes a outros estabelecimentos. Porém, em emergências de grande magnitude, serviços essenciais de saúde, aqueles que salvam vidas, precisam ser mantidos.
2. Hoje, mais de 67% dos quase 18.000 hospitais da América Latina e Caribe estão localizados em áreas de maior risco de ocorrência de desastres. Muitos destes hospitais foram interditados em decorrência de terremotos, furacões e inundações de grandes proporções. Ao longo dos anos, o impacto dos desastres sobre os serviços de saúde tem impedido que mais de 45 milhões de pessoas recebam atenção médica hospitalar, e as perdas econômicas diretas causadas pela destruição da infraestrutura e de equipamentos provavelmente excederam \$4 milhões nos últimos 25 anos. Os serviços ociosos de emergência podem representar a diferença entre a vida e morte. Por exemplo, em consequência do terremoto que assolou o Peru em 2007, a cidade de Pisco (com quase 100.000 habitantes) perdeu mais de 97% de seus leitos hospitalares; 595 pessoas morreram, e 1.295 pacientes tiveram que ser evacuados por meios de transporte aéreo aos hospitais em Lima.
3. Embora o argumento social, político e econômico em prol de manutenção do funcionamento hospitalar após desastres tenha muito peso por si só, o próprio setor de saúde apresenta uma justificativa ainda melhor. Os custos da administração hospitalar na América Latina e Caribe representam aproximadamente 70% dos orçamentos dos Ministérios da Saúde, e a maioria dos fundos cobrem os salários dos funcionários. Em áreas isoladas e nas pequenas nações insulares, verifica-se com frequência a existência de

somente um hospital. A desativação deste representaria uma perda de 100% na prestação de serviços hospitalares.

4. Porém, a natureza em si não causa o colapso hospitalar. A construção de novos hospitais sem levar em consideração os riscos e as catástrofes naturais, aliada à deterioração gradual da infraestrutura sanitária existente—ou à falta de manutenção desta—cria vulnerabilidades e contribui para a destruição da infraestrutura de saúde e para a morte dos pacientes. As ameaças tendem a ser naturais, porém a vulnerabilidade dos estabelecimentos e o risco resultante não são.

5. Esta Mesa Redonda é uma resposta à necessidade de facilitar e promover uma discussão ampla e aprofundada com as autoridades sanitárias dos Estados Membros sobre o impacto socioeconômico, as lições aprendidas e as estratégias bem-sucedidas para atingir a meta de obtenção de segurança hospitalar tanto nas instalações de serviços de saúde existentes como nos novos projetos de investimentos em saúde.

Antecedentes

6. O 45º Conselho Diretor adotou a Resolução CD45.R8 que resolve no parágrafo 2: “Instar os Estados Membros a adotarem a política nacional de redução de risco “Hospitais Seguros dos Desastres”; estabelecerem a meta de que todos os novos hospitais sejam construídos com um nível da proteção que garanta melhor seu permanecer funcional no evento de situações de desastre; e implantem medidas de mitigação apropriadas que reforcem os serviços de saúde existentes, em particular os serviços primários de saúde.”

7. A Conferência Mundial das Nações Unidas para a Redução de Desastres aprovou o Marco de Ação de Hyogo para o período 2005–2015, no qual os 169 países participantes adotaram a meta de que, em 2015, todos os países devem: “Integrar o planejamento de redução de risco de desastre no setor da saúde; promover a meta dos Hospitais Seguros de Desastres.”

8. A Estratégia Internacional das Nações Unidas para a Redução de Desastre (EIRD) decidiu organizar uma Campanha Mundial de Redução de Desastres 2008-2009. A Campanha teria como tema Hospitais Seguros dos Desastres. O objetivo é abordar as questões relacionadas aos desastres, assinalando que se trata de uma iniciativa complexa que requer a colaboração de todos os setores, inclusive das instituições financeiras, visando auxiliar os hospitais na capacitação de seu pessoal para resistirem a fenômenos naturais e se manterem operacionais em caso de desastres.

9. A 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana adotou a Resolução CSP27.R14 denominada “Hospitais Seguros: Iniciativa regional para serviços de saúde com

capacidade de recuperação em situação de calamidade” e concordou: “Instar os Estados Membros a: [...] Apoiar ativamente a campanha de segurança hospitalar EIRD de 2008-2009 [...] e a solicitar à diretora que:

- a) Crie novos instrumentos para avaliar a probabilidade de que os serviços de saúde continuem funcionais durante e após um desastre e ajudar os Estados Membros na implementação destes instrumentos;
- b) Apoie os países na documentação e no compartilhamento das boas práticas, bem como a avançar na iniciativa de Hospitais Seguros;
- c) Promova e fortaleça a coordenação e a cooperação junto a organismos regionais e sub-regionais relacionados com a questão dos desastres.

10. A Organização Mundial da Saúde dedicou o Dia Mundial da Saúde de 2009 ao melhoramento da segurança das instalações de saúde e à preparação dos profissionais de saúde para auxiliar as populações afetadas por emergências e desastres.

Objetivos

- Avaliar o impacto socioeconômico dos desastres sobre a saúde e identificar estratégias e fontes de financiamento para reduzir os riscos em hospitais;
- Dividir as lições aprendidas na execução da iniciativa Hospitais Seguros nos Estados Membros;
- Fortalecer a coordenação e cooperação entre o setor da saúde, as agências de mitigação de desastres e outros setores para atingir a meta de hospitais seguros até 2015.

Estrutura da mesa redonda

Hospitais Seguros: uma meta a nosso alcance	
<i>Apresentação de ideias fundamentais</i> (20 minutos): <i>A segurança hospitalar é mais que uma questão médica. Dr. Claude de Ville de Goyet.</i>	
Painéis de discussão: (90 minutos)	
Painel de discussão #1	
Assunto:	Como pode ser obtido financiamento para melhorar a segurança hospitalar?
Moderador:	Presidente, Conselho Diretor
Apresentação do tema de discussão:	Sra. Myriam Urzúa, Comissão Econômica para América Latina e o Caribe (CEPAL)

Guia de discussão:	<ul style="list-style-type: none"> • Impacto socioeconômico dos desastres na saúde. • Análise custo-benefício de investir em segurança hospitalar. • Estratégia e fontes de financiamento para o setor da saúde visando disponibilizar serviços de saúde seguros em caso de desastre.
Painel de discussão #2	
Assunto:	Lições aprendidas na implementação de programas nacionais de segurança de hospitais
Moderador:	Vice-presidente, Conselho Diretor
Apresentação do tema de discussão:	Dra. Caroline Chang, Ministra da Saúde, Equador
Guia de discussão:	<ul style="list-style-type: none"> • Análise crítica do processo para implantar programas nacionais de segurança de hospitais. • Sinergia com outras iniciativas e processos em andamento: segurança dos pacientes, saúde ocupacional, cirurgias seguras, credenciamento, etc. • Utilidade de aplicação do Índice de Segurança de Hospital e da lista de verificação referente a Hospitais Seguros. • Esforços coordenados entre diversas unidades do setor de saúde e instituições.
Painel de discussão #3	
Assunto:	Quem é de fato responsável pela proteção dos hospitais em caso de desastre?
Moderador:	Vice-presidente, Conselho Diretor
A apresentação do tema de discussão:	Sra. Laura Gurza, Coordenadora Geral, Sistema de Proteção Civil, México
Guia de discussão:	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidade dos sistemas nacionais de prevenção e auxílio no caso de desastre e a atuação do setor da saúde em relação à segurança hospitalar em caso de um desastre. • Diagnóstico, acompanhamento e mecanismos de monitoração para a segurança das instalações de saúde em caso de emergências e de desastres. • Estratégias e experiências bem-sucedidas nas Américas para atingir a meta Hospitais Seguros até 2015.
Relatórios	
Relatórios conjuntos dos relatores: Os três relatores dos três painéis de discussão reúnem e preparam um relatório conjunto.	

<i>Apresentação do relatório na sessão plenária</i> (10 minutos)	Dr. Jean Luc Poncelet, Gerente, Setor de Prontidão para Emergência e Assistência em Caso de Desastres apresenta o relatório durante sessão plenária de Conselho Diretor.
Participantes e convidados	
Delegados oficiais dos Estados Membros para o Conselho Diretor	
Delegados das organizações internacionais, inclusive: <ul style="list-style-type: none">• Organização dos Estados Americanos (OEA)• Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID)• Fundação Pan-Americana de Desenvolvimento (PADF)• Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura (IICA)• Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL)• Banco Mundial (BM)• Centro de coordenação para a prevenção e redução de desastres naturais na América Central (CEPREDENAC)• Comitê Andino para Prevenção e Alívio de Desastres (CAPRADE)• Organismo Caribenho de Resposta de Emergência em Casos de Desastres (CDERA)• Estratégia Internacional para Redução de Desastres (EIRD)• Organismos de cooperação: Escritório Americano de Assistência a Desastres no Estrangeiro (OFDA), Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional (ACDI), Departamento Britânico para o Desenvolvimento Internacional (DFID), Organismo Sueco de Cooperação para o Desenvolvimento Internacional (OSDI), Organismo Espanhol de Cooperação para o Desenvolvimento Internacional (AECID), Escritório da Comissão Europeia para Ajuda Humanitária (ECHO), etc.	

Apresentação

10. Os Estados Membros são convidados a discutir as experiências bem-sucedidas e o progresso alcançado na execução da Iniciativa Hospitais Seguros nos seus respectivos países.

11. Os gráficos, os materiais impressos e o material audiovisual serão apresentados nas zonas adjacentes às salas da sessão do Conselho Diretor.

Anexo

DOCUMENTO ¹ BASE PARA A MESA REDONDA SOBRE HOSPITAIS SEGUROS

Hospitais Seguros: Uma meta a nosso alcance

1. Introdução

1. Nos 36 últimos anos, desastres prejudicaram severamente as condições humanas e econômicas na América Latina e no Caribe—mais de 114.000 pessoas morreram e mais de 47 milhões foram afetadas, a maioria composta por grupos populacionais que já vivem em condições precárias de moradia, renda, educação e de outros indicadores sociais. O impacto econômico dos desastres não só inclui destruição e danos físicos dos ativos, do capital e da infraestrutura (totalizando quase US\$ 53 bilhões no período de 36 anos) como também perdas derivadas dos prejuízos, representando mais de \$32 bilhões em valor atual. Isso significa um custo médio anual próximo a \$7 bilhões.²

2. O setor da saúde e em particular infra-estrutura sanitária, também foi afetado pelas perdas. Mais de 67% dos quase 18.000 hospitais da América Latina e no Caribe estão localizados em áreas de alto risco de desastres. Muitos ficaram inoperantes após grandes terremotos, furacões e inundações. Durante os últimos 25 anos, o impacto dos desastres nos serviços de saúde impediu que mais de 45 milhões de pessoas recebessem atenção médica em hospitais, e as perdas econômicas diretas pela destruição da infraestrutura sanitária e de equipamentos é provavelmente superior a \$4 bilhões.

3. As perspectivas futuras não são encorajadoras. Na medida em que aumenta a população das áreas mais vulneráveis e que a mudança climática afeta o nível do mar, a gravidade ou frequência das inundações e tempestades deve aumentar, bem como o grau de risco de desastres sobre os sistemas de saúde.

1.1 Níveis de proteção contra riscos

4. Aceita-se que a infraestrutura crítica como hospitais e escolas podem e devem estar protegidos dos perigos. Porém, há diferentes níveis de proteção. O nível um, Proteção de Vida, é o nível mínimo exigido pra uma estrutura para que esta não desmorone. O nível dois, Proteção de Investimentos, protege a totalidade ou parte da infraestrutura e dos equipamentos, embora o estabelecimento propriamente dito possa deixar de funcionar. O nível três, Proteção de Operações, visa prevenir que os ocupantes de uma determinada instalação venham a ser feridos ou que a infraestrutura incorra danos

¹ Devido limitações na extensão dos documentos dos Órgãos Diretores, este documento foi condensado. A versão original está disponível por meio de solicitação.

² Baseado nos cálculos da Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL).

onerosos, bem como manter a capacidade funcional da instalação. Este é o nível exigido para as instalações essenciais de saúde.

5. A definição da OPAS para hospital seguro é baseado no nível três de proteção. No início, hospital seguro teria sido definido como “uma instalação de saúde cujos serviços ficam acessíveis, funcionando com capacidade máxima e na mesma infraestrutura, durante e imediatamente após o impacto de um perigo natural”.³ Mais recentemente, o escopo foi ampliado para incluir não só a proteção contra perigos naturais como também após qualquer “desastre de grande escala ou emergência”.⁴

1.2 Definição de “hospital seguro”

6. Diversos fatores influenciam na segurança de um hospital no evento de desastres. Geralmente estes incluem fatores não estruturais, estruturais e funcionais.

- a) **Estruturais:** Incluem a escolha do local, a natureza do solo e as normas e técnicas de construção. Trata-se de elementos de competência de engenheiros, arquitetos e outros cientistas.
- b) **Não estruturais:** Incluem danos a elementos que não sejam os de sustentação de um edifício como as paredes, tetos falsos, iluminação, assim como a queda ou o deslocamento de equipamentos, materiais ou suprimentos. Embora o dano de elementos não estruturais possa não ameaçar a integridade estrutural do estabelecimento, este tipo de ocorrência pode incapacitar o estabelecimento por um período prolongado.
- c) **Funcionais:** Esta categoria inclui a proteção de todos os serviços essenciais para a prestação de assistência médica (que varia desde a existência de vias de acesso em condições aceitáveis à disponibilidade de água, energia elétrica e suprimentos) e o nível de preparação do estabelecimento de saúde (que varia desde a existência de planos de emergência e procedimentos a ensaios e simulações).

7. Para que os hospitais sejam seguros é necessário que as três categorias de fatores sejam abordadas. Por si só, a preparação das equipes de um serviço de saúde para atender a casos de emergência ou catástrofes é fútil caso o estabelecimento não esteja operacional durante a situação de emergência ou, ainda mais trágico, caso os bem treinados profissionais de saúde forem vítimas.

³ CE140/13 (Port.) 2007.

⁴ Folheto Hospitais à Prova de Desastres www.safehospitals.info

2. Antecedentes

2.1 Antecedentes regionais

8. Os Órgãos Diretores da OPAS apoiaram firmemente uma iniciativa regional para Hospitais Seguros. Em 2004, o 45º Conselho Diretor instou os Estados Membros a construírem novos hospitais com um nível de proteção que garanta suas funcionalidades em situações de desastre. Posteriormente, em 2007, a 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana adotou a Resolução CSP27.R14, solicitando à Diretora criar novos instrumentos para avaliar a probabilidade de que os serviços de saúde permaneçam funcionais durante e após um desastre bem como para apoiar os países na documentação e no compartilhamento das melhores práticas.

9. Outros setores, tais como os Ministérios da Fazenda, do Planejamento ou do Desenvolvimento, reconhecem cada vez mais a importância da redução dos riscos como um fator essencial para o desenvolvimento sustentável. O apoio do Grupo do Banco Mundial e do Banco Interamericano de Desenvolvimento tem aumentado a conscientização sobre este tema fora do setor da saúde.

2.2 Antecedentes globais

10. A Conferência Mundial das Nações Unidas sobre a Redução de Desastres aprovou o Marco de Ação de Hyogo para o período 2005–2015. Os 169 países participantes adotaram a meta de que até 2015, todos os países devem: “Integrar o planejamento de redução de risco de desastres no setor da saúde, [e] promover a meta Hospitais Seguros.”

11. A Estratégia Internacional das Nações Unidas para a Redução de Desastres (EIRD) organizou a Campanha de Redução Mundial de Desastres cujo tema para o período 2008-2009 foi Hospitais à Prova de Desastres e que visou abordar situações relacionadas aos desastres. A Campanha assinalou que esta é uma iniciativa complexa que requer a colaboração de todos os setores, inclusive com a participação das instituições financeiras, visando ajudar os hospitais a se capacitarem para resistir aos fenômenos naturais e a continuarem suas operações no evento de desastres. A OMS e a EIRD lançaram conjuntamente esta campanha.

12. A OMS dedicou o Dia Mundial da Saúde 2009 à adaptabilidade e à segurança da infraestrutura de saúde e de seus profissionais que tratam as vítimas das emergências.

13. Encorajadas pela campanha mundial e pelos eventos, outras regiões da OMS lançaram várias iniciativas para reduzir riscos, principalmente nos projetos de reconstrução que seguem as grandes catástrofes naturais.

2.3 Avaliação⁵ econômica

14. Os desastres devem ser considerados do ponto de vista sistêmico (ou seja, intersetorial)—aquilo que afeta a economia afetará o setor de saúde e vice-versa. Após a resposta emotiva dos primeiros dias, os tomadores de decisões reagem principalmente às realidades políticas e econômicas quando numa situação de crise, e não aos indicadores de saúde. A avaliação econômica da carga social—ou seja, o estabelecimento de um valor monetário sobre o custo—acaba se tornando um instrumento fundamental na medida em que diversos setores competem por recursos escassos.

15. A definição de *prejuízo direto* é: perdas materiais que ocorrem como uma consequência imediata de um desastre. As perdas físicas incluem ativos, capital, e elementos materiais que podem ser contados, tais como leitos ou equipamentos e medicamentos. Seria inadmissível reconstruir os estabelecimentos com o mesmo grau de vulnerabilidade que da situação prévia. A infraestrutura sanitária afetada pelos desastres deve ser substituída por edificações mais resistentes, ou seja, construída com qualidade no mínimo superior à prévia para assegurar atendimento melhor e sustentável.

16. *Os efeitos indiretos dos hospitais danificados* abarcam tanto a renda perdida associada à queda no atendimento de saúde como o aumento no custo de prestação de serviços após o desastre.

17. Não é fácil de quantificar o amplo impacto econômico dos serviços de saúde interrompidos seguindo o mesmo caminho de um desastre. Porém, a recente epidemia de dengue na Bolívia e a pandemia A (H1N1) 2009 no México⁶ demonstram que quando uma emergência de saúde pública se torna um desastre, o impacto econômico pode levar à perda de vidas ou à morbidade. No caso do México, estima-se que as perdas tenham excedido \$9 bilhões. O custo real em termos de saúde (atendimento médico, testes, tratamento de pacientes, etc.) representou menos de 2% desta soma. No caso da Bolívia, os custos médicos reais (não incluindo campanhas de prevenção) representaram cerca de 13% do custo total estimado da emergência, representando principalmente a renda não incorrida e os dias não trabalhados.

2.4 Hospitais Seguros: não se trata apenas de uma questão médica ou de desastre

18. As consequências para a saúde do fracasso pós-desastre de um hospital não se limitam à incapacidade de proporcionar atendimento às vítimas. O colapso estrutural de

⁵ Prioridade no Controle de Doenças nos Países em Desenvolvimento, segunda edição. Oxford Press e World Bank Group (2006). (Adaptação do Capítulo 61 que trata de atendimento e mitigação de desastres, Ricardo Zapata).

⁶ Segundo estimativas da OPAS e ECLAC, usando um instrumento metodológico em fase de desenvolvimento.

um hospital também ameaça diretamente as vidas dos pacientes e dos profissionais de saúde. Quando o atendimento é proporcionado em estabelecimentos temporários, o acesso a longo prazo a e qualidade dos serviços prestados piora.

19. O impacto social também é muitas vezes negligenciado. Frequentemente as comunidades gravitam em torno dos principais centros sociais como igrejas, escolas e centros de saúde. A perda de um destes centros afeta gravemente a capacidade de adaptação da comunidade.

20. A abordagem Hospitais Seguros requer amplas iniciativas transversais, e que diversos outros setores cooperem e se tornem ativamente envolvidos na iniciativa, assumindo a liderança de determinados aspectos. Esta não é uma questão que pode ser resolvida exclusivamente pelos profissionais da saúde. Engenheiros estruturais, arquitetos, geólogos, especialistas em água e energia elétrica além de especialistas e profissionais de outros setores são tão importantes quanto os da saúde.

21. A melhoria da adaptabilidade da infraestrutura de saúde requer investimentos sustentados. Apesar das consequências econômicas graves a curto e longo prazos da falha no atendimento hospitalar, a redução do risco ainda não consegue atrair o financiamento necessário. É preciso um enfoque inovador e fontes alternativas de custeio.

3. Responsabilidade intersetorial

3.1 Interessados diretos

22. Pelo menos sete categorias de interessados diretos estão envolvidas no programa 'Hospitais Seguros' (apoiando serviços de saúde, promovendo a redução de riscos de desastres e a prontidão em casos de emergência, regulamentando as edificações e os serviços de saúde, ampliando a infraestrutura, prestando serviços de saúde, serviços de utilidade pública e outros, além de financiar as instalações de saúde). Os interessados diretos podem pertencer a mais de uma categoria. Por exemplo, o seguro social apoia, opera, e custeia os serviços de saúde.

23. *Apoio aos serviços de saúde.* Esta categoria inclui as entidades que promovem e apoiam os serviços de saúde, e abrange o setor público e privado, a sociedade civil, as ONGs e as organizações comunitárias.

24. *Promoção da redução do risco de desastres e da prontidão para situações de emergência.* Este grupo conta com diversos participantes que buscam diminuir o risco dos serviços essenciais para proteger a infraestrutura física, os equipamentos e a saúde dos trabalhadores, pacientes e visitantes nas instalações de saúde. Eles também estão

interessados no planejamento para situações de emergência que poderiam ocorrer fora de ou dentro do hospital.

25. *Regulamentação da construção de edifícios e dos serviços de saúde.* Os interessados diretos desta categoria variam desde regulamentadores nacionais responsáveis pela gestão do uso da terra, por códigos de construção e por normas pertinentes às instalações e aos serviços de saúde, às autoridades locais e auditores encarregados da implantação de políticas e imposição das regulamentações.

26. *Construção da infraestrutura de saúde.* Esta categoria envolve empreiteiras públicas e privadas e que devem obedecer às normas e regulamentações para construção adequada da infraestrutura física. Os critérios como relação custo-benefício, controle de qualidade e responsabilidade civil são considerados por este grupo.

27. *Operação dos serviços de saúde.* Esta categoria é composta por diversos interessados diretos, envolvidos na prestação de serviços de saúde, geralmente dentro de uma rede de saúde. O envolvimento desta com a segurança do hospital está principalmente relacionada com a vulnerabilidade funcional e elaboração de planos de emergência, ao invés dos aspectos relacionados à vulnerabilidade estrutural e não estrutural.

28. *Prestação de serviços de utilidade pública e outros.* Em situações de emergência, os prestadores de serviços de utilidade pública podem representar a diferença entre um hospital que continua a funcionar e aquele que tenha seus serviços interrompidos. Mesmo um hospital com equipamentos de última geração e profissionais bem treinados não conseguiria atender a uma emergência caso não tenha água, energia ou gás.

29. *Instituições financeiras.* Esta categoria promove o desenvolvimento social e atende às exigências sociais. No âmbito nacional, a ação se centra nos programas de desenvolvimento social, nos quais os serviços de saúde são promovidos e financiados por ministérios outros que o ministério da saúde. Algumas instituições vinculadas aos mandatos presidenciais canalizam recursos importantes para a construção de infraestrutura física, inclusive de serviços de saúde e escolas.

3.2 Liderança voltada à segurança hospitalar

30. É fundamental estabelecer a responsabilidade de cada interessado direto nos programas nacionais de Hospitais Seguros. Embora os países da Região tenham adotado diferentes enfoques, os programas bem-sucedidos têm apresentado características comuns — a liderança de uma instituição de saúde tem sido apoiada fortemente pela regulamentação política do sistema de previdência social, proteção civil, comitê nacional

de emergência, ou outra instituição intersetorial responsável pela redução do risco de desastres.

31. O enfoque recomendado é estabelecer uma unidade dentro do ministério da saúde para conduzir e regulamentar um “grupo de trabalho sobre segurança de hospitais”. A liderança do ministério da saúde deve permitir e incentivar outros atores a assumirem papéis enérgicos, apoiarem uns aos outros e buscarem sinergias entre os diferentes atores. O esforço conjunto deve ser orientado por um plano de trabalho que tenha sido elaborado de maneira participativa e que leve em consideração a natureza dos diferentes interessados diretos, seus interesses, capacidades e potencial de contribuição.

32. É importante ter em conta que os aspectos que necessitam ser implantados para proteger as instalações de saúde excedem os recursos disponíveis, sendo importante, portanto, para buscar uma abordagem transversal e interinstitucional. Através de tal enfoque, pode-se chegar a acordos sobre os critérios de priorização das intervenções de redução de riscos de desastres, voltados aos serviços de saúde ou para a construção de nova infra-estrutura sanitária segura. Os critérios incluem a designação das prioridades dos serviços de saúde altamente complexos, a inserção de unidades de assistência em locais estratégicos, ou ainda, ter instalações operando como nódulos dentro das redes de saúde.

3.3 Monitoramento e avaliação

33. A falta de mecanismos de monitoramento e avaliação é parcialmente responsável pelo progresso mais moroso que o esperado na obtenção da segurança hospitalar. É importante seguir e registrar a execução de atividades e o cumprimento de metas, assim como identificar limitações e obstáculos com os quais é possível aprender lições. Esta monitoração deve ser independente e interinstitucional.

34. O setor privado também pode participar ativamente dos mecanismos de monitoramento e avaliação, através de associações profissionais (de engenheiros e arquitetos, por exemplo), firmas de auditoria e especialistas.

35. A função de monitoração dos organismos sub-regionais de redução de desastre como o Organismo Caribenho de Resposta de Emergência em Casos de Desastres (CDERA), assim como a função do Caribe e da OPAS no âmbito regional, deve ser esclarecida e talvez ampliada, para assegurar que normas e padrões satisfaçam os requisitos Regionais e, principalmente após os desastres, que lições sejam aprendidas e amplamente difundidas através da Região.

4. Implementação setorial de um programa nacional de Hospitais Seguros

4.1 Apoio político

36. Apenas alguns países da América Latina e do Caribe progrediram significativamente na redução da vulnerabilidade de seus serviços de saúde, enquanto que outros não conseguiram resultados concretos. O fator determinante para o sucesso é a existência de um compromisso e de apoio político claro e sustentável das autoridades sanitárias de alto escalão. A participação ativa do ministro da saúde é crítica para sancionar leis e regulamentações ou assegurar que os fundos sejam designados e destinados de maneira a fortalecer os estabelecimentos existentes antes da ocorrência de um desastre.

37. Compromisso e apoio político são comuns imediatamente após um desastre. Porém, quando este apoio não é institucionalizado, o ímpeto diminui rapidamente. Ao institucionalizar apoio ao plano Hospitais Seguros, lições podem ser aprendidas e deficiências identificadas. Em geral, os países maiores têm mais oportunidades de aprender com esses eventos que os menores. Portanto, avaliações rotineiras dos prejuízos pós-desastres, realizadas pelas Regiões, são necessárias para que todos os países, independentemente do seu tamanho, extraiam lições a partir de um conjunto mais amplo de experiências. Tais levantamentos fornecem o grosso do conhecimento científico e prático, e constituem também uma das principais forças motrizes que acarretam em mudanças.

38. Alguns países usaram as breves oportunidades surgidas após uma grande catástrofe natural—quando consciência e apoio público estão em seu ponto máximo—para incorporar medidas de redução de risco nos projetos de reconstrução. A função catalítica das organizações sub-regionais e Regionais de gestão de desastres e das instituições financeiras internacionais deve ser reconhecida.

4.2 Escopo de um programa Hospital Seguro

39. O que implica um programa hospital seguro? A redução da vulnerabilidade da extensa rede de hospitais, bancos de sangue, estabelecimentos de saúde pública e centros de atenção primária à saúde é uma empreita séria, tecnicamente exigente e a longo prazo que não pode ser improvisada ou substituída com a adoção *ad hoc* de medidas implantadas após um terremoto ou furacão. Um programa desta natureza inclui os seguintes passos:

a) *Estratégia e diagnóstico*

40. O primeiro passo é definir quais serviços de saúde serão incluídos (estabelecimentos novos e existentes, hospitais, bancos de sangue e laboratórios, etc.) em um programa Hospitais Seguros. Na prática, os países e a OPAS adotaram uma definição pragmática que está centrada no número de leitos (sendo 50 um limiar comum) e inclui instalações médicas de saúde pública novas (a serem construídas), além das já existentes de natureza pública, privada (com fins lucrativos) e previdenciária (sem fins lucrativos).

41. O mapeamento do risco geológico ou hidrológico não é responsabilidade direta do ministério da saúde e sim da defesa civil ou de outra instituição intersetorial. O setor da saúde é, porém, responsável pela busca destes dados e por usá-los diariamente em seu planejamento de infraestrutura.

42. Há consenso forte de alcance Regional de que os novos estabelecimentos propostos devem cumprir os requisitos estritos de segurança estrutural e não estrutural. A comprovação do cumprimento destes requisitos pode continuar a ser um problema.

b) *Estabelecimento das prioridades e formulação de um plano*

43. Assegurar que todos os estabelecimentos novos ou reformados sejam construídos e cumpram os requisitos de segurança é uma questão de vontade política. A falta de financiamento não é uma razão válida para negligenciar esta etapa básica acordada por todos os governos.

44. O fortalecimento de todos os estabelecimentos existentes em situação de risco representa um desafio diferente. Não é factível nem econômico realizar estas ações a curto prazo. Não obstante, não é justificável negligenciar o problema do ponto de vista técnico ou ético. Uma maneira de estabelecer prioridades é aplicar o Índice de Segurança de Hospital. A experiência do México nos 1.381 estabelecimentos do Instituto de Previdência Social Mexicano (conhecido como IMSS) demonstrou que a aplicação deste Índice é um processo relativamente rápido e que é assumido pelas próprias autoridades locais.

Índice de Segurança dos Hospitais

O índice de segurança dos hospitais consiste em um primeiro passo importante para que um país possa priorizar mudanças no nível de seguridade de seus hospitais. Proporciona uma ideia exata, em um dado período, da probabilidade de um hospital ou estabelecimento de saúde continuar funcionando em situações de emergência.

Primeiramente, uma equipe de avaliação independente, a fim de avaliar o nível de segurança dos hospitais, em 145 áreas, utiliza a padronizada **Lista de Verificação dos Hospitais Seguros**. Em segundo lugar, a equipe valida conjuntamente as contagens e as introduz em uma calculadora de qualificação, a qual pondera todas as variáveis de acordo com sua importância relativa à capacidade do hospital de resistir a um desastre e de continuar funcionando. Por último, para auxiliar as autoridades a determinarem quais estabelecimentos necessitam de intervenções com a maior urgência, a pontuação final do índice de segurança posiciona o estabelecimento de saúde em uma de três **categorias de segurança**:

- **Categoria A:** estabelecimentos com capacidade de proteger a vida de seus ocupantes e, provavelmente, de continuar funcionando em situações de desastres.
- **Categoria B:** estabelecimentos que resistiriam a um desastre, mas seus equipamentos e serviços fundamentais estariam em risco.
- **Categoria C:** estabelecimentos nos quais as vidas e a segurança dos ocupantes estariam em risco durante um desastre.

45. A segurança estrutural é um requisito primário. O colapso de um hospital que leva os pacientes e funcionários à morte já não é considerado aceitável. Caso a expectativa não seja de que uma edificação razoavelmente construída permaneça em pé após um furacão ou terremoto, não faz sentido empreender medidas extensas de mitigação não estrutural.

c) *Sanção de legislação e a publicação de regulamentações*

46. Poucos avanços serão conseguidos caso sejam relegados à boa vontade e iniciativa das instituições públicas ou privadas. A segurança deve ser regulamentada. Nas Américas, alguns dos países que lideram a adoção de normas específicas para hospitais são Chile, Colômbia, Costa Rica, El Salvador, México e Peru. Em um número menor de casos, a contribuição normativa também incluiu a promulgação de regulamentações e procedimentos.

47. A questão principal é que normas e códigos de construção aplicáveis à habitação, escritórios e mesmo escolas podem não ser suficientes para assegurar a prestação contínua dos serviços de saúde mais críticos. Frequentemente, os países classificam edificações em quatro categorias, sendo que destas, a superior inclui edificações que

devam permanecer operacionais imediatamente após um desastre. Centros de telecomunicação, delegacias de polícia e serviços da segurança, corpo de bombeiros, centros coordenadores de emergência—e serviços de saúde—se enquadram nesta categoria.

48. Os especialistas da divisão de infraestrutura do ministério da saúde serão imprescindíveis na formulação das normas específicas para os diferentes tipos de estabelecimentos como hospitais, bancos de sangue, e laboratórios.

d) *Execução e comprovação progressiva*

49. É comum presenciar avaliações de vulnerabilidade de estabelecimentos de saúde que não sofrem ação corretiva. É necessário alocar recursos humanos para a execução de programas e monitoração dos resultados.

50. Várias questões precisam ser determinadas. 1) Quem no ministério da saúde deve assumir a responsabilidade? 2) A responsabilidade deve ser atribuída ao programa de gestão de desastres ou ao departamento que possua maior autoridade direta e especialização em engenharia e manutenção? 3) O programa deve ser enquadrado dentro do ministério da saúde, chefia normativa do setor, ou da previdência social, agência com maior investimento em hospitais e em outras infraestruturas de atenção à saúde? 4) E, por último, a redução do risco constitui uma emergência ou uma questão de desenvolvimento sustentável?

51. Entre os Estados Membros com um programa ativo de Segurança hospitalar, as opiniões e soluções variam amplamente. Porém, todos os casos exemplares compartilham uma característica comum: todos os respectivos atores participaram ativamente. Os gerentes de desastre e especialistas em infraestrutura trabalharam lado a lado. A previdência social e o ministério da saúde, independentemente de quem estiver na dianteira, atuam como parceiros. Se o programa é considerado um investimento a longo prazo (o enfoque de preferência) ou uma função relacionada com desastres, seu sucesso depende da atitude colaborativa de todos os parceiros através da institucionalização de um mecanismo de coordenação, seja através de um comitê ou de um conselho para segurança de hospitais.

52. Em todo o mundo, as instituições públicas mostraram uma maior propensão ao desmoronamento que as privadas. Uma explicação talvez seja idade e o registro de manutenção deficiente dos hospitais públicos. Outra causa pode ser o fato de que as normas e códigos de construção não tenham sido aplicados adequadamente.

53. É imprescindível monitorar e fiscalizar o processo de construção.

5. Financiamento

5.1 Custo de redução dos riscos

54. O custo de um hospital ou serviço de saúde seguro é insignificante quando são incluídos nas considerações iniciais do projeto. Para a grande maioria de novos serviços de saúde, a incorporação inicial de medidas amplas de proteção contra desastres como terremotos e intempéries climáticas representa apenas 4% do custo.⁷

55. O custo de modernizar os serviços de saúde existentes varia bastante. Por exemplo, os elementos não estruturais—o conteúdo, em vez do próprio edifício—representam a maior parte do valor de um hospital. O dano dos elementos não estruturais também é o que com maior frequência torna um hospital inoperável durante uma catástrofe natural. A modernização dos elementos não estruturais custa apenas aproximadamente 1%, enquanto que serve para proteger até 90% do valor de um hospital.⁸

56. A relação custo-benefício da prevenção contra prejuízos ou indisponibilidade de prestação dos serviços está bem documentada nos estabelecimentos individuais. Porém, a incerteza das situações de desastre requer um programa integral de redução de riscos em muitas instituições, o que representa uma empreita onerosa. O retorno financeiro desta medida dependerá do nível dos riscos (gravidade e reincidência) e do custo.

5.2 Fontes de financiamento

57. O financiamento de um plano nacional a médio prazo de segurança hospitalar deve ser proveniente principalmente dos recursos nacionais: o orçamento nacional, o orçamento do setor da saúde e os fundos e instrumentos intersetoriais específicos.

a) Mecanismos intersetoriais

58. Bons exemplos do uso dos instrumentos financeiros e da cobertura de seguros para o risco geral de desastres são os fundos nacionais de desastre do México—um para atender a emergências (FONDEN), dois para a prevenção de desastres (FOPREDEN e FIPREDEN), além de uma apólice paramétrica com vencimento em 2009.

59. Alguns países têm cobertura de seguro parcial para a saúde ou infraestrutura hospitalar que normalmente cobre edificações, equipamentos especializados ou estoques.

⁷ Protecting New Health Facilities from Disasters: Guidelines for the Promotion of Disaster Mitigation, Washington D.C., PAHO/WHO. 2003.

⁸ Guidelines for Seismic Vulnerability Assessment of Hospitals. World Health Organization and National Society for Earthquake Technology (NSET), Nepal.

Porém, pouca atenção foi dada ao uso de coberturas financeiras para garantir a continuidade da prestação dos serviços (ou “das operações”). Uma área que valeria a pena considerar é a exequibilidade de adotar uma cobertura “paramétrica” ou de “continuidade das atividades” através de seguro (local, custeado pelo Estado ou subsidiado, ou ainda re-segurado por instituição internacional) ou por instrumentos financeiros como apólices ou derivativos.

60. Outro exemplo é o Fundo Caribenho de Seguro contra Risco de Catástrofes (CCRIF, sigla em Inglês) que é também um seguro paramétrico. O CCRIF assegura riscos de governos e é formulado para limitar o impacto financeiro de furacões catastróficos e de terremotos nos governos do Caribe ao fornecer rapidamente liquidez a curto prazo quando uma apólice é colocada em funcionamento.

b) *Mecanismos setoriais*

61. O setor da saúde também criou seus próprios mecanismos para financiar a modernização ou a reconstrução dos serviços de saúde em instalações não-seguras. A segurança (ou falta desta) está tornando-se um fator crítico determinante na implementação seletiva do plano diretor de reforma e extensão dos serviços de saúde. Maior prioridade é consignada à construção de novas e mais amplas instalações em áreas e comunidades onde as existentes não são seguras, localizadas nas áreas de alto risco onde a cobertura dos serviços de saúde é insuficiente. A redução do risco tornou-se parte integrante do desenvolvimento dos serviços de saúde.

62. Portanto, uma proposta de ação preventiva, da qual a iniciativa Hospitais Seguros é um exemplo positivo, precisa ser ampliada ainda mais de forma a incluir a redução do risco para uma ação preventiva ao invés de curativa, e que transcenda os aspectos médicos. Considerações financeiras, seguro de risco e instrumentos de investimentos devem ser considerados como uma parte importante de uma iniciativa de segurança hospitalar, ante os riscos que parecem estar aumentando e se tornando mais globais e graves.

6. O caminho do futuro

63. O conceito Hospitais Seguros está tornando-se uma necessidade imperativa social e política na medida em que o público se conscientiza do risco crescente e dos benefícios das medidas de mitigação. Porém, por si só, o setor da saúde não pode alcançar este objetivo. É necessário haver uma participação forte, se não a liderança, do setor de proteção civil e do apoio explícito e sustentado das mais altas autoridades e corpos legislativos. O aumento da segurança dos hospitais deve ser uma empreita intersetorial.

64. O fato desta ser uma questão intersetorial não exime o ministério da saúde de sua responsabilidade de líder do setor da saúde. O ministério da saúde deve assumir o papel de liderança ao proteger os serviços de saúde e assegurar a continuidade da prestação dos serviços de saúde (as operações) em todo o setor. Além disso, o ministério da saúde deve promover e facilitar a participação significativa das instituições previdenciárias e privadas (com e sem fins lucrativos).

65. De modo semelhante, a proteção contra perigos naturais talvez não seja responsabilidade exclusiva da unidade do ministério responsável por programas no evento de desastres. As divisões de infraestrutura e manutenção são igualmente envolvidas e competentes neste assunto. A função destas divisões é possivelmente de liderança, e essencial.

66. Apesar de a minimização do risco em estabelecimentos novos ser aceita amplamente como um requisito essencial, a redução do risco em todos os estabelecimentos existentes talvez não seja factível a curto prazo. Todos os estabelecimentos devem ser classificados, usando-se possivelmente o Índice da OPAS para Segurança de Hospitais, e deve-se fixar prioridades para a modernização progressiva dos principais estabelecimentos como parte de um plano e de uma estratégia nacional de Hospitais Seguros.

67. A concretização do programa “Hospitais Seguros” não é uma questão temporária ou uma campanha de vida curta. É, ou deve ser, um compromisso a longo prazo e um programa dentro do contexto de desenvolvimento sustentável. Deste modo, os países devem estabelecer estruturas jurídicas e administrativas correspondentes, e tomar as providências orçamentárias necessárias.

68. Hospitais Seguros requerem financiamento sustentado e designado. Este financiamento pode ser obtido através de uma variedade de mecanismos nacionais e regionais de natureza intersetorial para a redução de riscos, assim como a inclusão de linhas orçamentárias para avaliação e redução de riscos, provenientes do orçamento central para a saúde, além de direitos regionais no caso dos países descentralizados.

69. O apoio dos corpos legislativos é fundamental e não pode ser improvisado. Uma campanha de informação que inclui tanto legisladores como o público ajudará a assegurar o apoio informado destes corpos e a sustentabilidade da iniciativa atual.